

# 保健師国家試験問題作成ガイド（実践編）

～保健師国家試験出題基準平成 30 年版に準拠して



平成 30 年 3 月

一般社団法人全国保健師教育機関協議会  
国家試験委員会



## はじめに

.....

一般社団法人全国保健師教育機関協議会は、昭和 56 年度から、ブロック単位で国家試験対策に取り組んできた歴史があります。ブロック理事のうち必ず 1 名が「国家試験対策委員会」の委員となり、問題作成スキルが高い委員経験者とが一緒になった活動でした。ブロック単位での研修・試験問題作成、委員会によるブラッシュアップ、厚生労働省の国家試験問題公募システムへの Web 登録、そして作成者へのフィードバックという活動の積み重ねです。また、平成 20 年度から平成 25 年度までは教員スキルアップ研修により教員の指導力向上を図ってきました。これらの努力と積み重ねの成果として「保健師のための国家試験問題作成マニュアルⅠ」が平成 24 年に出版されました。

その後、保健師教育に関する課題が多様化する中、教員研修のテーマは、保健師選抜制や修士による保健師養成、卒業時の到達能力を意識した教育の実践、教員のキャリアラダーや新任期教員研修などにシフトしています。「国家試験対策委員会」は平成 27 年度の本協議会組織の再編により、現在の「国家試験委員会」となり、保健師国家試験の問題内容と受験環境の調査を必須活動とする他、国家試験対策に関する研修は分科会で発信するようになってきています。

「保健師国家試験出題基準平成 25 年度版」が出されたことに伴う「マニュアルⅠ」の改訂は見送り、このたびの「国家試験出題基準平成 30 年度版」が出されたタイミングに合わせて、国家試験問題の作成に関する研修やマニュアル改訂の方針を検討しました。その結果、問題作成の知識・技術を備えることは教員の FD 向上につながるという考えのもと、会員一人ひとりが、特に若い教員でも国家試験問題にチャレンジできるような、より簡便な方法を提案することで国家試験作成技術を継承することが必要ではないかと考えました。

そこで、会員による Web 登録を推進するとともに、日頃の教育にも活かすこともできるようにしてほしいと願い、問題作成の詳細は「マニュアルⅠ」を拠り所としながら、簡便な方法として問題作成シートを活用する方法を示すこととしました。平成 29 年度の夏季教員研修の分科会で試案中の問題作成シートを用いて作問演習を行ってもらいました。比較的スムーズに作問できることが確認でき、参加者からの質問等使いづらさを解消した上で、このたび、本「ガイド（実践編）」を編集することができました。

この「ガイド（実践編）」が、会員校やブロック研修会などで国家試験問題の作成演習での活用、日頃の試験問題作成への活用など、教育力の向上にお役にたければ幸いです。合わせて、Web 登録問題が増えることも願っております。

一般社団法人全国保健師教育機関協議会  
国家試験委員会 委員長 坪川トモ子  
(新潟青陵大学看護学部看護学科 教授)

# 目次

<b>第1章 国家試験の概要</b> .....	<b>1</b>
1 国家試験とは .....	2
2 保健師国家試験 .....	2
3 保健師国家試験の変遷 .....	4
4 保健師国家試験の現状と課題 .....	10
<b>第2章 評価・試験に関する基礎知識</b> .....	<b>15</b>
1 教育評価－国家試験の位置づけ .....	16
2 教育目標の分類体系（タキソノミー） .....	17
3 客観試験の基礎知識 .....	20
4 多肢選択試験（MCQ） .....	25
<b>第3章 問題作成にチャレンジ</b> .....	<b>29</b>
1 主題の決定 .....	30
2 題材の選択 .....	30
3 タキソノミーレベルの決定 .....	31
4 出典の確認 .....	32
5 問題：多肢選択問題（MCQ）の作成 .....	32
6 問題作成後の確認 .....	33
7 ブラッシュアップ .....	33
様式「保健師国家試験問題作成シート」 .....	34
記載例 .....	36
<b>第4章 日頃の教育への活用</b> .....	<b>39</b>
1 認知領域を評価するタキソノミーレベルの検討 .....	40
2 試験問題作成のプロセス .....	40
<b>第5章 国家試験委員会の取り組み</b>	
平成24年度～平成29年度 .....	<b>43</b>
1 国家試験委員会の活動 .....	44
2 国家試験全問（出題内容）調査の実施 .....	46
<b>《資料》</b> .....	<b>49</b>
1 医道審議会保健師助産師看護師分科会国家試験制度改善検討部会報告書 （平成28年2月22日） .....	50
2 保健師助産師看護師国家試験出題基準平成30年版 （平成29年3月30日）保健師国家試験出題基準（抜粋） .....	56
3 保健師助産師看護師国家試験公募問題作成マニュアル （平成29年9月22日） .....	73
4 看護教育の内容と方法に関する検討会 別添 第一次報告 （平成22年11月10日） 保健師に求められる実践能力と卒業時の技術項目と到達度（案） .....	83

# 第1章

## 国家試験の概要

## 1. 国家試験とは

国家試験とは、その合格者に資格を認め、または一定の地位・活動についての免許を与えるため、国が管理して行う試験である。わが国では、約 100 種類の国家試験が行われ、厚生労働省・国土交通省・経済産業省などが管轄している。試験実施や資格認定については、地方公共団体や任意の団体・機関に委託している場合が多い。

医療関係職種の資格試験は、それぞれの法律に則って、その資格にふさわしい知識・技能を有しているか否かを判断するため、国による試験が行われている。これは、医療が国民の生命・健康に直結するきわめて重要なものだからである。医師・歯科医師・保健師・助産師・看護師など多くの医療従事者は、国家試験合格を免許の要件としており、その試験や資格認定は直接に厚生労働省医政局が実施している。

医療従事者の国家試験に関する事項を審議し、国に答申する役割は医道審議会（旧医療関係者審議会）にある。厚生労働省の審議会の一つである医道審議会は、政令によって、各専門分野別に分科会を置く。分科会の種類には、医師分科会、歯科医師分科会、保健師助産師看護師分科会（以下、保助看分科会）などがある。

## 2. 保健師国家試験

保健師国家試験（以下、国家試験を「国試」とは、保健師助産師看護師法（以下、保助看法）に基づいて、保健師として必要な知識及び技能等の基礎的能力を評価する試験である。保健師になろうとする者は、保助看法第 7 条において、保健師国試及び看護師国試に合格し、厚生労働大臣の免許を受けなければならないと規定されている。

試験については、保助看法第三章「試験」（第 17-28 条）に示されている（条文：次頁掲載）。昭和 23 年（1948）保助看法公布以来、厚生労働省が実施する体制は、基本的に変わっていない。

受験資格は、法第 19 条に「文部科学大臣の指定した学校において一年以上保健師になるのに必要な学科を修めた者、厚生労働大臣の指定した保健師養成所を卒業した者」と規定されている。従来の修業年限「6ヶ月以上」は、平成 21 年（2009）7 月保助看法改正により、「1 年以上」に延長された。

試験の方針や合否は、医道審議会で最終決定され、法や施行令・施行規則の改正となる。具体的な審議は医道審議会の保助看分科会で行われる。

試験問題は、厚生労働大臣から任命された保健師助産師看護師試験委員（法第 23 条）92 名以内・任期 2 年で構成される試験委員会が、医道審議会の方針に沿って、出題基準に基づき問題の作成・選定・吟味にあたる。試験問題に係る業務は医政局看護課が主に担う。試験直後には、保助看分科会 K・V 部会（K・V=Key Validation）において、試験問題の妥当性や不適切問題の検討など事後評価が行われている。

## 保健師助産師看護師法 第三章 試験

(保健師に関する部分を抜粋)

**第十七条** 保健師国家試験は、保健師として必要な知識及び技能について、これを行う。

**第十八条** 保健師国家試験は、厚生労働大臣が、厚生労働大臣の定める基準に従い、毎年少なくとも一回これを行う。

**第十九条** 保健師国家試験は、次の各号のいずれかに該当する者でなければ、これを受けることができない。

- 一 文部科学省令・厚生労働省令で定める基準に適合するものとして、文部科学大臣の指定した学校において一年以上保健師になるのに必要な学科を修めた者
- 二 文部科学省令・厚生労働省令で定める基準に適合するものとして、厚生労働大臣の指定した保健師養成所を卒業した者
- 三 外国の第二条に規定する業務に関する学校若しくは養成所を卒業し、又は外国において保健師免許に相当する免許を受けた者で、厚生労働大臣が前二号に掲げる者と同等以上の知識及び技能を有すると認めたもの

**第二十条** (助産師国家試験 受験資格 省略)

**第二十一条** 看護師国家試験は、次の各号のいずれかに該当する者でなければ、これを受けることができない。

- 一 文部科学省令・厚生労働省令で定める基準に適合するものとして、文部科学大臣の指定した学校教育法に基づく大学において看護師になるのに必要な学科を修めて卒業した者 (二以下省略)

**第二十二条の一** (准看護師試験 受験資格 省略)

**第二十二条の二** 厚生労働大臣は、保健師国家試験の科目若しくは実施若しくは合格者の決定の方法又は第十八条に規定する基準を定めようとするときは、あらかじめ、医道審議会の意見を聴かなければならない。

- 2 文部科学大臣又は厚生労働大臣は、第十九条第一号若しくは第二号に規定する基準を定めようとするときは、あらかじめ、医道審議会の意見を聴かなければならない。

**第二十三条** 保健師国家試験の実施に関する事務をつかさどらせるため、厚生労働省に保健師助産師看護師試験委員を置く。

- 2 保健師助産師看護師試験委員に関し必要な事項は、政令で定める。

**第二十七条** 保健師助産師看護師試験委員、その試験の実施に関する事務をつかさどる者は、その事務の施行に当たっては厳正を保持し、不正の行為のないようにしなければならない。

**第二十八条** この章に規定するもののほか、第十九条の規定による学校の指定又は養成所に関して必要な事項は政令で、保健師国家試験の試験科目、受験手続その他試験に関して必要な事項は厚生労働省令で定める。

**第二十八条の二** 保健師は、免許を受けた後も、臨床研修その他の研修を受け、その資質の向上を図るように努めなければならない。

保助看法施行令には、試験委員・事務の区分・権限の委任が示され、施行規則には、試験の告示・試験科目・受験手続・受験手数料等が明記されている（条文：参照）。

国家試験の実施は、地方厚生局長に委任されており、その内容は、試験問題の保管、試験会場の準備、受験者本人の確認、試験問題の配布、試験場の監督、解答用紙の回収、合格者名簿の発表等である。多くの人が試験に関わる中で、厳正かつ受験者に不利益のない試験実施が求められる。

### 3 保健師国家試験の変遷

平成 18 年（2006）の保助看法改正により、保健師になろうとする者は、看護師国試および保健師国試に合格し、厚生労働大臣の免許を受けなければならないと規定された。つまり、保健師は、看護師としての基礎的能力を有し、さらに保健師として必要な知識及び技能を身につけた者として資格認定されることになった。

「保健師として必要な知識及び技能」は、社会情勢の変化と医療の発展に伴い変化する。社会の期待に応え、効果的に試験を行う体制は定期的に見直されてきた。それは、「保健師助産師看護師国家試験制度改善部会」が、医道審議会の保助看分科会の意向を受けて検討を行い、改善策を示す報告書を国に提出する仕組みである。

報告書は表 1 のとおり、昭和 63 年と平成 7 年、8 年、14 年、20 年、24 年に提出され、改善策は分科会の決定によって実行に移されている。現在、保健師国試は、指定規則改正や 4 年毎の出題基準改正に合わせ、定期的に見直されるようになった。平成 28 年 2 月 22 日公表の最新の報告書から、主な改善すべき事項を次頁に抜粋した。保健師国試は、昭和 27 年（1952）に第 1 回の試験が実施されて以来、毎年継続的に行なわれ、その質を確保するために重要な役割を担ってきた。助産師国試と同年開始ではあるが、初年度に 2 回、次年度に 3 回実施しているため、助産師国試より 3 回多くなっている。

試験方法は、表 2 のとおり、見直されてきた。昭和 63 年（1988）から年 1 回の実施となった。平成 9 年（1997）以降、出題形式は客観式のみとなり、状況設定問題（1 事例につき 3 問、10 事例 30 問）が導入された。同時に試験日は 2 月第 4 週、合格発表は 3 月末となり、4 月からの就業がスムーズとなった。

平成 10 年（1998）には出題基準が公表され、以後、定期的に見直されている。卒前の教育目標について十分に検討され、問題作成者に出題基準が周知されることは、出題範囲についての妥当性を高めることになる。医学・看護学ならびに保健医療福祉制度は年々進歩し、卒前の教育目標についての考え方も変わるので、出題基準は数年毎に見直されている。

平成 16 年（2004）から看護師国試に必修問題が導入されたが、保健師助産師国試は専門に特化した出題とすべきであるとして、導入は見送られている。

＜主な改善すべき事項：平成 28 年 2 月 22 日報告書より主な事項を抜粋＞

(1) 保健師国家試験においては、健康問題の複雑化や健康格差の拡大等の社会背景を踏まえて、地域住民や多職種・他機関と連携・協働しながら、健康課題を解決すること及び施策化することなど、保健師に求められる役割や能力についての出題内容の充実が必要である。また、医学や公衆衛生学の知識等を含めた公衆衛生看護活動の根拠となる知識についての出題が必要である。産業保健や学校保健などの専門的分野においては、保健師免許を基礎資格として第一種衛生管理者や養護教諭二種の各免許が取得できるため、当該業務に必要な知識や能力についても問えるような出題内容の充実が必要である。

(2) 状況設定問題については、①経時的に変化する状況の中で展開する看護活動等を問う問題、②看護における思考や判断プロセスを問う問題、③個人・家族・集団・地域など、多様な対象や状況に対して展開する看護活動を問う問題、④これらが複合している問題などといった、出題類型を明確にして出題する必要がある。

(3) 状況設定問題の状況として提示する情報については、判断や介入に必要な情報のみならず、情報を取捨選択するということも含めて問う必要がある。個別的状況を想定し、アセスメントを行い、介入に必要な情報を取捨選択し、どのような状況なのか・どのように介入すべきかなどを判断する能力を問う、つまり、思考や判断プロセスを問うような問題を積極的に出題することが望ましい。なお、判断によって次のケアを選択するという思考のプロセスを問う問題は、現行の2連問又は3連問の状況設定問題に加え、長い状況文を付した単問の状況設定問題を導入し、多くの情報の中から必要な情報を取捨選択する能力を問う問題や、根拠に基づいて状況を判断する能力を問う問題などを積極的に出題していくことが望ましい。保健師国家試験では、地域診断における判断や介入の優先度を問う問題などが適しており、地域診断に必要なグラフ化されたデータや表などをもとに保健師に必要な判断力を問うような出題が望ましい。

試験科目は、保助看法第 22 条の 2 に基づき、施行規則に明記される。指定規則（教育内容）に定める科目を大枠で規定している。そのため指定規則改正による受験者の卒業年次に合わせ改正されてきた。その変遷からは、保健医療福祉を取り巻く社会環境の変化と保健師への社会の期待を読み取ることができる（表 3）。

厚生労働省はホームページにおいて、国家試験の全問題と正答を公開している。保健師国試は、平成 16 年（2004）年実施の第 90 回以降、問題と正答を PDF ファイルで閲覧することができる。

平成 16 年（2004）には、国試問題の公募制度が始まり、問題の質や難易度の安定した国試問題を出題するために数千題のプールから出題する完全プール制を目指した。そのため、国試問題冊子の持ち帰りができなくなったが、「試験問題と正解肢の開示請求に係る情報公開・個人情報保護審査会」の答申を受け、平成 19 年（2007）以降、問題冊子の持ち帰りを認めることになった。



保健師国試問題の公募については、完全プール制への移行は困難となったが、多様な関係機関からの意見を踏まえた国試問題の作成を目指すという目的の下で取り組みを継続し、これまで以上に広く、関係者に国試問題作成に係る周知を促すこととなった。しかし、応募される問題数は極めて少ないことから、国家試験に対する教育側の理解不足や教員の問題作成力低下が懸念されている。

平成 25 年（2013）からは視覚教材のみの登録を可能とし、平成 26 年（2014）からは学校養成所や関係団体に加え、新人看護職員研修を実施している施設へ公募の対象を拡大している。平成 28 年 2 月の保健師助産師看護師国家試験制度改善検討部会報告書では、視覚素材等の公募の周知・促進や、状況設定問題のもとになる情報（匿名化された事例やデータ、状況など）の公募の導入なども必要であると明記されている。

表1 保健師助産師看護師国家試験の変遷について

名称	検討会(改善部会)を受けた改善事項及び改善時期
<p>国家試験の改善に向け検討する会(医療関係者審議会保健婦助産婦看護婦部会国家試験検討委員会) (S56.8～S60.6) &lt;中間意見書(S60.6)&gt;</p>	<p>&lt;目的&gt; 「時代が求める看護職としての能力を問う」ための国家試験内容への変革</p> <p>&lt;検討中に改善されたこと&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●看護婦国家試験について <ul style="list-style-type: none"> <li>・「指定規則」に応じて試験科目ごとの出題数を変更(S57 春から実施)</li> <li>・状況設定問題の導入(S58 春から一部実施)</li> <li>・主要科目の出題目標と範囲の明確化【出題基準の試行】(S59 春から実施)</li> </ul> </li> </ul> <p>&lt;改善が提案された事項&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●国家試験の実施を年1回とする <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健婦・助産婦(S63 から実施)、看護婦(H2 から実施)</li> </ul> </li> </ul> <p>&lt;今後検討を要する事項&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●保健婦・助産婦国家試験にかかる主観式問題の採点法の工夫及び状況設定問題の導入</li> <li>●試験問題のプール制導入</li> </ul>
<p>医療関係者審議会保健婦助産婦看護婦部会国家試験検討委員会 (～S63.4.14) &lt;報告書(S63.4.14)&gt;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●客観式多肢選択問題(一般問題)の出題形式の変更(H2 から実施) <ul style="list-style-type: none"> <li>・五肢択一 → 四肢択一</li> <li>・解答時間1問90秒 → 60秒</li> <li>・(看)出題数150問、総解答時間2時間30分</li> <li>・(保・助)出題数75問、総解答時間1時間15分</li> </ul> </li> <li>●看護師国家試験における状況設定問題の導入 <ul style="list-style-type: none"> <li>・解答時間1問2分</li> <li>・出題数60問、総解答時間2時間</li> <li>・午前は一般問題、午後は状況設定問題</li> </ul> </li> <li>●出題基準(出題基準は4年ごとの見直しが必要) <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健婦助産婦看護婦国家試験出題基準の適用(H2 から実施)</li> </ul> </li> <li>●完全プール制の導入は現時点では不可能。既出問題の一部を洗練し、問題をプールし使用することは適当</li> </ul>
<p>医療関係者審議会保健婦助産婦看護婦部会国家試験検討委員会 (H6.11.18～H7.3.30) &lt;報告書(H7.3.30)&gt;</p>	<p>&lt;目的&gt;国家試験の合格発表を早期に行うための検討</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●国家試験の実施時期を1週間繰り上げ(H9 から実施)</li> <li>●卒業(修業)証明書の提出期限は3月中旬に繰り上げ(H9 から実施)</li> <li>●保健婦・助産婦国家試験の主観式問題を客観式問題(状況設定問題)に変更することを検討</li> </ul>
<p>医療関係者審議会保健婦助産婦看護婦部会国家試験検討委員会 (H7.8.30～H8.3.26) &lt;報告書(H8.3.26)&gt;</p>	<p>&lt;目的&gt;保健婦・助産婦国家試験の状況設定問題導入の検討</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●保健婦・助産婦国家試験の主観式問題を状況設定問題に変更(H9 から実施) <ul style="list-style-type: none"> <li>・解答時間1問2分</li> <li>・出題数30問、総解答時間1時間</li> </ul> </li> </ul>

<p>医道審議会保健師助産師看護師分科会保健師助産師看護師国家試験制度改善部会 (H13.7.10～H14.3.29) &lt;報告書(H14.3.29)&gt;</p>	<p>&lt;目的&gt; 「時代が求める看護職員としての能力を問う」ための国家試験制度の改善</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●応用力を問う問題を導入するため試験時間を延長(H15 から実施) <ul style="list-style-type: none"> <li>・一般問題 1 問 60 秒</li> <li>・応用力を問う一般問題 1 問 90 秒</li> </ul> </li> <li>・保健師・助産師国家試験 総解答時間 2 時間 20 分</li> <li>・看護師国家試験 総解答時間 4 時間 45 分</li> <li>●看護師国家試験における必修問題(30 問)の導入(H16 から実施) <ul style="list-style-type: none"> <li>・出題数及び時間の延長：出題数 240 問、総解答時間 5 時間 15 分</li> <li>・合格基準：必修問題は絶対基準、その他は相対基準</li> </ul> </li> <li>●試験問題の公募及びプール制の導入</li> </ul> <p>&lt;今後検討を要する事項&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●看護師国家試験における禁忌肢の導入の検討</li> <li>●保健師助産師国家試験の改善(必修問題の導入の可否等を含めて検討)</li> <li>●定期的に部会を開催し、試験制度の評価・改善方策を検討することが必要</li> </ul>
<p>医道審議会保健師助産師看護師分科会保健師助産師看護師国家試験制度改善部会 (H19.9.1～H20.3.14) &lt;報告書(H20.3.24)&gt;</p>	<p>&lt;目的&gt; 「時代が求める看護職員としての能力を問う」ための国家試験制度の改善</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●保健師助産師看護師国家試験の必修問題について <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師国家試験 出題基準の改定の時期に併せて 30 問から 50 問に変更</li> </ul> </li> <li>●保健師助産師看護師 K 2 タイプの廃止・X 2 タイプの導入</li> <li>●写真等の視覚素材の導入の促進</li> </ul> <p>&lt;今後検討を要する事項&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●助産師看護師国家試験における合格基準の検討</li> <li>●試験問題の妥当な評価方法等についての検討</li> </ul>
<p>医道審議会保健師助産師看護師分科会保健師助産師看護師国家試験制度改善部会 (H23.11～H24.3) &lt;報告書(H24.4)&gt;</p>	<p>&lt;目的&gt; 「時代が求める看護職員としての能力を問う」ための国家試験制度の改善</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●出題内容と出題数について <ul style="list-style-type: none"> <li>・職種ごとの出題内容の充実を図る</li> <li>・保健師および助産師国家試験の状況設定問題数を 30 問から 35 問に変更</li> <li>・状況設定問題における 2 連問の導入</li> </ul> </li> <li>●非選択式の計算問題の導入</li> <li>●看護師国家試験における評価領域分類について <ul style="list-style-type: none"> <li>・必修問題では評価領域分類Ⅰ型、状況設定問題では評価領域分類Ⅱ・Ⅲ型を中心とした出題</li> </ul> </li> <li>●写真等の視覚素材の導入の促進</li> <li>●公募問題の周知促進</li> </ul> <p>&lt;今後検討を要する事項&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●看護師国家試験出題基準「看護の統合と実践」の作成</li> </ul>

(平成 27 年度医道審議会保健師助産師看護師分科会保健師助産師看護師国家試験制度改善部会 公表資料 資料 2)

表2 保健師国家試験の変遷

回		第 39 回～ 第 73 回	第 74 回～ 第 75 回	第 76 回	第 77 回～ 第 82 回	第 83 回～ 第 88 回	第 89 回	第 90 回～ 第 94 回	第 95 回～ 第 98 回	第 99 回～ 第 103 回	第 104 回～		
年		S45～S62	S63～H元	H2	H3-H8	H9-H14	H15	H16-H20	H21-H24	H25-H29	H30		
試験科目数		5科目	5科目	5科目	4科目	3科目	3科目	3科目	3科目	4科目	4科目		
試験方法	筆答	主観	記述式	5問	5問	5問	5問	なし	なし	なし	なし	なし	
		客観	一般	50問	50問	75問	75問	75問	75問	75問	75問	75問	75問
			状況設定	なし	なし	なし	なし	30問	30問	30問	30問	35問	35問
試験時間		3時間 45分	3時間 45分	3時間 45分	3時間 45分	2時間 15分	2時間 20分	2時間 20分	2時間 20分	2時間 35分	2時間 35分		
年間試験実施回数		2回	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回		
1回の試験日数		1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日		
試験 時間割	午前	主観式	主観式	客観式	客観式	客観式	客観式	客観式	客観式	客観式 40問 状況設定 15問	客観式 40問 状況設定 15問		
	午後	客観式	客観式	主観式	主観式	客観式 (状況設定)	客観式 (状況設定)	客観式 (状況設定)	客観式 (状況設定)	客観式 35問 状況設定 20問	客観式 35問 状況設定 20問		
その他		客観式問題は 五肢択一	客観式問題は 五肢択一	客観式問題は 五肢択一	客観式問題は 四肢択一	客観式問題は 四肢択一	客観式問題は 四肢択一	客観式問題は 四肢択一	単純択一形式 または 五肢複択形式	H26年版出題基準 単純択一形式 五肢複択形式 0～9の数値	H30年版出題基準 単純択一形式 五肢複択形式 0～9の数値		

(平成 27 年度医道審議会保健師助産師看護師分科会保健師助産師看護師国家試験制度改善部会 公表資料 表 2-1 に第 104 回までの情報を追記)

表3 保健師国家試験の試験科目の変遷

回	第1回～第38回	第39回～第76回	第77回～第82回	第83回～第98回	第99回～
年	S27～S45	S45～H2	H3～H8	H9～H24	H25～
試験科目数	15科目	5科目	4科目	3科目	4科目
試験科目	公衆衛生及び予防学 厚生行政 社会統計 母性及び小児衛生 学校衛生 産業衛生 伝染性疾患予防 慢性疾患予防 公衆衛生看護の原理及び実際 公衆衛生看護 母性保健指導 乳幼児保健指導 学校保健指導 産業保健指導 伝染性疾患予防指導 慢性疾患保健指導 栄養	公衆衛生看護論 疫学 健康管理論 社会福祉・社会保障制度論 公衆衛生行政	公衆衛生看護学 疫学 健康管理論 保健福祉行政論	地域看護学 保健福祉行政論 疫学・保健統計	公衆衛生看護学 疫学 保健統計学 保健医療福祉行政論

(平成27年度医道審議会保健師助産師看護師分科会保健師助産師看護師国家試験制度改善部会 公表資料 表3-1)

#### 4 保健師国家試験の現状と課題

平成29年(2017)に実施された第103回保健師国試の出題範囲は、「平成26年版 保健師助産師看護師国家試験出題基準」に準拠している。さらに、平成31年2月実施の第104回保健師国家試験からH30年版出題基準(H29年3月公表)が採用される。

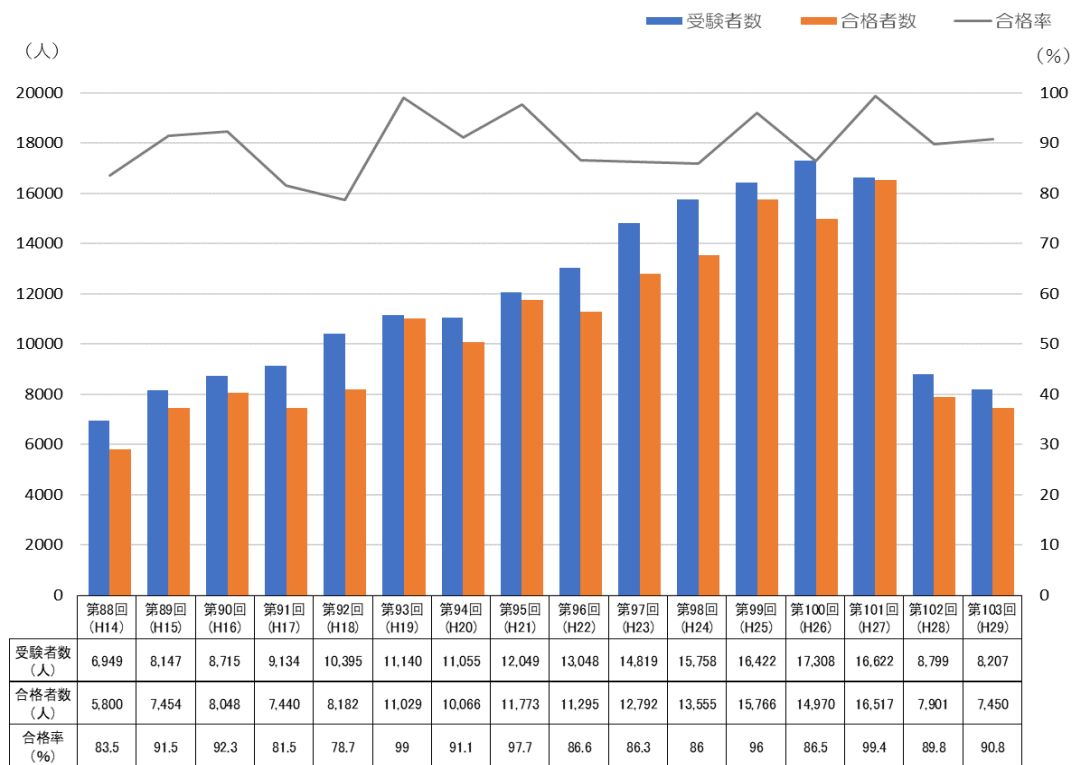
保健師国試の受験者数は、平成12年(2000)に5千人を超えた後、右肩上がりの上昇を続け、平成18年(2006)に1万人を突破、平成23年(2011)の受験者数は約1万5千人となり、平成26年(2014)に1万7千人を超えたのがピークとなった。この背景には、看護系大学の急増と保健師看護師統合カリキュラムによって保健師国試と看護師国試のふたつの受験資格が卒業要件となっていたことが挙げられる。しかし平成23年の保助看法指定規則改正により、多くの看護系大学が保健師選択制を採用したことから、平成28年(2016)に8,799人と半減し、翌平成29年(2017)では8,207と減少傾向が見られる。看護系学科が毎年10大学校増えている状況と考え合わせると、4年間に看護師受験資格のみ取得する大学の増加や、保健師教育課程を学部選択制から修士課程に移行させることで1課程当たりの養成数の減少の影響によると考えられる(図1)。保健師国家試験の合格者数をみると、平成19年(2007)以降は、毎年約11,000～12,000人が保健師免許を取得している。合格者数のピークは平成27年の16,517人であるが、平成29年には7,450名となっている。

しかし、その免許を活かして就業する新卒者数は、数年来、800名～1,000人弱にとどまっている（看護関係統計資料集）。

看護師国試の合格率が85-92%と安定しているのに比べ、保健師国試は平成17年（2005）81.5%、平成18年（2006）78.7%、平成19年（2007）99.0%と、このように変動幅が大きい。単位の読み替えや実習内容が社会的に問題視され始めた平成20年前後の合格率は、92-99%と異常に高い。国家資格を与える国家試験は、その質保証が重要であり、試験問題の難易度は望ましい水準に安定していることが求められる。保健師は需要に比して供給が過剰であり、かつ、教育の質の低下が問題となった社会的背景を読み取ることができる。保助看法改正により、保健師教育が1年以上に延長され、選択性や大学院における教育も認められた平成21年（2009）以降は、平成22年（2010）86.6%、平成23年（2011）86.3%、平成24年（2012）86.0%と難易度が安定した。

今後、着目すべきは、大学院、専攻科、選択制、統合カリキュラムという養成課程の種別が国家試験合格率、就業率、就業後のキャリア形成に影響するか否かである。さらに、保健師の業務範囲は拡大しているにも関わらず行政保健師の採用枠は微増でしかない。産業保健を希望しても就職できる機会は少ない。国家試験問題の難易度や合格率の検証と同時に、何を以て就業保健師の適正数とするのかという議論も重要である。

図1 保健師国家試験 受験者・合格者・合格率の年次推移



（データ出典：平成23・27年度医道審議会保健師助産師看護師分科会保健師助産師看護師国家試験制度改善部会 公表資料 資料3、及び厚生労働所ホームページ[<http://www.mhlw.go.jp/general/sikaku/successlist/>]公表資料)

引用・参考文献（第1章）

- 医道審議会保健師助産師看護師分科会国家試験制度改善検討部会報告書（平成 24 年 4 月）
- 岡本玲子（2008）：英国における保健師教育と新しい免許制度，保健の科学，50，（3），148－153
- 川本利恵子（2008）：国家試験問題作成は教員に必要な能力の1つ 検討のあゆみを振り返って，看護教育，49，（8），658－662
- 長濱晴子（2009）：国家試験の変遷，保健師助産師看護師法 60 年史，保健師助産師看護師法 60 年史編纂委員会，pp. 282－291，日本看護協会出版会
- 松谷有希雄（2000）：医療関係資格と国家試験，保健の科学，42，（9），676－681
- 医道審議会保健師助産師看護師分科会国家試験制度改善検討部会報告書（平成 28 年 2 月）
- H30 年版保健師助産師看護師国家試験出題基準関連ファイル  
厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000158926.html>
- 医道審議会（保健師助産師看護師分科会保健師助産師看護師国家試験制度改善検討部会）<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-idou.html?tid=127799>
- 平成 28 年 看護関係統計資料集 日本看護協会出版会  
<https://www.nurse.or.jp/home/statistics/index.html>

参考資料

保健師教育の基本的考え方

(平成 23 年 3 月厚生労働省)

- 1) 個人・家族・集団・組織を含むコミュニティ（共同体）を地域とし、地域及び地域を構成する人々の心身の健康並びに疾病・障害の予防、発生、回復及び改善の過程を社会的条件の中で系統的かつ予測的に捉えてアセスメントし、地域の顕在化・潜在化した健康課題を明確化し、解決・改善策を計画・立案する能力を養う。
- 2) 地域の人々が自らの健康状態を認識し、健康の保持増進を図ることができるように支援するとともに、自主的に社会資源を活用できるよう支援し評価する能力を養う。
- 3) 健康危機管理の体制を整え、健康危機の発生時から回復期の健康課題を早期に発見し迅速かつ組織的に対応する能力を養う。
- 4) 地域の健康水準を高めるために、保健・医療・福祉サービスを調整し活用する能力及び地域の健康問題の解決に必要な社会資源を開発し施策化及びシステム化する能力を養う。
- 5) 保健・医療・福祉及び社会に関する最新の知識・技術を主体的かつ継続的に学び、実践の質を向上させる能力を養う。

注)「看護教育の内容と方法に関する検討会」第一次報告（平成 22 年 11 月）を受け、「看護師等養成所の運営に関する指導要領」改正案（平成 23 年 3 月）に明記された内容。

保健師助産師看護師学校養成所指定規則 別表 1

(平成 23 年 1 月改正)

教育内容	単位数	備考
公衆衛生看護学	16 (14)	
公衆衛生看護学概論	2	
個人・家族・集団組織の支援	} 14 (12)	健康危機管理を含む。
公衆衛生看護活動展開論		
公衆衛生看護管理論		
疫学	2	
保健統計学	2	
保健医療福祉行政論	3 (2)	
臨地実習	5	
公衆衛生看護学実習	5	保健所・市町村での実習を含む。
個人・家族・集団組織の支援実習	2	継続した指導を含む。
公衆衛生看護活動展開論実習	} 3	
公衆衛生看護管理論実習		
合 計	28 (25)	

備考 2 看護師学校養成所のうち第 4 条第 1 項に規定する課程を設けるものと併せて指定を受け、かつ、その学生又は生徒に対し 1 の教育課程によりこの表及び別表 3 に掲げる教育内容を併せて教授しようとするものにあつては、括弧内の数字によることができる。





## 第2章

### 評価・試験に関する基礎知識

## 1 教育評価—国家試験の位置づけ

教育評価には一般的に次の4種がある（梶田，1992）。

「事前的評価」あるいは「診断的配置的评价」は，教育活動開始以前に，その活動を最も適切なものとするために必要な評価を行うものである。

「形成的評価」は，教育活動の途上において，その活動をもっとも効果的なものとするよう活動自体の軌道修正をするために必要な評価を行うものである。

「総括的评价」は，教育活動が一段落した時点で，その活動の成果を把握するために必要な評価を行うものである。

「外在的评价」は，教育活動の外側に立って，その活動のあり方（活動の過程・成果・規定条件等）を客観的に吟味し，改善を加えるために必要な評価を行うものである。

国家試験は，教育活動の成果を問う総括的评价に位置づけられるといえよう。

評価のもつ基本的性格は次の4種に類型化できる（梶田，1992）。

「実態把握」は，問題となる領域あるいは側面に関してできるだけ多くの情報を集めようというもの。情報の次元性や目標の到達性の吟味，あるいは対象自体のもつ価値についての値踏みなどには必ずしもこだわらない。

「測定」は，学習者の諸特性を何らかの次元上において数値的に表示しようとするもの。この場合には，評価用具や評価手続の標準化と数値化にあたってどのような論理と基準が採用されているかが重要な問題となる。

「目標到達性の把握」すなわち狭義の評価。最近では，成績評価の場合にもこのような性格づけのはっきりした到達度評価中心の方法に切り替えられつつある。

「査定」は，学習の現状について，何らかの基準に基づき，その価値を妥当な形で値踏み，あるいは表示しようとするもの。その典型は，各種の表彰や資格認定など。

国家試験は，「測定」的かつ「査定」的な性格を有する評価であるといえよう。

教育活動との直接的な関連性から，評価を下記の7タイプに分類することがきる（梶田，1992）。

- 1) 受け入れ・配置（入学試験・クラス分け試験）
- 2) 教授活動展開の参考（各種標準テスト，教師による観察）
- 3) 教授活動内在的評価機能（プログラム学習等の教授評価項目の提示，教師による観察）
- 4) 教授活動へのフィードバック（中間テストや期末試験の形成的利用）
- 5) 成果把握・評価（期末試験，成績）
- 6) 認定（単位認定，課程修了認定）
- 7) 実態把握（全国学力テスト，学力の国際比較）

国家試験は，「認定」型かつ教育活動の「成果把握・評価」型の評価であるといえる。

評価を望ましい形で行う前提条件を池田（1981）は次のように示している。

- 1) 評価対象となる目標が明確に打ち立てられていること
- 2) 正確な方法を用いて情報を得て、それを基に正確に認識すること
- 3) 評価において、試験・測定は一部分にすぎないことを認識すること

つまり、評価を行うには、評価基準の設定が求められる。評価基準とは評価目標であり、教育の場合、目標は多元的である。そこで、評価目標も多元的に大目標から小目標まで設定する必要がある。保健師国試の出題基準がこれにあたる。評価目標の設定は、その教育課程や科目のカリキュラム内容に対応していなければならない。

教育評価において、試験・測定は一部分にすぎないが、受験者にとって国家試験は、就業許可を得る資格認定試験であり、専門職業人として社会に出るスタートラインでもある。また、教育機関にとっては、否応なく、社会的評価の指標のひとつとなる。教育活動に従事する者は、評価を理論的に捉え、試験問題作成の本質を踏まえる必要がある。

## 2 教育目標の分類体系（タキソノミー）

評価における厳密な客観性の追及と教育的妥当性の追及との間に調和をもたらすものとして、教育目標体系の明確化—タキソノミーが生み出された。その根底にあるのは、ただ単に能力や特性を測定してよしとするのではなく、教育的働きかけの結果として生じた教育目標の方向への成長発達の評価を行うべきであるとの考え方である（梶田、2006）。

教育において達成されるべき目標の全体を3分し、それぞれの領域ごとに最終的な目標を達成する過程で順次達成していくべき目標の系列を明らかにしようというタキソノミーは、以下のように示されている。

- <認知的領域> 知識の習得と理解および知的諸能力の発達に関する諸目標から成る。
- <精神運動的領域> 手先の技能や運動技能に関する諸目標から成る。
- <情意的領域> 興味や態度・価値観の形成と正しい判断力や適応性の発達に関する諸目標から成る。

クラシフィケーション（分類）ではなく、動物や植物の系統的分類の場合に用いられるタキソノミー（分類体系）という言葉が用いられているのも、目標相互の間の達成系列性を重視する立場を示すものである（梶田、2006）。

日本教育学会（1982）は、医学教育におけるタキソノミー例を示している。

- <認知的領域> 知識，理解，データの分析・解釈，関連問題の解答力，問診能力，情報の取り直しと記録保持能力，公共資源の利用能力，複雑な状況に対処する判断力等。
- <情意的領域> 患者や家族に対する配慮，自分の職業的能力とその限界を認識すること，チームワーク等。

<精神運動的領域> 理学的診断の実技，検査器具の使用技能，静脈注射・腰椎穿刺，カテーテル挿入・挿管など基本的治療手技等。

看護学教育の場合は，下記のような例が示されている（川本，2007）。

<認知的領域> では，医学と同様に知識，理解，データの分析・解釈，関連問題の解答力，アセスメント能力，情報の取り直しと記録保持能力，公共資源の利用能力，複雑な状況に対処する判断力等。

<情意的領域> では，患者や家族に対する配慮，自分の職業的能力とその限界を認識すること，チームワーク等。

<精神運動的領域> では，フィジカルアセスメントの実技，検査器具の使用技能，注射・無菌操作，カテーテルや穿刺部の管理など基本的診療介助手技，清拭・洗髪などの日常生活援助手技等。

保健師教育の場合を考えてみよう・・・例えば・・・

<認知的領域> では，保健医療福祉および社会に関する最新の知識，理解，データの分析・解釈，関連問題の解答力，個人/家族・集団/組織・地域の健康課題のアセスメント能力，健康課題の解決・改善策の立案能力，人々が自ら健康状態を認識し健康の保持増進を図る支援力，情報の取り直しと記録保持能力，社会資源の評価・活用能力，資源開発・システム化・施策化能力，複雑な状況に対処する判断力など。

<情意的領域> では，個人/家族・集団/組織・地域に対する配慮や愛着，公共性や公平性の感性，倫理的な態度，多職種・多機関・住民との協働，リーダーシップ，自分の職業的能力とその限界を認識することなど。

<精神運動的領域> では，訪問などのアウトリーチ，対象や人的資源への接近技法，地区・職場・学校の踏査，個人/集団の健康を測定する技術，環境を測定する技術，個人/家族の生活支援技術，行動変容を促す支援技術，健康危機に対し迅速かつ組織的に対応する能力，資料化・説明力など。

教育目標分類（taxonomy：タキソノミー）は，教育と評価の目標を体系的かつ具体的に水準を設定する理論的枠組みである。今後，公衆衛生看護学教育の教育活動で追及される教育目標を，認知領域・精神運動領域・情意領域に分類・体系化し，行動目標で表現することによって，教育評価，つまり，試験等の企画設計に役立つと考えられる。

情意的領域と精神運動的領域は，実技試験の望まれる領域であり，各教育機関で，Small Group Discussion や Role Playing 法による評価や OSCE 導入など，何らかの担保をするための工夫が行われている。

国家試験をはじめとする，いわゆる学力試験が教育目標分類の認知領域の評価を行っていることを確認した上で，認知領域の評価を知識のどのレベルで問うべきかを見極めることが必要になる。

## 認知的領域のタキソノミー（ブルーム 1956）

認知領域の目標分類の構成は、知識のレベルと、それより高次の知的能力や技能に関わる諸レベルとに 2 大別される。知識が基本的には記憶として考えられるのに対し、知的能力や技能の方は、素材や問題を取り扱うための組織的な操作方法や一般化された技法に関係するものとして考えられる。

- |       |                     |              |            |
|-------|---------------------|--------------|------------|
| 1. 知識 | 1) 個別的なものの知識        |              |            |
|       | 2) 特定のものを扱う手段・方法の知識 |              |            |
|       | 3) 一般的なもの、抽象的なものの知識 |              |            |
| 2. 理解 | 1) 変換               | 2) 解釈        | 3) 外挿      |
| 3. 応用 |                     |              |            |
| 4. 分析 | 1) 要素の分析            | 2) 関係性の分析    | 3) 組織原理の分析 |
| 5. 総合 | 1) 固有の伝達内容の創出       |              |            |
|       | 2) 計画あるいは実施企画の創出    |              |            |
|       | 3) 抽象的な関係性の導出       |              |            |
| 6. 評価 | 1) 内的基準による判断        | 2) 外的基準による判断 |            |

梶田叡一（1983）：教育評価，第5章教育目標の分類体系とその教育的活用 P129-135

教育心理学者は、認知領域のタキソノミーを 6 レベルで提示しているが、医学教育では、イリノイ大学医学部教育開発センターが 1973 年に示した 3 分類（以下に示す）が便利で有用であるとしている（日本医学教育学会監修，医学教育マニュアル 4）。

試験全体における問題数の割合は、Taxonomy I 型 20%，II 型 30%，III 型 50% が妥当である（同センター）。

### Taxonomy I（想起レベル）

「X は何か」を問う。受験者がすでに記憶・認識している個々の知識（事実・概念・理論・方法）の想起を要求する。知識を記憶していれば解答可能である。

### Taxonomy II（解釈レベル）

「X をどう解釈するか，判断するか，X であるということの認識が可能であったら Y はどうか」を問う。受験者に事象やデータを示し，その事象やデータを解釈した結果を要求する，理解のレベル。

### Taxonomy III（問題解決レベル）

「この状況からどのように判断し，どのような方法を行うか」を問う。受験者に特定の状況解決のための知識の活用・分析・応用を行わせ，その結果をもとに評価を要求する。解釈という思考過程を 2 回以上踏ませたり，解釈の上に判断力・意志決定力などを要求するレベル。状況設定問題と言われる高次の知的レベル。

（日本医学教育学会監修：医学教育マニュアル 4 をもとに川本利恵子作成 2007，一部改変）

### 3 客観試験の基礎知識

教育評価は、その客観性の追及と教育的妥当性の追及という流れの中で、歩み続けてきた（梶田，2006）。

学習者を評価するにはいろいろな方法があり、方法によって測定できる領域が決まっている。また評価方法には、それぞれ利点と欠点があり、この利点を最大限に利用し、欠点を可能な限り排除しなければならない。

評価方法には、論述試験、口頭試験、客観試験、シミュレーションテスト、実地試験、観察記録法、論文または研究課題などがある。以下、客観試験と、その特性をより理解するために、論述試験とあわせて記載する（医学教育マニュアル 1，4）。

#### 客観試験（Objective Test）

##### 〔定義〕

採点者が異なっても、同一の採点ができる。すなわち、出題時にすでに正答が決定しているタイプの試験を総称して客観試験という。

##### 〔評価可能な行動〕

客観試験によって評価できる行動は、主として知識の想起である。しかし、単純な解釈や、ある程度の問題解決力をもテスト可能である。

##### 〔利点〕

- 1) 一定時間におけるテスト項目の数が多い。これは広い範囲からの出題を保証することになる。また学生の「山かけ」も防止できる。
- 2) 高い信頼性がありうる。信頼性には問題数と問題の質が関係する。
- 3) 採点の際の、字の巧拙、誤字、halo 効果などによる潜在的偏見が非常に少なくなる。
- 4) 採点が容易で、機械的にも行える。
- 5) 認知領域の問題を幅広く出題でき、問題の難易度をある程度調節することができる。
- 6) 問題数が多い場合は、よい問題を再使用できる。
- 7) 問題の分析が容易である。
- 8) 多人数を対象とするときは、きわめて経済的・効率的である。
- 9) 学生・教員双方への詳細なフィードバックができる。

##### 〔欠点〕

- 1) 問題作成に特別な技能を必要とする。また問題作成に時間がかかる。
- 2) 認知領域の高いレベルの問題作成が難しく、思考過程に対する評価が難しい。
- 3) 当て推量によって正解できる可能性がある。5肢択一の問題だとこのチャンスが 20% ある。これも批判の根拠となる。
- 4) 浅い記憶に対して過度の報酬が与えられる可能性がある。この試験に合格することだけが学習の目標になると、学生は暗記に終始する危険性がある。

- 5) 実地上ではありえない手がかりを与える。実地臨床の場合では、正しい判断を自分で下さなければならない。選択肢が他から提示されることはない。
- 6) 受験技術が成績に影響する可能性がある。正答を選ぶ思考プロセスにある程度の「コツ」がある。
- 7) 多くの教員がこの試験をけげらいする。「〇×式」という言葉がこの嫌悪感の表れである。しかし嫌悪の主な原因は理解不足にあると思われる。
- 8) 問題によって、妥当性・信頼性に欠けるものが出題される可能性がある。

#### 〔改善方法〕

- 1) Key Validation を行い、問題項目分析によってより客観性を高めるよう努力する。
- 2) 良い問題をプールし、必要時目的にかなった問題をいつでも引き出し利用できるようなシステムを作る。
- 3) 問題解決力など認知領域の高レベルを評価できる問題をたくさん用意する。

#### 〔問題形式〕

##### A) 再生形式：一定の単純な解答を求める形式

A-1) 単純再生形式：単一な単語の解答を求める形式

A-2) 完成形式：文中の欠落部分に適切な語を入れさせ、文章を完成させる形式

##### B) 再認形式：与えられた選択肢のうちから正解を選択させる形式

B-1) 単純真偽形式：与えられた文章の真か偽かを問う形式

B-2) 多肢選択形式 (Multiple Choice Question, MCQ)：これが客観問題の基本形である。したがって客観試験のことを MCQ と総称する場合もある。

- ① 正解形式：もっとも妥当な選択肢を1つ選ばせる
- ② 組合せ形式：2つの項目群(語句・文章・図・表)が提示され、2群の間に関連しあった項目の組合せを選択させる形式。
- ③ 多真偽形式：1つの設問に対していくつかの選択肢を与え、そのおのこの正誤の判断を総合的に求める形式。
- ④ 関係分析：主文と理由文に含まれる2つの事実の真偽と、その間の因果関係や理由の真偽を総合的に判断させて、解答コードから適切なものを選ばせる形式。

#### 〔解答過程〕

試験に解答する知的過程(プロセス)には、単純な想起から複雑な問題解決まで、いろいろな段階がある。これはすなわち行動目標そのものである。

知識の想起が求められている場合は、事実・概念・原理・方法論・理論・正常値などについて、「・・・・・・はつぎのうちどれか」という形式の問題である。

理解すなわち単純解釈が求められているなら、学生にとって新しい言語・表・図・グラフ・音などの単一データの他の形への変換、そのようなデータの解釈、データの範囲を超えた部分の推定、データの中の構成要素間の関係の認識などを求める問題が課せられる。



問題解決力が求められるなら、多数のデータ群からなる、学生にとっては未知の症例記録や、基礎医学実験成績などを示し、理解している知識を動員応用してこれらのデータを分析・総合し、診断や治療方法の決定あるいは引き出される結論などを問う必要がある。

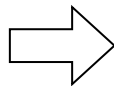
問題作成に当たってまず考慮すべきことは、いかなる知的過程（行動目標）を評価すべきかということである。同じ内科学の試験でも、学部2年次では、想起と単純解釈が求められるが、臨床実習を終了した卒業時には、主として問題解決レベルが求められることになる。したがって、問題作成前に、その試験の目的に応じた問題の領域配分と知的過程配分を決定しなければならない。このような配分表は試験設計表（Blueprint）と呼ばれる。

#### 〔客観試験の題材〕

想起レベルの問題と異なり、解釈・問題解決レベルの問題では、学生にとっては未知の新しいデータを含む問題を作成しなくてはならない。

#### 医学教育では

- ・ 症例や実験のデータ
- ・ グラフ、シェーマ、  
ダイアグラム
- ・ 写真。スライド  
(症候・X線・眼底・  
心電図・病理標本・  
内視鏡・器具など)
- ・ 聴覚素材  
(心音・呼吸音など)
- ・ ビデオ・映画  
(問診場面・操作場面)



保健師教育の客観試験の題材を  
考えてみよう・・・

#### 〔チェックリスト〕

客観試験問題を作成したら、別表「チェックリスト：問題作成の視点」（P26-27）に従って、1問ごとにチェックすることが望ましい。

（日本医学教育学会監修：医学教育マニュアル1.医学教育の原理と進め方「教育評価」P78-84 一部改変）

## ＜参考＞ 論述試験

論述試験はもっとも一般的な評価方法のひとつである。客観試験とは役割が異なるので、両者の特性を理解することが重要である。

### 論述試験 (Essay Test)

#### 〔定義〕

設問に対する比較的自由的な解答を、受験者自身の言葉で記述させ、その思考過程に関する能力をみる試験である。

#### 〔評価可能な行動〕

知識（想起）・理解（解釈）および問題解決能力をみることがきる。しかし、知識の想起力を広範囲にテストしようとするならば、客観試験の方が適しており、論述試験ではより複雑な解釈や問題解決のレベルをみるべきである。

#### 〔利点〕

- 1) 設問に対する適切な知識を自分自身で選択する能力をみることがきる。
- 2) 想起力より高い解釈や問題解決能力をみることがきる。
- 3) 論旨の進め方や表現力をみることがきる。
- 4) 問題作成が比較的容易である。

#### 〔欠点〕

- 1) 問題数が制限されるため、試験範囲の中のきわめて限定された部分しかテストできない。妥当性の限界。これが学習者の「山かけ」の原因ともなりうる。
- 2) 採点が主観的になりやすい。信頼性に限界がある。
- 3) たくさん書かれているものが、必ずしもよい解答でないことを見逃しやすい。
- 4) 字の巧拙や誤字が採点に影響を与える可能性がある。
- 5) 普段から良い学生または良くない学生であることを知っている場合には、同じ答えでも良くみえたり、悪くみえることがある。これを背光効果 (halo effect) という。
- 6) 採点に時間がかかる。このことが採点の基準を一定に保てない原因にもなりうる。
- 7) 問題がしばしば不注意に作られる。設問が漠然としていて受験者は何に焦点を絞るべきかわからない。教科書の一節や図を暗記しておけば良い解答になるような設問では、学生の思考力をみることはできない。
- 8) 試験範囲全体にわたる学習に対するフィードバック効果が少ない。

#### 〔改善方法〕

- 1) 客観試験で測定できない部分を論述試験で補う。論述試験と口頭試験の組合せはダメ。
- 2) 何について何を評価しているのかを明確にし、モデル解答を作り、採点のポイントをあらかじめ作成しておく。
- 3) 受験者の名前を伏せ、字の巧拙や誤字に影響されないこと。
- 4) 1つの問題に対する解答の良否が他の問題の採点に影響しないよう1問ずつ採点する。

(日本医学教育学会監修：医学教育マニュアル1.医学教育の原理と進め方「教育評価」P75-77 抜粋)

客観試験の留意点として池田（1981）は、以下のように述べている。

「客観試験は評定者の主観を排除し、採点の客観化をめざしたものではあるが、採点の容易さが受けて普及してきた。客観性・迅速性・簡便性だけを強調し、本来の客観試験の特質である行動要素の分析的性質を見失うと好ましからざる方向の客観試験が横行することになる。客観試験はそれがもつ利点を活かすような問題構成がなされなければならない。それにはかなりの作成技術を必要とするし、よい客観試験を作ろうとすれば手間隙のかかるものである。」

客観試験の特質を確認するために、試験方法の課題中心方式と要素中心方式を並べて比較してみよう。

	課題中心方式	要素中心方式
考え方	少数のテーマを与えて、それに時間をかけて解答を完成させる。	1つ1つの細目検討計画を立て、網羅的・分析的に質問項目を構成し体系化してそれに答えさせる。
適応例	論述試験、作文課題、絵画、造形作品、社会科資料収集、分析レポート、理科実験観察レポート、数学問題等。	多項目客観テスト、復習総括（まとめ）のテスト等。
長所	<ul style="list-style-type: none"> <li>・それ自身が1つの教材・訓練として役立つ。</li> <li>・生徒の理解力・表現力・創造力の養成に役立つ。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・網羅的・分析的評価ができる。</li> <li>・正確な情報収集に役立ち、生徒の学習診断に資する。</li> <li>・客観的評価に有利である。</li> </ul>
短所	<ul style="list-style-type: none"> <li>・短時間に解答を求めるのには適さない。</li> <li>・多くの教材（題材）を消化することができない。</li> <li>・短時間に客観的に採点評価できず、大勢の生徒を扱うことが難しい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・教材として、訓練の対象そのものにはなりにくい。</li> <li>・質の高い評価項目群を構成するのが難しい。</li> </ul>
留意点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・教材（題材）の選択に有意義なものを選ぶ。</li> <li>・フィードバックをまめにする。</li> <li>・評価の観点を明瞭に伝える。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・項目の体系化とその偏りのないサンプリングに留意する。</li> <li>・安易な質問項目を避ける。</li> </ul>

池田央（1981）. 教育評価と其の方法. (藤永保ほか編) 教育心理学（下）, p.146, 有斐閣

要するに、課題中心方式は、評価そのものよりも、それを通じて達成される教育訓練に焦点をおき、要素中心方式は教育目標の達成度を客観的・分析的に総括するのに適している（川本，2007）。

## 4 多肢選択試験 (MCQ)

認知領域の評価のための測定法（試験法）には多くの種類があるが、その代表的なものには MCQ (Multiple Choice Questions, 多肢選択試験) である。MCQ が良い試験法といえる理由は、難問奇問が入っても、統計処理によって、正答率（難易度）70%以上のやさしすぎる問題、30%以下の難問、また識別指数（第7章参照）が 20%以下のものなど、好ましくない問題を排除した上で、合否判定をすることがきるからである（植村, 1984）。

MCQ は、stem（問題文）と alternatives（選択肢）とからなる。選択肢の中に正しいものは 1 つしかなく、これを answer（正解）といい、その他の選択肢を distracters（魅惑肢, 迷わせの選択肢）という。正解肢には、correct answer（正答）と best answer（最良答）の 2 種類がある。一般には、最良答を求める方が、よほど深く理解していないと考えられない点でより難しいといえるが、注意して作成しないと、どれが最良答かをめぐって議論になる可能性がある（植村, 1984）。

第4章「問題作成プロセスと基礎知識」においてさらに詳しく述べるので、MCQ について理解を深めていただきたい。

### 多肢選択形式試験 (MCQ) 作成上のチェックリスト

番号	項目
1	重要な内容を扱った問題か（基本的な重要事項を扱う）。
2	求められる能力が目標に対し適切か（範囲とレベルは目標〔出題基準〕に準じている）。
3	問題の難易度は目標に照らして適切か（事後評価；得点率が 50%；60～65 点）。
4	問題文は、簡潔明瞭に問題の焦点を示しているか（簡潔、明瞭な表現である。選択肢で共通している語句は設問文にまとめる。単一の課題について設問する）。
5	設問は、解答に必要な条件を十分に示しているか。不用意なヒントは含まれていないか（設問は疑問文になっている）。
6	正解はただ 1 つで、学説的にも問題はないか。
7	学力の低い学生でも難なく除外するような選択肢（distracter）をできるだけ除く。
8	選択肢の文章の長さはほぼ等しいか（大体同じ長さとする）。
9	選択肢は 5 内外用意したか（適切な出題形式を選ぶ）。
10	選択肢は、論理的順序に配列されているか。
11	否定形はできるだけ避ける。二重否定、二律背反はないか。否定句はゴシックかアンダーラインを引く（引っかけ問題にしない）。
12	選択肢に「必ず」「常に」「すべて」などの限定句を用いていないか。「～のことがある」も避ける。
13	用いた図・表は、問題のポイントを明瞭に示しているかどうか。

日本医学教育学会監（1984）。医学教育マニュアル 4, p.45 をもとに、川本利恵子作成（2007）

(別表)

## 「チェックリスト：問題作成の視点」

問題 NO \_\_\_\_\_

- 問題作成日： 年 月 日 作成者： \_\_\_\_\_
- 科目（領域）（ \_\_\_\_\_ ）
- 出題範囲（ \_\_\_\_\_ ）例）国家試験出題基準の領域—大項目—中項目
- 問題の種類（一般問題・状況設定問題）
- 解答形式（Aタイプ・X2タイプ）

### 1. 題材の選択について

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| ①範囲とレベルは目標に準じているか（出題基準で確認する）。              | <input type="checkbox"/> |
| ②すべての保健師教育機関で教育されているであろう標準的な教科内容から出されているか。 | <input type="checkbox"/> |
| ③基本的な重要事項（日常の保健師活動においてよく見られる疾病や事例）を扱っているか。 | <input type="checkbox"/> |

### 2. 問題の難易度について

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| ①保健師の基礎教育が修了時点で求められる「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度」にある基本的知識を評価できるような問題であるか。      | <input type="checkbox"/> |
| ②状況判断に基づいた保健師活動を実践できる総合能力を客観的に判断できる問題であるか。                                    | <input type="checkbox"/> |
| ③難易度は教科書に書かれている程度であるか。  | <input type="checkbox"/> |
| ④解答時間の目安は、一般問題は1問1分、短い状況設定を付した一般問題は1問1分30秒程度、状況設定問題は2分として、時間内に解答できるような問題であるか。 | <input type="checkbox"/> |

### 3. タキソノミーの設定について

- |                                  |                          |
|----------------------------------|--------------------------|
| ①設定したタキソノミーは何か（I型、I'型、II型、III型）。 | <input type="checkbox"/> |
| ②タキソノミーの適切性はどうか。                 | <input type="checkbox"/> |

### 4. 多肢選択形式テストについて

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| <b>1) 全体</b>  |                          |
| ①単一の主題について設問しているか。  | <input type="checkbox"/> |
| ②設問文と選択肢との整合性（一貫性）はあるか。                                   | <input type="checkbox"/> |
| ③選択肢すべてが単純真偽形式（O×形式）問題ではないか。                              | <input type="checkbox"/> |
| <b>2) 設問文</b>   |                          |
| ①文法的に完結された文章で、何を聞いているか明らかであるか。                            | <input type="checkbox"/> |
| <b>3) 選択肢</b>   |                          |
| ①誤答肢は明らかに誤りとわかるナンセンス肢ではなく、一見もっともにみえるか。                    | <input type="checkbox"/> |
| ②受験者が直感的に排除するような常識的な誤答肢ではないか。                             | <input type="checkbox"/> |
| ③選択肢はすべて対等の重みを持ち、同一範疇の事象であるか。                             | <input type="checkbox"/> |
| ④二律背反の関係にあり、1つの肢がわかると他の肢が誤りの肢としての役割を果たさなくなるような選択肢は避けているか。 | <input type="checkbox"/> |
| ⑤1つの選択肢に2つ以上の内容が含まれていないか。                                 | <input type="checkbox"/> |
| ⑥選択肢で共通している語句が設問文にまとめられているか。                              | <input type="checkbox"/> |
| ⑦選択肢は単語もしくは短文になっているか。                                     | <input type="checkbox"/> |
| ⑧設問が否定形の場合、選択肢は否定形になっていないか。                               | <input type="checkbox"/> |
| ⑨選択肢の配列には順序性や論理性を考慮しているか。                                 | <input type="checkbox"/> |

## 5. 形式、表現・用語について

### 1) 設問文

①文末表現は適切か。(例)～はどれか。

②設問文に否定形を使う時には、アンダーラインを付しているか。

(例) 誤っている 適切でない 規程されていない

### 2) 選択肢

①用語はすべての受験者に同じように解釈されるものであるか。

②表現は明確かつ簡潔であるか(問題を解く上で必要にして十分な内容であること。難解な表現、不必要な表現は避ける)。

③まぎらわしい、曖昧な表現でないか。

(例) きわめて、しばしば、ほぼ、大体、頻回、できるだけ、～してもよい、～ことがあるなど。

(例) 高い、低い など程度を示す表現は、比較対象が必要。

④「必ず」「すべて」などの限定語は使われていないか。

⑤ヒントとなるような節、句が含まれていないか。

⑥難解あるいは特異な用語や出題基準にない略語については、英語または原語による括弧書きをつけているか。

⑦引っかけの文章を用いていないか。

⑧設問文が否定形の場合は、選択肢を否定形にしていないか(二重否定を避ける)。

⑨指示された国家試験での用語表現を用いているか。

・ カウント表記、バイタルサイン表記、検査データ表記、その他(略語は使用しない、年号の表し方、「検診」と「健診」、「がん」と「癌」の使用法、年齢別呼称)は、作成マニュアルの表記例で確認する。

・ 薬品名については「～薬(剤)」という記載になっているか、また、商品名が使われていないか(商品名は使用できない)。

## 6. 状況設定問題について

### 1) 問題文(状況)

①問題文は10行程度(約300字)になっているか。

②文章は、文語体、カルテ調の表現は避け、平易な書き方になっているか(名詞で句点とすることなく、動詞で句点の終文とする)。

③提示している情報は、必要な情報だけでなく取捨選択が必要な内容になっているか。

### 2) 問題

①1問1問、独立した問題になっているか。

②事例がなくても答えられるような一般的、抽象的な知識を問う問題になっていないか。

「川本利恵子、村瀬千春他(2007)試験問題ブラッシュアップの例、看護研究40(2):29-30。」一部改変

## 引用・参考文献（第2章）

- 池田央(1981):教育評価とその方法.(藤永保他編)教育心理学(下), pp.143-153. 有斐閣.
- 梶田叡一(1992):教育評価〔第2版〕, 有斐閣.
- 川本利恵子(2007):国家試験と客観試験における評価の考え方, 看護研究, 40, (2), 3-10
- 日本医学教育学会監修(1986):医学教育マニュアル1. 医学教育の原理と進め方〔第1版〕, 篠原出版
- 日本医学教育学会監修(1984):医学教育マニュアル4. 評価と試験〔第1版〕, 篠原出版
- 安田幸雄・他(2005):医学教育評価における客観試験の特徴, 金医大誌, 30, 408-412

## 第3章

### 問題作成にチャレンジ



本章では、保健師国家試験 Web 登録システムに登録する際や、フォカルティ・ディベロップメント研修などで国家試験問題作成を演習に取り入れる際に活用できるように、問題作成シートを用いた作問の進め方を紹介する。

【準備するもの】

- ① 保健師国家試験問題作成シート（様式：P32-33）
- ② H30 年保健師国家試験出題基準
- ③ 「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度」
- ④ 出題範囲に関連する教科書

※注）②，③，④は最新版を用いる。

1. 主題の決定

1) テーマの決定

出題するテーマを決める。

2) 科目と目標の設定

出題基準から、該当する「科目」と「目標」を確認する。

3) 出題範囲の決定

出題基準の「大項目」を確認し、出題範囲を決める。

4) 問題の主題の決定

ポイント！…「中項目」が出題基準，「小項目」は Key word

「大項目」を構成する「中項目」を確認し、何を問うのか「主題」を定める。

2. 題材の選択

1) 問う知識・技術と到達度の確認

主題で問う知識・技術を「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度」に基づき、該当する「実践能力」、「大項目」、「中項目」、「小項目」を確認する。

出題する問題の対象を「個人/家族」、「集団/地域」のいずれかに決める。

2) 出題のねらいの決定

出題で焦点化する事柄は、看護に求められる判断プロセス<sup>1)</sup>の①～⑤のどれにするのかを決める。

- ① 判断プロセスを問う
- ② 判断そのものを問う
- ③ 判断するために必要な情報は何かを問う
- ④ 情報を列記したなかで優先度を問う
- ⑤ 介入の結果から判断の根拠を問う

状況設定問題の場合は、出題の意図を明確にする必要がある<sup>1)</sup>ため、出題類型を①～⑤のどれにするか決める。

- ① 経時的に変化する状況の中で展開する看護活動等を問う
- ② 看護における思考や判断プロセスを問う
- ③ 個人・家族・集団・地域など多様な対象や状況に対して展開する看護活動を問う
- ④ これらが複合している問題

### 3. タキソノミーレベルの決定

タキソノミーレベルⅠ～Ⅲの4区分のうち、どのレベルにするのかを決める。

Ⅰ型（想起）、Ⅰ'型（推定）、Ⅱ型（解釈）、Ⅲ型（問題解決）

[参考] 一評価領域分類（Taxonomy）<sup>2)</sup>

**Ⅰ型 想起（Recall）**：単純な知識の想起によって解答できる問題

個々の知識（knowledge）を記憶するという最も低次の分類であり、知っている個々の知識（knowledge）を思い起こす問題がこのレベルに含まれる。必修問題で採用されることが望ましい。

（思考過程）知識の想起のみで思考過程は含まれない。

設問 → 想起 → 解答

**Ⅰ'型 推定**

知識レベルの学習を前提とし、その知識の理解を問うが、解釈レベルの思考過程は含まれず、記憶した事実を再表現することで解答可能な問題である。具象（諸事象、具体的方法等）に関する基本的知識をもとに、それを言い換えること（再表現）で、受験生の理解を問うものである。基本的な知識によって解答することができ、判断や解釈レベルの思考過程は必要としない。標準的な看護計画や看護師の望ましい行動など、看護師が有すべき常識を問う問題が該当する。

（思考過程）解釈レベルの思考過程ではない。

設問 → 看護における常識 → 推定 → 解答

（知識の想起 → 理解・再表現）

**Ⅱ型 解釈（Interpretation）**：設問で与えられた情報を理解・解釈してその結果に基づいて解答する問題

単純に知識を想起するだけでなく、その知識の理由がわかるなど、解釈のレベルを含んでいることが特徴であり、設問で与えられた情報を解釈してその結果に基づいて解答するような問題が含まれる。文章・図表などのデータを他の形に変換する等、データの間関係を指摘し、データを越えた部分の推理を行う思考過程が1回行われる。具象（諸事象、具体的方法等）から抽象（診断・解決方針等）への思考のやり取りによって臨床判断をするような問題であり、状況設定問題で採用されることが望ましい。

（思考過程）理解・解釈は1回のみ

設問（データの提示） → 理解・解釈 → 判断した内容 → 解答

（知識の想起 → 解釈）

**Ⅲ型 問題解決（Problem Solving）**：理解している知識を応用して具体的な問題解決を求める問題

理解している知識を応用したり、複数のデータを分析したり、その各要素を意味のある全体にまとめあげるといった高次の知的行動を意味する。知識を用いて解釈した結果からさらに具体的な問題解決の方法を導くという意味で、2回以上の思考過程（解釈）を要する。設問文の情報を解釈（1回目の思考）するのみではなく、各選択肢の意味を解釈（2回目の思考）しないと解答できない問題。状況設定問題で採用されることが望ましい。

（思考過程）理解・解釈が2回必要

設問（データの提示） → 理解・解釈 → 判断した内容

↑ ↓  
 選択肢（ケアの方針等） → 理解・解釈 → 問題解決方針

→ 解答

#### 4. 出典の確認

参照した教科書等（書籍名と該当ページ）を記載する。出題根拠は複数必要である。

#### 5. 問題：多肢選択式問題（MCQ）の作成

##### 1) 問題文の作成

短文かつ肯定形にすることを原則に、問うのは正誤、または優先度かを定める。

<問題作成における表現・用語の留意点>

- ① すべての受験生に同じように解釈される用語を用いる。
- ② 法律用語は、法律の条文を確認し、正確な呼称で使用する。
- ③ 表現は明確かつ簡素にする。難解な表現、不必要な文学的表現は避ける。
- ④ まぎらわしい、曖昧な表現はしない。  
(例)「きわめて」、「しばしば」、「ほぼ」、「大体」、「頻回」、「できるだけ」、「高い」、「低い」、「～のことがある」 など
- ⑤ 限定語を使用しない。  
(例)「必ず」、「すべて」、「絶対に」 など。
- ⑥ やむを得ず設問に否定形を用いる場合はアンダーラインを付す。

##### 2) 選択肢の作成

肯定形で作成する。

- ① 一般問題（Aタイプ）：4肢または5肢から最も適切なものを1つ選ぶ
  - i 選択肢はすべて対等の重みをもち、同一範疇の事象であること。
  - ii 1つの選択肢に2つ以上の内容を含まないこと。
  - iii 選択肢は明らかに誤りであると分かるもの（ナンセンス肢）は避け、もっともらしいものとする。
  - iv 魅惑肢を作ることが望ましい。
  - v 設問・選択肢ともに、否定形は極力避けること。
  - vi 各選択肢の長さは概ね等しくし、単語もしくは短文にすること。
  - vii 1つの肢を否定すれば他の肢も否定できるような選択肢は避けること。
- ② 一般問題（X2タイプ）：5肢より正しいものを2つ選択する。  
選択肢の作成は、上記①の i～viiに加え、次の点に留意する。
  - viii 正当肢以外は完全に否定できる肢とすること。
- ③ 計算問題：計算した結果を、0～9の数値で回答する。
- ④ 状況設定問題：ある状況や条件を含んだ場面を提示した上で、問題文を作成する。  
単問、2連問、3連問がある。選択肢は4肢または5肢とする。  
問題文及び選択肢の作成は、前述 i～viiiに加え、次の点に留意する。
  - ix 状況や事例がなくとも答えられるような内容は適切ではない。
  - x 2連問、3連問の場合、それぞれの問は独立した問題になっていること。
  - xi タキソノミーはⅡまたはⅢとする。（Ⅲが望ましい。）

#### ⑤ 回答時間の目安

- 一般問題：1 問 1 分
- 短い状況を付した一般問題：1 問 1 分 30 秒
- 状況設定問題：1 問 2 分

#### 6. 問題作成後の確認

以下の6つのポイントで確認する。

- ① 保健師に必要な知識や技術を問うものか。
- ② 新人保健師の業務に必要な基本的知識と技術を問うものか。
- ③ 保健医療福祉の場における最新の知識や技術が反映されているか。
- ④ 保健師教育課程の年限（1年以上）において学習者が到達可能なレベルか。
- ⑤ 特定の言説や理論，価値に偏っていないか。
- ⑥ 根拠となる出典は複数あるか。

#### 7. ブラッシュアップ

作問の手順 1～6 を振り返り、基準に従い適切に作成されているか点検する。点検は、自分自身で行う他に、他の教員に解いてもらう（ピア・レビュー）、他大学とのチームによるブラッシュアップ、研修会でのワークショップなど、問題作成の力量形成のためには、複数の検討の場があると効果的である。

\* 「保健師国家試験問題作成シート」を用いた作問の記載例を P33-34 に示したので、参考にされたい。

#### <資料>

- 1) 医道審議会保健師助産師看護師分科会国家試験制度改善検討部会報告書  
(平成 28 年 2 月 22 日)
- 2) 厚生労働省保健師助産師看護師国家試験公募問題作成マニュアル  
(平成 29 年 9 月 22 日)

(様式)

## 保健師国家試験問題作成シート

1. 主題の決定	
1) テーマの決定 * 出題するテーマを決める。	テーマ
2) 科目と目標の設定 * 該当する出題基準の「科目」と「目標」を確認する。	科目
	目標
3) 出題範囲の決定 * 出題基準の「大項目」を確認し、出題範囲を決定する。	大項目
4) 問題の主題の具体化 「中項目」：出題基準 「小項目」：Key word * 「大項目」を構成する「中項目」のうち該当する項目を選び、何を問うのか「主題」を定める。 * 「小項目」は主題を考える際の Key Word である。	中項目（複数項目のうち該当する項目）
	小項目
	主題
2. 題材の選択	
1) 問う技術と到達度の確認 * 主題で問う技術を「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度」に基づき、＜実践能力＞＜大項目＞＜中項目＞＜小項目＞の各々のどれに該当するのかを確認する。 * 出題する問題の対象を「個人/家族」「集団/地域」のいずれか決める。	＜実践能力＞
	＜大項目＞
	＜中項目＞
	＜小項目＞
	＜対象＞
2) 出題のねらいの決定 * 一般、状況設定、いずれの場合も、各々①～⑤から出題のねらいを決定する。	一
	般
	状
	①判断プロセス      ②判断そのもの      ③判断するために必要な情報 ④情報や介入の優先度      ⑤介入の結果から判断の根拠
	①経時的変化の状況下での看護活動      ②思考や判断プロセス ③多様な対象や状況での看護活動      ④複合している問題

3. タキソノミーレベルの決定	
*タキソノミーレベルⅠ～Ⅲ を選択、決定する。 *一般問題はⅠ', Ⅱを目指す。	Ⅰ型：想起 Ⅰ'型：推定 Ⅱ型：解釈 Ⅲ型：問題解決
4. 出典の確認	
*参照した教科書とそのページを記載する(複数)。	
5. 問題：多肢選択式問題(MCQ)の作成	
1) 問題文の作成 *短文かつ肯定形にする。 *正誤を問うのか、または優先度を問うのかを決める。	問題文
2) 選択肢の作成 *肯定形で作成する。 *Aタイプか、X2タイプかを決定する。 *X2タイプの誤答肢は、完全に否定できるものにする。 *優先度を問う場合は選択肢全てが正しい内容にする。	選択肢 1. 2. 3. 4. 5. 【正答番号】 ①Aタイプ(単純択一形式)：4肢または5肢から適切な1つを選ばせる ②X2タイプ(多真偽形式)：5肢から適切な2つを選ばせる
6. 問題作成後の確認	
*6つの確認ポイントに沿って、出題の適切さを確認する。	<input type="checkbox"/> 保健師に必要な知識や技術を問うものか。 <input type="checkbox"/> 新人保健師の業務に必要な基本的知識と技術を問うものか。 <input type="checkbox"/> 保健医療福祉の場における最新の知識や技術が反映されているか。 <input type="checkbox"/> 保健師教育課程の年限(1年以上)において学習者が到達可能なレベルか。 <input type="checkbox"/> 特定の言説や理論、価値に偏っていないか。 <input type="checkbox"/> 根拠となる出典は複数あるか。
7. ブラッシュアップ	
1) 修正点の確認 *作問の手順1～6を点検し、要修正点を書き出す。	
2) 問題の修正 *状況を加える修正をする場合、修正が必要な選択肢の有無も確認する。	修正後問題

(記載例)

## 保健師国家試験問題作成シート

1. 主題の決定	
1) テーマの決定 * 出題するテーマを決める。	テーマ 保健師が行う「地域診断」について出題しよう。
2) 科目と目標の設定 * 該当する出題基準の「科目」と「目標」を確認する。	科目 公衆衛生看護方法論Ⅱ 目標 I. 地域アセスメント<地域診断>に基づき地域の健康課題を明確化する方法についての基本的な理解を問う。
3) 出題範囲の決定 * 出題基準の「大項目」を確認し、出題範囲を決定する。	大項目 2. 地域アセスメント<地域診断> ⇒「地域診断」を出題範囲と決定する。
4) 問題の主題の具体化 「中項目」：出題基準 「小項目」：Key word * 「大項目」を構成する「中項目」のうち該当する項目を選び、何を問うのか「主題」を定める。 * 「小項目」は主題を考える際のKey Wordである。	中項目（複数項目のうち該当する項目） A. 地域アセスメント<地域診断>の目的 B. 地域アセスメント<地域診断>の過程 C. 地域アセスメント<地域診断>の方法 ⇒Cの「方法」を問うことにする。 小項目 a. 既存の統計資料の分析 b. 実態調査 c. エスノグラフィ d. 疫学を活用した方法（記述疫学、分析疫学） 主題 地域で生活している人々の顕在・潜在している健康課題を把握し、その要因・背景を明らかにしながら解決方法を見いだすことを目的として行う地域診断の方法を理解しているかどうかを問う。
2. 題材の選択	
1) 問う技術と到達度の確認 * 主題で問う技術を、「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度」に基づき、<実践能力><大項目><中項目><小項目>の各々のどれに該当するのかを確認する。 * 出題する問題の対象を「個人/家族」、「集団/地域」のいずれか決める。	<実践能力> 実践能力Ⅰ：地域の健康課題の明確化と計画・立案する能力 <大項目> 1. 地域の健康課題を明らかにし、解決・改善策を計画・立案する <中項目> A. 地域の人々の生活と健康を多角的・継続的にアセスメントする B. 地域の顕在的・潜在的健康課題を見いだす <小項目> 1. 身体的・精神的・社会文化的側面から客観的・主観的情報を収集し、アセスメントする 8. 顕在化している健康課題を明確にする 9. 健康課題を持ちながらそれを認識していない・表出しない・表出できない人々を見いだす <対象> 地域診断は地域の人々を対象とするので、「集団/地域」を対象とする。
2) 出題のねらいの決定 * 一般、状況設定、いずれの場合も、各々①～⑤から出題のねらいを決定する。	③ 一 ①判断プロセス ②判断そのもの ③判断するために必要な情報 般 ④情報や介入の優先度 ⑤介入の結果から判断の根拠 状 ①経時的変化の状況下での看護活動 ②思考や判断プロセス 況 ③多様な対象や状況での看護活動 ④複合している問題

3. タキソノミーレベルの決定	
*タキソノミーレベルⅠ～Ⅲを選択、決定する。 *一般問題はⅠ', Ⅱを目指す。	Ⅱ型 Ⅰ型：想起 Ⅰ'型：推定 Ⅱ型：解釈 Ⅲ型：問題解決
4. 出典の確認	
*参照した教科書とそのページを記載する	<ul style="list-style-type: none"> <li>標準保健師講座1「公衆衛生看護学概論」第4版(医学書院)P110-113</li> <li>最新保健学講座5「公衆衛生看護管理論」(メヂカルフレンド社)P12-27</li> <li>〇〇…</li> </ul>
5. 問題：多肢選択式問題(MCQ)の作成	
1) 問題文の作成 *短文かつ肯定形にする。 *正誤を問うのか、または優先度を問うのかを決める。	問題文 人口3万人の市。保健師は人事異動により、担当地区が変更になった。保健師が行う地域診断で適切なのはどれか。
2) 選択肢の作成 *肯定形で作成する。 *Aタイプか、X2タイプかを決定する。 *X2タイプの誤答肢は、完全に否定できるものにする。 *優先度を問う場合は選択肢全てが正しい内容にする。	選択肢 *Aタイプ(単純択一形式)で4肢とする 1. 地区健康相談とは別の機会に行う。 2. 新生児訪問による情報は優先度が低い。 3. 民生委員から地区の課題について話を聞く。 4. 担当地区の人口が3千人なので地域診断は実施しない。 【正答番号】 3 ①Aタイプ(単純択一形式)：4肢または5肢から適切な1つを選ばせる ②X2タイプ(多真偽形式)：5肢から適切な2つを選ばせる
6. 問題作成後の確認	
*6つの確認ポイントに沿って、出題の適切さを確認する。	<input type="checkbox"/> 保健師に必要な知識や技術を問うものか。 <input type="checkbox"/> 新人保健師の業務に必要な基本的知識と技術を問うものか。 <input type="checkbox"/> 保健医療福祉の場における最新の知識や技術が反映されているか。 <input type="checkbox"/> 保健師教育課程の年限(1年以上)において学習者が到達可能なレベルか。 <input type="checkbox"/> 特定の言説や理論、価値に偏っていないか。 <input type="checkbox"/> 根拠となる出典は複数あるか。
7. ブラッシュアップ	
1) 修正点の確認 *作問の手順1～6を点検し、要修正点を書き出す。	<ul style="list-style-type: none"> <li>多肢選択形式として「地域診断の方法」としているが、選択肢は、方法だけではなく、異質なもの(情報、情報源、判断)が混在している。選択肢を地域診断の「方法」に精選し、出題する。</li> <li>選択肢4が特に長文であり、かつ否定形である。</li> </ul>
2) 問題の修正 *状況を加える修正をする場合、修正が必要な選択肢の有無も確認する。	修正問題 人口3万人の市。保健師は人事異動により、担当地区が変更になった。保健師が優先して行う地域診断はどれか。 1. 前任者から口頭で情報を得る。 2. 通勤の途中で地区踏査をする。 3. 民生委員に地区の課題を尋ねる。 4. 担当地区の健康実態調査を行う。 5. 過去10年間の医療費分析を行う。 (正答：5)



## 第4章

### 日頃の教育への活用

授業や演習、実習をとおして身につけた知識や思考・判断力が国家試験でも問われる保健師教育機関では、講義の理解度を学生と教員とが把握するために、試験問題を工夫することは重要なことといえる。知識を問う認知的領域の試験問題を作成する際は、国家試験に向けて、保健師となったときに必要な知識は試験で必ず網羅して作成する必要がある。つまり、講義の後に行われるペーパー試験を復習することで国家試験の合格ラインに到達できるようにしておかなければならない（荒井他、2013）。

担当する科目のシラバスは、教育目標や授業内容の検討と合わせて、評価規準や評価基準も考え作成する。知識を定着させるために、授業の計画・実施・評価・見直しを繰り返している中、特に、自身の教育の評価でもある試験問題を作成するときは、苦慮している現状がある。

この章では、保健師国試の作問の知識・技術を活用し、かつ「保健師に求められる実践能力と卒業時の技術項目と到達度」を踏まえて本協議会が作成した「保健師教育におけるミニマム・リクワイアメンツ」（以下、「ミニマム・リクワイアメンツ」）を踏まえながら、定期試験の作成方法を紹介する。

#### 1. 認知領域を評価するタキソノミーレベルの検討

P11 で示したように、医学教育で推奨されている試験全体のタキソノミーレベルの割合は下表のとおりであり、脇に最近の保健師国家試験での割合を併記した。保健師国試ではⅡ型、Ⅲ型の比率が低いことが明らかである。第103回では、Ⅲ型が増えた一方でⅡが減っており、Ⅰの比率が高いままであった。

表1 医学教育で推奨のタキソノミーレベル割合と保健師国家試験での割合との比較

タキソノミーレベル	医学教育で推奨される割合 <sup>*)</sup>	第103回保健師国試	第102回保健師国試	第101回保健師国試
I + I'型 (想起・推定)	20 %	62.7 % (I 34問 + I' 35問)	63.6 %	62.8 %
Ⅱ型 (解釈)	30 %	19.1 % (21問)	30.9 %	33.6 %
Ⅲ型 (問題解決)	50 %	18.2 % (20問)	5.4 %	3.6 %

<sup>\*)</sup>イリノイ大学医学部教育開発センター推奨する、医学部における教育評価の割合（植村、1984）

平成28年2月の医道審議会報告書では、保健師助産師看護師国家試験で今後改善すべき事項として、評価領域分類（Taxonomy）に関しては、必修問題ではⅠ型（知識の想起・推定）を、状況設定問題ではⅡ型（解釈）及びⅢ型（問題解決）を中心として出題することが望ましいとされ、特に、保健師国家試験においては、状況設定問題も含めて知識の単純想起型の出題が多く、評価領域分類Ⅱ型やⅢ型の出題を増やす改善が必要であるとされている。

タキノミーⅠ型の問題が高得点でも、タキノミーⅡ・Ⅲ型の問題で得点できるとは限らない。一方、タキノミーⅡ・Ⅲ型の問題で高得点の者は、タキノミーⅠ型でも高得点を取ることができる。良い試験問題を作るには、認知的領域のタキノミーをどのレベルで評価すべきか、学習進度との関連を考えながら、よりタキノミーレベルを高くすることも意識したい。

## 2. 試験問題作成のプロセス

目的に応じた問題の領域配分（主題）とタキノミーを決定し、試験問題を設計していくプロセスを「健康危機管理」を例にして示す。

＜試験問題の設計例＞

### ① 試験設計表（Blueprint）の枠組みを作成する。

評価規準としての「主題（問うべき能力）」には、「ミニマム・リクワイアメンツ」の中項目と小項目で構成する。この際、授業中にグループワークで演習を行い、ミニレポートを課した中項目「回復期の対応」は含めないこととする。

### ② タキノミーレベルの割合を決定する。

4年次に配置している講義であるため、難易度は高めにし、Ⅲを50%、Ⅱを30%で配分する。3年次に配置している場合は、割合を調整し難易度を下げたりする。

\*タキノミーⅢ（解釈・問題解決レベル）では、多数のデータ群からなる、学生にとって未知の新しいデータを含む問題を作成する（題材：活動事例、数値的データ、資源マップ、写真などを活用する）。

### ③【個人／家族】と【集団／地域】の両視点でも配分する。

保健師の専門能力のためには、特に地域を指向する視点を養いたいため、【個人／家族】と【集団／地域】は1対2の比にする。

### ④ 問題数の調整と配点を決定する。

全部で20問とし、Ⅲレベルや地域の問題への配点到重みづけをするなどをしながら、タキノミーレベルなどを最終調整し、問題・配点を確定する（下表）。

主題（問うべき実践能力）		感染症	災害	虐待	自殺	DV	問題数
健康危機管理体制を整え予防策を講じる	予防策	集Ⅰ	個Ⅰ	集Ⅲ	集Ⅲ		4問
	生活環境整備		集Ⅱ			個Ⅱ	2問
	広域管理体制	集Ⅱ			集Ⅱ		2問
	予防教育		集Ⅱ	集Ⅲ			2問
健康危機の発生時に対応する	迅速に対応	個Ⅰ	個Ⅲ				2問
	情報把握体制	集Ⅲ				集Ⅱ	2問
	連絡調整・役割			個Ⅲ			1問
	医療情報システムの活用		集Ⅰ				1問
	解決・改善策を講じる		個Ⅲ		個Ⅲ		2問
健康被害の拡大防止	集Ⅲ				集Ⅲ	2問	

このように、日頃の定期試験への活用は一つの例である。タキソノミーレベルの高い問題を解くことができるようになるためには、設定されている状況をイメージでき、保健師活動に必要なことを判断できる力が備わる必要がある。そのためには、日頃の授業の中で、活動報告資料を教材に活用した疑似体験、グループワークでの演習による意見交換や相互学習など、日頃から思考力・判断力・表現力を養う工夫が求められるといえる。

#### 引用・参考文献（第4章）

- 荒井英靖, 荒川眞知子, 池西静江, 石束佳子: 考える看護学生を育てる授業づくり 意欲と主体性と引き出す指導方法. 2013. 86-91/97. メヂカルフレンド社.
- 植村研一. 試験法の実際. 日本医学教育学会監修. 医学教育マニュアル 4. 評価と試験〔第1版〕. 1984; 83-84. 篠原出版.
- 佐藤みつ子, 宇佐千恵子, 青木康子: 看護教育における授業設計 第4版. 2009. 178-185. 医学書院.
- 野崎真奈美, 水戸優子, 渡辺かつみ: 計画・実施・評価を循環させる授業設計 2016. 医学書院.
- 村島幸代: 保健師助産師看護師法の改正と保健師教育の展望(8)「保健師教育の評価」. 日本公衆衛生雑誌. 2010; 50 (9), 843-847.

## 第5章

### 国家試験委員会の取り組み (平成24年度～平成29年度)

## 1 国家試験委員会の活動

全国保健師教育機関協議会の国家試験対策委員会の主たる活動は、保健師国試の出題内容調査、試験環境調査、国試問題作成力向上を目指した教員研修、公募用保健師国試問題の作成・Web 登録であった。その後、平成 27 年に全保教の委員会組織が再編されたことに伴い委員会名称が国家試験対策委員会から国家試験委員会に変更された。スキルアップ研修がなくなり、教員研修の形態も変遷し、近年は、春季研修、夏季研修、秋季研修が実施されている。研修会のメインテーマが国家試験問題作成スキル習得であったのは、平成 20 年から 25 年であり、その後はミニマムリクワイアメンツ、保健師選択制、モデルコアカリとテーマが移り変わっている。このような保健師教育を取り巻く変化に対応し、国家試験委員会の活動から修正イーベル法調査、WEB 登録問題作成支援がなくなり、平成 28 年に取り組んだのは新出題基準の検討である。以下に、当国家試験委員会が取り組んできた活動の概要を示す。

### 1) 保健師国家試験問題に係る調査を核とした活動の概要

#### <昭和 56 年から毎年実施>

○保健師国試問題の適切性を厚労省に提言する  
出題内容の全国調査（国試直後 3 日間）  
↓ ← 機関内・ブロックで FD 活動  
集計結果を基に委員会集中審議（2 日間）  
↓ 第 98 回は良問調査を実施  
意見書作成・厚労省へ提出（2 月末）

⇒ 調査参加率：H22 年 33.0%，H23 年 44.8%，H24 年 43.4%  
H21～23 年は受験者対象の修正イーベル法調査実施，分析結果の公表  
H24 年度保健師国家試験出題基準改訂に全保教から意見提出予定

#### <平成 16 年から数年毎実施>

○保健師国試の環境改善を厚労省に提言する  
会場案内、試験室内やトイレ等の環境、試験監督の実態について  
出題内容調査と同時実施  
↓  
意見書作成・厚労省へ提出（3-6 月）

⇒ 平成 25 年受験者対象のインターネット全国調査を設計予定 〔広報委員会との協働〕

#### <平成 20 年～平成 25 年まで>

○国試問題作成のスキルを磨き、教育力をアップする  
全国教員スキルアップ研修  
（出題領域・タキソノミー・状況設定・形式の判断）  
問題作成マニュアルの編集（H24 年度夏季教員研修）

⇒ 保健師の基礎的能力を測定する問題の作成に向けて 〔教育検討委員会との協働〕  
（平成 24 年度全国保健師教育機関協議会総会 国家試験対策委員会特別報告資料）

## 2) 研修会を通じた保健師国家試験に関する普及啓発

教員研修でのスキルアップ研修、夏季教員研修、ブロック研修での教育機関が国家試験問題を作問する意義・作問の留意点とブラッシュアップの方法を伝達、普及してきた。

平成 22 年度	
スキルアップ研修（第3回）	テーマ 国家試験問題をブラッシュアップしてみよう！！ 日 時 平成 22 年 8 月 日 場 所 東京大学医学部 2 号館 大講堂 主 催 全保教スキルアップ研修会（教員研修・国試委員会協働） 参加者 209 人
平成 23 年度	
スキルアップ研修（第4回）	テーマ 修正イーベル法を使って国家試験を楽しく解く 日 時 平成 23 年 7 月 31 日 場 所 大阪市立大学看護学科棟 5 階多目的ホール 主 催 教員研修・国試委員会 参加者 194 名
平成 24 年度	
夏季教員研修（27 回）	テーマ 保健師国家試験の動向～問うべき基礎的能力 日 時 平成 24 年 8 月 4 日 場 所 ピュアリティまきび（岡山市） 主 催 教員研修委員会 参加者 192 名
ブロック研修 北陸・東海・近畿	テーマ 国家試験セミナー 「問題作成の基礎知識とブラッシュアップ法」 日 時 平成 24 年 8 月 7 日 場 所 センタープラザ西館（神戸市） 主 催 北陸・東海・近畿ブロック 参加者 43 校 77 名
ブロック研修 中国・四国	テーマ 保健師国家試験問題作成能力の向上－問題作成演習 日 時 平成 25 年 2 月 20 日 場 所 ピュアリティまきび（岡山市） 主 催 中国・四国ブロック 研究会 参加者 20 校 34 名
平成 25 年度	
夏季教員研修（28 回）	テーマ 新しい保健師国家試験出題基準について理解する 日 時 平成 25 年 6 月 1 日 場 所 日本教育会館 主 催 教員研修委員会 参加者 216 名
スキルアップ研修（第6回）	テーマ タキソノミーに基づく国家試験問題ブラッシュアップ 日 時 平成 25 年 6 月 2 日 場 所 日本教育会館 主 催 教員研修委員会 参加者 121 名

ブロック研修 北陸・東海・近畿	テーマ 国家試験問題作成演習 日 時 平成 25 年 8 月 6 日 場 所 富山県民会館 参加者 29 名 23 校 主 催 北陸・東海・近畿ブロック
平成 26 年度	
夏季研修（第 29 回）	テーマ 第 100 回保健師国家試験の分析結果 日 時 平成 26 年 8 月 21 日（木） 場 所 フォレスト仙台 主 催 教員研修委員会・国家試験対策委員会
平成 27 年度	
秋季研修（第 4 回）	テーマ 第 101 回保健師国家試験の分析結果 日 時 平成 27 年 11 月 3 日（火） 場 所 長崎県福祉総合センター（長崎） 主 催 教員研修委員会・国家試験対策委員会 参加者 114 名
ブロック研修 北海道	テーマ ミニ講座 「国家試験問題作成とブラッシュアップの基本原則」 日 時 平成 28 年 2 月 場 所 札幌 主 催 北海道ブロック
平成 28 年度	
夏季教員研修（第 31 回）	テーマ 国家試験出題基準改正に向けた領域・目標・項目の見直し と全保教版の提案（第 3 分科会） 日 時 平成 28 年 8 月 28 日 場 所 日本教育会館 主 催 国家試験対策委員会
平成 29 年度	
夏季教員研修（第 32 回）	テーマ これからの保健師国家試験対策 -web 登録の作問にチャレンジしよう-（第 2 分科会） 日 時 平成 29 年 8 月 20 日 場 所 日本教育会館 主 催 国家試験委員会

## 2 国家試験全問（出題内容）調査の実施

保健師国試の出題内容調査と試験環境調査は、毎年、全国の会員校に調査を依頼し、その結果を基に厚生労働省へ意見書を提出し、提言を行うものである。特に、出題内容調査は、保健師国試の質の保証に関わるものと位置づけ、重点的に取り組んできた。

厚生労働省の医道審議会保助看分科会 K・V 部会（事後評価）が開催される 3 月第 1 週までに、本協議会からの意見書提出を間に合わせる事が、委員会に課せられた責務であ



る。よって、全国調査は保健師国試終了後3～4日間の短期間に行い、2月末に委員が集合し、集中討議を行っている。この作業を通して、出題された国家試験問題が保健師に必要な知識や技術を問い、保健師教育課程の学習者が到達可能なレベルの問題であるかを検証するとともに、国家試験問題をブラッシュアップするスキルの伝承の場となっている。

平成24年に編集された「保健師のための国家試験問題作成マニュアルⅠ」では第98回までの出題調査の取り組みを報告している。本稿「保健師国家試験問題作成ガイド（実践編）～保健師国家試験出題基準平成30年版に準拠して～」では第99回（2013）から第103回（2017）までの出題内容調査の概要を紹介する。

第99回（24年度）	
参加校 78校/167校 (52.0%)	不適切問題：【午前】50 【午後】11, 42（厚労省削除） 改善を要する問題：【午前】9 総評： ①一般常識や看護師教育の知識で回答できる問題がみられ全体として易しい。第98回に比ベタキノミーⅠ（22.7%）Ⅰ'（25.5%）は減少した。 ②一般問題に付加した設問や個別から地域課題へと発展させた出題などタキノミーレベルを上げる努力がなされている。 ③状況設定が生かされていない問題やナンセンス肢があり、ブラッシュアップの必要性がある。
第100回（25年度）	
参加校 69校/168校 (41.1%)	不適切問題：【午前】34 改善を要する問題：【午後】9, 12 総評： ①タキノミーレベルはⅠ（40.9%）とⅠ'（41.8%）で全体の8割を占め全体に易しい。 ②出題内容では、保健・医療・福祉サービスを調整し活用する能力、地域の健康問題の解決に必要な社会資源を開発し施策化する能力を問うなど、複数の領域を組み合わせた総合力を問う問題である。 ③状況設定問題は、実践で求められる基礎的な知識から、技能を用いた応用力への展開を問う問題や、疫学・保健統計から得られたエビデンスを明らかにする良い問題である。 ④反面、一般問題には説明文が長く、しかも設問に活かされていない内容が含まれるため読解に時間を要す問題や、選択肢の表現が理解しにくい問題、説明文に幅広い解釈ができる定義や概念を用いたために正答を導きにくい問題がある。
第101回（26年度）	
参加校 65校/164校 (39.6%)	不適切問題：【午前】3, 【午後】16 改善を要する問題 【午前】14, 30, 43, 45, 46, 55, 34 【午後】36, 37, 43, 49, 39, 40, 41 総評： ①タキノミーⅡは34問（31%）、Ⅲは5問（5%）であった。単

	<p>純想起が全体の64.5%を占めている。</p> <p>②設問で優先順位を問うているにも関わらず選択肢が単純真偽形式となっている問題が10問あり、うち8問が状況設定問題であったことが全体の難易度を下げる結果になった。</p>
第102回(27年度)	
<p>参加校 88校(70チーム) / 167校(52.1%)</p>	<p>不適切問題 【午前】50, 53 改善を要する問題 【午前】10, 16, 32, 【午後】2, 39, 40, 41, 45, 46, 47 総評： ①タキソノミーレベルはⅠ(37%), Ⅰ'(26%), Ⅱ(31%), Ⅲ(5%)である。 ②全体にナンセンス肢が少なくなり、適度に魅惑肢が設定されたことで難易度が上がったと考えられる。 ③状況設定問題では、地域の情報から健康課題を読み取り支援方法を考えさせる問題など実践に即した専門職としての思考過程を問う問題が多く見られた。知識・計算を統合し考察させる問題や、保健師活動の初動から今後の支援の方向性を考察させる問題は保健師らしい良い問題である。</p>
第103回(28年度)	
<p>参加校 90校(67チーム) / 187校(48.1%)</p>	<p>不適切問題：【午前】18, 【午後】1 改善を要する問題：【午前】16, 44, 49 【午後】17 総評： ①一般問題に状況を読み取る問題が増えた。 ②タキソノミーⅡは21問(19.1%), タキソノミーⅢは20問(18.2%)。全体としてタキソノミーレベルが上がった。 ③選択肢は単純真偽がなく、適度な魅惑肢が作られ、判別力を問う良い問題が多かった。</p>

.....

### おわりに

試験は評価の一部であり、知識・技能の習得度を測定するものである。保健師教育に携わる我々教員は、問うべき基礎的能力を明確にした上で、問題解決力を問う問題や思考過程に沿った問題の作成技術を身につけなければならない。人々の健康と生活をまもる力を備えた保健師を育成するために、国家試験委員会では、教員の問題作成スキルの向上に役立つ研修やブロック活動に取り組んでいきたいと考えている。会員校の積極的な参加に期待している。

# 資料

1	医道審議会保健師助産師看護師分科会国家試験制度改善検討部会報告書 （平成28年2月22日） .....	50
2	保健師助産師看護師国家試験出題基準平成30年版 （平成29年3月30日）保健師国家試験出題基準（抜粋） .....	56
3	保健師助産師看護師国家試験公募問題作成マニュアル （平成29年9月22日） .....	73
4	看護教育の内容と方法に関する検討会 別添 第一次報告 （平成22年11月10日） 保健師に求められる実践能力と卒業時の技術項目と到達度（案） .....	83

医道審議会保健師助産師看護師分科会

保健師助産師看護師国家試験制度改善検討部会  
報告書

平成28年2月22日

## 目次

I	はじめに.....	1
II	改善すべき事項.....	1
1	保健師助産師看護師国家試験問題について.....	1
1)	出題内容について.....	1
(1)	保健師国家試験について.....	1
(2)	助産師国家試験について.....	2
(3)	看護師国家試験について.....	2
(4)	看護に求められる判断プロセスについて.....	2
(5)	国家試験で問う知識の新しさについて.....	2
2)	状況設定問題について.....	3
3)	出題数について.....	3
4)	出題形式について.....	4
5)	評価領域分類 (Taxonomy) について.....	4
6)	視覚素材について.....	5
2	保健師助産師看護師国家試験の合格基準について.....	5
3	保健師助産師看護師国家試験問題の公募について.....	5
4	保健師助産師看護師国家試験出題基準について.....	6
1)	保健師助産師看護師国家試験出題基準平成 26 年版における改善事項.....	6
2)	改定された出題基準の適用時期について.....	6
III	その他.....	6
IV	おわりに.....	7
	保健師助産師看護師国家試験制度改善検討部会委員.....	9

## I はじめに

保健師国家試験、助産師国家試験及び看護師国家試験（以下、「保健師助産師看護師国家試験」という。）は、保健師助産師看護師法第17条に基づき、それぞれ保健師、助産師又は看護師として必要な知識及び技能を評価するものであり、社会の変化や看護を取り巻く環境の変化に合わせ、定期的に改善を行ってきている。

最近では、平成24年4月にとりまとめられた『保健師助産師看護師国家試験制度改善検討部会報告書』（以下、「前回の報告書」という。）に基づき、非選択式計算問題の導入、視覚素材の公募、保健師及び助産師国家試験における状況設定問題の増問等の改善がなされたところである。

また、保健師助産師看護師国家試験出題基準についても、保健・医療・福祉の実情など看護を取り巻く状況を踏まえて見直すこととされ、現行の出題基準を見直す時期に来ている。

この度、保健師助産師看護師国家試験制度改善検討部会（以下、「本部会」という。）では、前回の報告書を踏まえて近年の保健師助産師看護師国家試験の評価を行い、保健師助産師看護師国家試験における諸課題及び改善すべき事項について検討した。議論は、ワーキンググループでの検討を含め、6回にわたって重ねられた。

今般、保健師助産師看護師国家試験制度の改善に関する基本的な方向性等について、意見を取りまとめたので、ここに報告する。

## II 改善すべき事項

### 1 保健師助産師看護師国家試験問題について

#### 1) 出題内容について

保健師助産師看護師国家試験においては、現行の多項目選択式試験のなかで「基礎的知識を状況に適用して判断を行う能力を問う」ことに留意しながら、「人々の生活への支援を重視する看護に特有の状況の捉え方と判断プロセスを問う」工夫が必要である。

また、各職種に求められる専門性の高度化とニーズの多様化や、免許取得時に求められる実践能力を問うために各職種の特徴を反映して出題することが望ましい。

#### (1) 保健師国家試験について

保健師国家試験においては、健康問題の複雑化や健康格差の拡大等の社会背景を踏まえて、地域住民や多職種・他機関と連携・協働しながら、

健康課題を解決すること及び施策化することなど、保健師に求められる役割や能力についての出題内容の充実が必要である。また、医学や公衆衛生学の知識等を含めた公衆衛生看護活動の根拠となる知識についての出題が必要である。さらに、産業保健や学校保健などの専門的分野においては、保健師免許を基礎資格として第一種衛生管理者や養護教諭二種の各免許が取得できるため、当該業務に必要な知識や能力についても問えるような出題内容の充実が必要である。

#### (2) 助産師国家試験について

助産師国家試験においては、引き続き、助産診断・技術学、助産管理、及び近年推進されている院内助産所や助産師外来において求められる、より高い助産診断・ケア能力についての出題内容を充実させる必要がある。また、助産学の基礎となる妊娠・分娩・産褥経過と新生児・乳幼児に関する正常及び正常からの逸脱の予測と判断、並びに異常に関する基本的な知識についても引き続き十分な出題が求められる。

#### (3) 看護師国家試験について

看護師国家試験においては、引き続き、健康課題を持つ人々を生活者として捉え、身体的・精神的・社会的に統合された存在として幅広く理解した上で、必要な看護サービスを提供するための知識や能力についての出題内容を充実させる必要がある。

「看護の統合と実践」の科目については、より臨床実践に近い形で知識・技術を統合して判断し、解答する能力を問うような出題内容となるよう出題基準とともに見直しが必要である。

※参照：6頁4-1)

#### (4) 看護に求められる判断プロセスについて

保健師助産師看護師それぞれの臨床において、介入を通して直接得る多様な情報を段階的・総合的に判断した上で、患者や家族等と共に看護を決定していくプロセスを問う必要がある。出題の方法には、①判断プロセスについて問う、②判断そのものを問う、③判断するために必要な情報は何かを問う、④情報を列記したなかで優先度を問う、⑤介入の結果から判断の根拠を問うなどの方法があり、出題内容に合わせてこれらの方法を選択して出題することが望ましい。

#### (5) 国家試験で問う知識の新しさについて

免許取得時に具有すべき重要な知識については、最終学年において最新のものに更新しておく必要があると考えられ、保健師助産師看護師国家試験においては、これらについても出題していくことが望ましい。特

に、統計調査データや法律等、社会情勢を踏まえた実践活動に必要な知識については、最新の知識に更新しておく必要がある。ただし、ガイドラインや診断基準などについても、各職種・領域における普及度や周知期間を踏まえて、慎重な判断の上で出題していくことが望ましい。

## 2) 状況設定問題について

状況設定問題は、出題の意図を明確にして出題する必要があるという観点から、①経時的に変化する状況の中で展開する看護活動等を問う問題、②看護における思考や判断プロセスを問う問題、③個人・家族・集団・地域など、多様な対象や状況に対して展開する看護活動を問う問題、④これらが複合している問題などといった、出題類型を明確にして出題する必要がある。

状況設定問題の状況として提示する情報については、免許取得時に求められる実践能力を問うことを目指すことを踏まえると、判断や介入に必要な情報のみならず、情報を取捨選択するということも含めて問う必要がある。個別的状況を想定し、アセスメントを行い、介入に必要な情報を取捨選択し、どのような状況なのか・どのように介入すべきかなどを判断する能力を問う、つまり、思考や判断プロセスを問うような問題を積極的に出題することが望ましい。

なお、判断によって次のケアを選択するという思考のプロセスを問う問題は、解答を連動させない連問での出題が困難な場合があり、2連問や単問での出題などの工夫が必要である。

出題類型の整理を踏まえ、現行の2連問又は3連問の状況設定問題に加え、長い状況文を付した単問の状況設定問題を導入し、多くの情報の中から必要な情報を取捨選択する能力を問う問題や、根拠に基づいて状況を判断する能力を問う問題などを積極的に出題していくことが望ましい。

具体的には、保健師国家試験では、地域診断における判断や介入の優先度を問う問題などが適しており、地域診断に必要なグラフ化されたデータや表などをもとに保健師に必要な判断力を問うような出題が望ましい。助産師国家試験では、正常分娩において助産師が正常からの逸脱を予測・判断して対応するといった実践能力を問うような臨床に則した状況設定が望ましい。看護師国家試験では、引き続き、根拠に基づいたアセスメントや計画立案に基づく看護実践における思考や判断プロセスを問うような出題が望ましい。

## 3) 出題数について

看護師国家試験においては240問の出題数であり、そのうち平成22年実施試験から必修問題の出題数が50問に増問され、保健師及び助産



師国家試験においては前回の報告書を踏まえて平成 25 年実施試験から状況設定問題が 35 問に増問され、各 110 問の出題数となった。

保健師、助産師及び看護師各国家試験の数年間の正解率等の解答状況や得点状況などから、信頼性と合格率の関係性や無答率等について分析し、評価・検討したところ、各国家試験の出題数については妥当であった。よって、出題数については看護師国家試験の必修問題も含めて、現行どおりとすることが適当である。

#### 4) 出題形式について

現行の保健師助産師看護師国家試験においては、4 肢 A タイプ<sup>\*1</sup>、5 肢 A タイプ及び 5 肢 X2 タイプ<sup>\*2</sup>が用いられている。出題形式については、一般問題と状況設定問題別に評価したところ、実施年毎の出題割合が大きく異なることはなく、A タイプと X2 タイプ又は 4 肢と 5 肢では解答状況の傾向にも大きな偏りはなかった。よって、引き続き、出題の意図や出題内容などに適した肢数や形式で出題していくことが必要である。

なお、非選択式の計算問題については、正解率は低いものの、識別指数は高い傾向にあるため、状況設定問題に組み込むなどの工夫によって引き続き積極的に出題することが望ましい。特に、保健師国家試験においては活動の場に則した実践能力を問うような出題を踏まえると、非選択式計算問題の増問も含めて、更なる出題について工夫することが望ましい。

#### 5) 評価領域分類 (Taxonomy)<sup>\*3</sup>について

評価領域分類 (Taxonomy) については、出題の意図や出題内容などに適した評価領域分類で出題することを前提に、必修問題では評価領域分類 I 型 (知識の想起・推定) を、状況設定問題では評価領域分類 II 型 (解釈) 及び III 型 (問題解決) を中心として出題することが望ましいとされている。

必修問題については、これまでの出題状況は概ね良好であり、引き続き、評価領域分類 I 型で出題していく。その他一般問題及び状況設定問題については、教育で培われた状況判断能力や実践能力を問うために、評価領域分類 I 型ではなく、II 型や III 型での出題割合を上げるような改善が必要である。具体的には、視覚素材の活用や長い状況文を付した状況設定問題の導入などによって、知識の単純想起型の出題をできるだけ減らしていく。特に、保健師国家試験においては、状況設定問題も含めて知識の単純想起型の出題が多く、評価領域分類 II 型や III 型の出題を増やす改善が必要である。

## 6) 視覚素材について

視覚素材については、所見や状態、医療機器や物品など、そのものについて直接的かつ詳細には文章で問うことが難しい問題や、処置及び看護技術など写真を用いることでより具体的に問うことができる問題などにおいては、視覚素材が有効に活用され、正確に問うことができている。より臨床に則した出題のために、写真に限らずカラーによる出題やイラスト・図表等を積極的に活用することが望ましい。

例えば、保健師及び看護師国家試験では地図、住宅見取り図や図表等のデータをもとに情報を理解・解釈して必要な介入を判断するような問題を導入すること、助産師国家試験では超音波画像や胎児心拍数陣痛図等の診断に関する問題や、看護師国家試験では画像診断の活用に関する問題などを引き続き出題することによって、より状況判断能力や実践能力を問うよう工夫することが望ましい。

なお、視覚素材の公募についても積極的に働きかける必要がある。

## 2 保健師助産師看護師国家試験の合格基準について

保健師助産師看護師国家試験の合格基準については、経年的な合格状況や得点状況を踏まえると現状維持が望ましい。

## 3 保健師助産師看護師国家試験問題の公募について

保健師助産師看護師国家試験問題の公募については、前回の報告書を受けて、平成 25 年度からは試験問題の公募システムを改修して視覚素材のみの登録を可能とし、平成 26 年度からは学校養成所や関係団体のみならず、都道府県を通して新人看護職員研修を実施している施設へ公募依頼の対象を拡大するなど、改善に向けた対応がされてきた。

しかしながら、公募問題の登録数が少ないこれまでの状況を踏まえると、作成された試験問題の公募のみではなく、視覚素材等の公募の周知・促進や、状況設定問題のもととなる情報（匿名化された事例やデータ、状況など）の公募の導入なども必要である。よって、現行の試験問題の公募システムについては、問題作成の手引きの改訂等の運用改善や公募システムの周知に努めつつ、周知の際に公募の対象となる情報を具体化して提示することなどにより、応募を促進していくことが望ましい。

#### 4 保健師助産師看護師国家試験出題基準について

##### 1) 保健師助産師看護師国家試験出題基準平成 26 年版における改善事項

『保健師助産師看護師国家試験出題基準平成 26 年版』については、出題基準項目\*<sup>4</sup>小項目が「中項目に関する内容をわかりやすくするために示したキーワードである」ことを踏まえて、「出題範囲となる事項である」中項目の記載の抽象度を工夫するとともに、膨大な知識の中でどの範囲を国家試験で問うのかということを明確にするような中項目の記載の表現の工夫が必要である。

なお、看護師国家試験出題基準の「看護の統合と実践」については、科目の趣旨に照らして、国家試験においてどこまで問うことが可能かということも踏まえ、既存の出題基準項目の「看護におけるマネジメント」、「災害と看護」及び「国際化と看護」以外に、複数科目の知識を統合する能力を問うような出題や、多重課題や集団へのアプローチに必要な広い知識を統合する能力を問うような出題などに向けた出題基準を明示することなど、抜本的な改善が必要である。

※参照：2頁1-1)-(3)

##### 2) 改定された出題基準の適用時期について

改定された出題基準の適用時期については、出題基準の改定に関する今後の検討及び周知期間を勘案し、平成 30 年の第 104 回保健師国家試験、第 101 回助産師国家試験及び第 107 回看護師国家試験から適用することが望ましい。

### Ⅲ その他

保健師助産師看護師国家試験の実施回数については、現状の受験者数や試験問題の質の担保等を踏まえると現行どおりが望ましい。ただし、コンピュータを活用した試験の導入に関しては将来的に検討していく必要があり、国家試験の年間の実施回数等については、これと併せて検討すべき課題である。

また、平成 23 年の東日本大震災及び平成 26 年の雪害による第 103 回看護師国家試験の追加試験の実施などを踏まえて、試験当日に災害等によって試験時間の変更等が生じる場合や試験中に災害等が発生した場合などについては、監督者も含めた各試験会場への周知及び厚生労働省ホームページでの案内と受験者留意事項にその旨を記載して周知が図られている。受験者の安全を第一とした保健師助産師看護師国家試験の実施に向けた危機管理体制については、対応を継続することが必要である。

#### IV おわりに

わが国においては、少子・高齢化の進展、医療の高度化に伴い、国民の看護への期待が高まっている。今後、地域医療構想の実現や地域包括ケアシステムの推進に伴い、療養の場が多様化し、個人や家族の状況が複雑化するなかで、保健師、助産師及び看護師にはこれまで以上に重要な役割を担うことが求められる。また、看護師の養成数は引き続き増加傾向にあり、在宅医療やチーム医療等においては各職種の専門性や自律性が一層求められている。これらのことを踏まえ、本部会では、国家試験が保健師、助産師及び看護師としての資質を適正に問うことができているかについて検討した。

なお、保健師助産師看護師国家試験制度においては、適切な看護の実践と医療安全の確保のため、国家試験の質を担保することが重要であり、今後も定期的に議論を継続していくことが必要である。また、今後の保健師、助産師及び看護師に期待される役割や社会情勢を踏まえるとともに、本制度と深く関わる教育機関や臨床機関等とこれまで以上に連携を図りながら議論を行っていく必要がある。

保健師助産師看護師国家試験制度の改善は、急速に変化していく社会情勢の中で求められる看護の質を保証していく上で重要であり、看護関係者全体で本制度のより良い在り方に向けて取り組み続けていくことが期待される。

以上

## 【注釈】

### \*1 Aタイプ

複数の選択肢から1つの正解肢を選ぶ出題形式。

### \*2 X2タイプ

複数の選択肢から2つの正解肢を選ぶ出題形式。

### \*3 評価領域分類 (Taxonomy)

教育目標毎に問題の解答に要する知的能力のレベルを分類したもので、一般には認知領域ではⅠ・Ⅱ・Ⅲ型に分類される。Ⅰ型は単純な知識の想起によって解答できる問題であり、Ⅱ型は与えられた情報を理解・解釈してその結果に基づいて解答する問題であり、Ⅲ型は設問文の状況を理解・解釈した上で、各選択肢の持つ意味を解釈して具体的な問題解決を求める問題である。

### \*4 出題基準項目

『保健師助産師看護師国家試験出題基準平成26年版』では、大項目は「中項目を束ねる見出し」、中項目は「保健師助産師看護師国家試験の出題の範囲となる事項」、小項目は「中項目に関する内容をわかりやすくするために示したキーワードで、大・中項目に関連して出題される」とされている。なお、出題範囲は記載された事項に限定されず、標準的な学生用教科書に記載されている程度の内容を含むものとする。

## 【参考】

1. 保健師助産師看護師国家試験制度改善部会報告書(平成24年4月)
2. 社会保障制度改革を踏まえた看護実践能力向上のための看護基礎教育のあり方 平成26年度総括研究報告書(平成27年3月)、宮本千津子他 「分担研究報告書：看護師等の国家試験に求められる実践能力を評価するための問題構造と課題」に関する研究
3. 『保健師助産師看護師国家試験出題基準 平成26年版』

医道審議会保健師助産師看護師分科会  
保健師助産師看護師国家試験制度改善検討部会委員  
及びワーキンググループメンバー

- |          |                                 |
|----------|---------------------------------|
| 荒川 眞知子   | 日本看護学校協議会会長                     |
| 荒木田 美香子  | 国際医療福祉大学保健医療学部教授                |
| 伊藤 圭     | 大学入試センター研究開発部准教授                |
| 井村 真澄    | 全国助産師教育協議会会長                    |
| 宇佐美 慧    | 筑波大学大学院人間総合科学研究科准教授             |
| 岡本 喜代子   | 日本助産師会会長                        |
| 金子 仁子    | 慶應義塾大学看護医療学部教授                  |
| 釜范 敏     | 公益社団法人日本医師会常任理事                 |
| 萱間 真美    | 聖路加国際大学看護学部教授                   |
| 菊間 博子    | 全国保健師長会副会長                      |
| 佐伯 和子    | 全国保健師教育機関協議会会長                  |
| 坂本 すが    | 公益社団法人日本看護協会会長                  |
| 関 博之     | 埼玉医科大学総合医療センター総合周産期母子医療センター産科教授 |
| 高田 早苗    | 日本看護系大学協議会会長                    |
| 高田 昌代    | 神戸市看護大学教授                       |
| 田中 千代美   | 京都第二赤十字病院看護部長                   |
| 玉井 和哉    | 獨協医科大学医学部医学科教授                  |
| ◎ 中山 洋子  | 高知県立大学大学院看護学研究科教授               |
| 堀内 成子    | 聖路加産科クリニック副所長、聖路加国際大学大学院教授      |
| ○ 宮本 千津子 | 東京医療保健大学医療保健学部看護学科教授            |

敬称略（五十音順）

◎は部会長

○は部会長代理

# 保健師助産師看護師国家試験出題基準

平成30年版

厚生労働省医政局看護課

# 目 次

医道審議会保健師助産師看護師分科会保健師助産師看護師国家試験出題基準改定部会 委員名簿  
保健師助産師看護師国家試験出題基準とは  
保健師助産師看護師国家試験出題基準の利用方法

## 【保健師国家試験出題基準】

### 公衆衛生看護学

公衆衛生看護学概論	保－1
公衆衛生看護方法論Ⅰ（個人・家族・グループへの支援）	保－4
公衆衛生看護方法論Ⅱ（地域組織・地域への支援、事業化と施策化）	保－7
対象別公衆衛生看護活動論	保－10
学校保健・産業保健	保－14
健康危機管理	保－17
公衆衛生看護管理論	保－19
疫学	保－20
保健統計	保－22
保健医療福祉行政論	保－24

## 【助産師国家試験出題基準】

### 基礎助産学

基礎助産学Ⅰ	助－1
基礎助産学Ⅱ	助－5

### 助産診断・技術学

助産診断・技術学Ⅰ	助－8
助産診断・技術学Ⅱ	助－10
地域母子保健	助－26
助産管理	助－28

## 【看護師国家試験出題基準】

必修問題	看－1
人体の構造と機能	看－9
疾病の成り立ちと回復の促進	看－14
健康支援と社会保障制度	看－19
基礎看護学	看－25
成人看護学	看－29
老年看護学	看－39
小児看護学	看－44
母性看護学	看－49
精神看護学	看－55
在宅看護論	看－60
看護の統合と実践	看－64

【参考】保健師助産師看護師国家試験制度改善検討部会報告書（平成28年2月22日）





医道審議会保健師助産師看護師分科会  
保健師助産師看護師国家試験出題基準改定部会委員名簿

	氏名	所属
部会長	◎ 中山 洋子	高知県立大学大学院看護学研究科
保健師	○ 佐伯 和子	北海道大学大学院保健科学研究院
	荒木田 美香子	国際医療福祉大学小田原保健医療学部
	安藤 智子	千葉科学大学看護学部
	上原 里程	宇都宮市保健福祉部
	岸 恵美子	東邦大学看護学部
	佐藤 由美	群馬大学大学院保健学研究科
	塚田 ゆみ子	長野県健康福祉部保健・疾病対策課
	前田 秀雄	渋谷区健康推進部兼渋谷区保健所
	山野井 尚美	岡山県保健福祉部健康推進課
	助産師	○ 高田 昌代
岡垣 竜吾		埼玉医科大学産婦人科
片桐 麻州美		帝京大学助産学専攻科
倉本 孝子		社会医療法人愛仁会本部看護部
土田 晋也		東京大学大学院医学系研究科小児科
林 啓子		杏林大学医学部附属病院
廣瀬 孝子		日本赤十字社医療センター
山崎 圭子		東邦大学看護学部
米山 万里枝		東京医療保健大学大学院医療保健学研究科
看護師 必修問題		○ 佐伯 由香
	遠藤 由美子	つくば国際大学医療保健学部看護学科
	佐々木 幾美	日本赤十字看護大学看護学部看護学科
人体の構造と機能	○ 深井 喜代子	岡山大学大学院保健学研究科
	習田 明裕	首都大学東京健康福祉学部看護学科
	福島 統	東京慈恵会医科大学教育センター
疾病の成り立ちと回復の促進	○ 縄 秀志	高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科
	川井 真	東京慈恵会医科大学循環器内科
	長堀 隆一	国立研究開発法人日本医療研究開発機構戦略推進部再生医療研究課
健康支援と社会保障制度	○ 朝倉 京子	東北大学大学院医学系研究科
	大橋 俊子	栃木県南健康福祉センター
基礎看護学	○ 香春 知永	武蔵野大学看護学部看護学科
	宮本 千津子	東京医療保健大学医療保健学部看護学科
	渡辺 美保子	ポラリス保健看護学院
成人看護学	○ 宇都宮 明美	聖路加国際大学大学院看護学研究科
	清水 安子	大阪大学大学院医学系研究科
	外崎 明子	国立看護大学校
	葉梨 智子	東海大学医学部附属東京病院
	山勢 博彰	山口大学大学院医学系研究科保健学専攻臨床看護学講座
老年看護学	○ 牛田 貴子	湘南医療大学保健医療学部看護学科
	時本 圭子	倉敷中央看護専門学校
	百瀬 由美子	愛知県立大学看護学部・大学院看護学研究科
小児看護学	○ 西村 真実子	石川県立看護大学
	中村 伸枝	千葉大学大学院看護学研究科
	横山 由美	自治医科大学看護学部
母性看護学	○ 片岡 弥恵子	聖路加国際大学大学院看護学研究科
	中込 さと子	山梨大学大学院総合研究部
	中村 幸代	横浜市立大学医学部看護学科
精神看護学	○ 萱間 真美	聖路加国際大学大学院看護学研究科
	江波戸 和子	杏林大学保健学部看護学科
	森 真喜子	国立看護大学校
在宅看護論	○ 福井 小紀子	日本赤十字看護大学
	棚橋 さつき	高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科
	結城 美智子	北海道大学大学院保健科学研究院
看護の統合と実践	○ 宮本 千津子	東京医療保健大学医療保健学部看護学科
	勝山 貴美子	横浜市立大学医学部看護学科
	縄 秀志	高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科
	渡辺 美保子	ポラリス保健看護学院

(◎：部会長、○幹事委員)

(敬称略)

## 保健師助産師看護師国家試験出題基準とは

保健師国家試験、助産師国家試験及び看護師国家試験（以下「保健師助産師看護師国家試験」という。）は、保健師助産師看護師法第 17 条に基づき、それぞれ保健師、助産師又は看護師として必要な知識及び技能を評価するものである。

保健師助産師看護師国家試験の内容は、保健師、助産師及び看護師が保健医療の現場に第一歩を踏み出す際に、少なくとも具有すべき基本的な知識及び技能であり、保健師助産師看護師国家試験出題基準は、これらを具体的な項目によって示したものである。保健師助産師看護師試験委員（以下「試験委員」という。）は、保健師助産師看護師国家試験の妥当な内容や範囲及び適切な水準を確保するため、この基準に拠って出題する。

従って、保健師助産師看護師国家試験出題基準は、保健師、助産師及び看護師学校養成所の教育で扱われる全ての内容を網羅するものではなく、これらの教育のあり方を拘束するものでもない。

## 保健師助産師看護師国家試験出題基準の利用法

利用者は以下の各項に留意し、利用すること。なお、各項目は、保健師助産師看護師国家試験問題の出題範囲という観点から配列されているため、必ずしも学問的な分類体系と一致しない点があるほか、各科目や項目間で内容が重複することがある。

### 1. 目標

目標は、保健師助産師看護師国家試験における出題のねらいを示している。この出題のねらいを踏まえ、大・中項目の記載内容によって、保健師、助産師及び看護師として少なくとも具有すべき基本的な知識及び技能について出題する範囲が示されるものである。

### 2. 大・中・小項目の位置付け

#### 1) 大項目

中項目を束ねる見出しである。なお、中項目の記載と併せて「出題の範囲」を示すことがある。

#### 2) 中項目

保健師助産師看護師国家試験の「出題の範囲」となる事項である。

### 3) 小項目

中項目に関する内容を分かりやすくするために示したキーワードである。よって、小項目の表現や記載の有無に限らず、中項目で記載された内容が「出題の範囲」となることに留意する。

従って、「出題の範囲」は記載された事項に限定されず、標準的な学生用教科書に記載されている程度の内容を含むものとする。

## 3. その他

### 1) 括弧書き

提示する同一事象に対し、異なる表現がある場合には、括弧書きで提示している。試験委員の判断により、括弧内・外の語を単独又は併記して使用できる。

なお、括弧は以下の規定により用いている。

**< > : 直前の語の言い換え**

①正式名称と比しても略語の周知度や重要度が高い場合

②和名と英名等によって同義語を記載する場合

③人名を冠した用語において原語を併記する場合

例 ; 世界保健機関<WHO> 権利擁護<アドボカシー>  
Apgar<アプガー>スコア など

**( ) : 直前の語のさらに下位項目**

①直前の語の具体的な例示が必要な場合

②特に重要な事項を示す場合

例 ; 情報管理 (個人情報保護) 肺循環障害 (肺高血圧、肺塞栓症)  
など

### 2) 読点「、」 及び 中点「・」

関連する語を列記する際に、読点「、」及び中点「・」を以下の規定により用いている。ただし、検索の利便性を確保する観点から、索引には中点を使用せずに掲載している場合がある。

**読点「、」 : 単純に列記する場合**

例 ; 肺癌、胃癌 粘膜、皮膚 アスベスト、放射性物質 など

**中点「・」 : 前後の語での重複を排して列記する場合、英熟語を使用する場合**

例 ; 転倒・転落の防止 羊水の量・性状 インフォームド・コンセント など

# 保健師国家試験出題基準

## 保健師国家試験出題基準 目次

### 公衆衛生看護学

公衆衛生看護学概論	1
公衆衛生看護方法論Ⅰ（個人・家族・グループへの支援）	4
公衆衛生看護方法論Ⅱ（地域組織・地域への支援、事業化と施策化）	7
対象別公衆衛生看護活動論	10
学校保健・産業保健	14
健康危機管理	17
公衆衛生看護管理論	19
疫学	20
保健統計	22
保健医療福祉行政論	24

# 公衆衛生看護学

## 【公衆衛生看護学概論】

- 目標Ⅰ. 公衆衛生看護の概念・理念、対象や活動方法の特性について基本的な理解を問う。  
 目標Ⅱ. 地域や社会の動向、人々の健康に影響する背景・要因と健康課題について基本的な理解を問う。

大項目	中項目	小項目
1. 公衆衛生看護の基本	A. 公衆衛生看護の概念と変遷	a. 公衆衛生看護の定義
		b. 諸外国の公衆衛生と公衆衛生看護
		c. 日本の公衆衛生と公衆衛生看護
	B. 公衆衛生看護の基本理念	a. 公衆衛生の向上と増進
		b. 社会的公正
		c. 生存権・生活権の保障
		d. プライマリヘルスケア
		e. ヘルスプロモーション
		f. well-being
g. ノーマライゼーション		
C. 公衆衛生看護の活動根拠	a. 保健師助産師看護師法 b. 地域における保健師の保健活動について<保健師活動指針>	
2. 公衆衛生看護における倫理	A. 公衆衛生看護の責務	a. 基本的人権の尊重
		b. 公的責任
		c. 権利擁護<アドボカシー>
	B. 保健師の職業倫理	a. 社会的信用の保持
		b. 自己研鑽
3. 公衆衛生看護の対象	A. 地域社会を構成する単位と公衆衛生看護活動の対象	a. 個人、家族
		b. 近隣
		c. 組織（自治会、学校、企業、組合）
		d. 小集団、グループ
		e. コミュニティ、地域
		f. ポピュレーション
		g. a～fの間の相互作用への働きかけ
	B. 公衆衛生看護活動の場と機能	a. 行政
		b. 学校
		c. 職域
		d. 医療・福祉施設
		e. 地区、自治体
		f. 国
g. 国際		

大項目	中項目	小項目
4. 公衆衛生看護の活動方法と特性	A. 予防レベルと活動	a. 一次予防、二次予防、三次予防
		b. ポピュレーションアプローチ
		c. ハイリスクアプローチ
	B. 公衆衛生看護活動の基本と展開過程	a. エンパワメント、自己決定の支援
		b. 住民参加
		c. パートナーシップ
		d. 公助、共助、互助、自助
		e. ソーシャル・キャピタルの醸成と活用
		f. 社会的ネットワークの構築と活用
		g. ソーシャルサポートの育成と活用
		h. 信頼関係の構築
		i. PDCAサイクルとマネジメント
		j. アウトリーチ
		k. 調整、コーディネーション
	l. 多職種・多機関連携	
C. 地域ケアシステムの構築	a. 事業化・施策化の意義	
	b. 効果的・効率的なケアの提供	
	c. ケアの公平性と継続性の保障	



# 公衆衛生看護学

大項目	中項目	小項目
5. 人々の健康に影響する背景・要因と健康課題	A. 人口の変化と健康課題	a. 少子化に伴う課題
		b. 高齢化に伴う課題
		c. 人口の偏在・過疎・過密
	B. 疾病構造の変化と健康課題	a. 生活習慣病
		b. メンタルヘルス
		c. 新興感染症、再興感染症
	C. 社会構造・文化的背景の変化と健康課題	a. 家族形態・機能の変化
		b. 近隣・人間関係の希薄化
		c. 労働・雇用形態の変化と多様化
		d. 社会格差、貧困
		e. 社会的不利による生活破綻
		f. 健康の社会的決定要因と健康格差
		g. 生活様式の多様化
		h. 文化・価値観の多様化、多文化との共生
		i. グローバリゼーション
	D. 社会情勢、政治・経済・産業構造の変化	a. 社会保障制度改革、医療制度改革
		b. 男女共同参画社会の推進
		c. 地方分権の推進
		d. 科学技術の発展
		e. 情報化、ICT<情報通信技術>の発展
f. 医療の高度化・複雑化		
E. 環境の変化と健康課題	a. 地球環境の変化（温暖化、酸性雨）	
	b. 環境汚染（大気、水質、土壌）、公害	
	c. 生活環境の変化（住居、騒音、振動）	
	d. 放射能による影響	
	e. 地域の健康危機（自然災害、人為災害、感染症）	

# 公衆衛生看護学

## 【公衆衛生看護方法論 I】（個人・家族・グループへの支援）

目標Ⅰ. 地域を構成する人々の心身の健康、疾病・障害の予防・発生・回復、改善の過程のアセスメント及び健康課題の明確化について基本的な理解を問う。  
 目標Ⅱ. 「個人、家族」が主体的に問題を解決できるよう、地域特性を踏まえた適切な支援技術の選択及び支援方法について基本的な理解を問う。

大項目	中項目	小項目
1. 対象の理解とアセスメントに基づく支援	A. 生活者としての個人の対象理解と健康課題への支援	a. 発達段階、発達課題
		b. 生活習慣（食習慣、運動習慣、休息）
		c. 生活環境・背景、社会的役割
		d. 価値観
		e. 健康レベル・健康状態に応じた支援
		f. 対象の把握と支援の優先順位の決定
		g. 顕在的・潜在的健康課題の明確化と予測
	B. 家族を単位とした対象理解と健康課題への支援	a. 家族の発達段階・発達課題
		b. 家族の形態・機能・役割と変遷
		c. 家族と他者（近隣）との関係
		d. 家族の理解のための理論・モデル
		e. 家族力動・ダイナミズムの把握と支援の優先順位の決定
f. 顕在的・潜在的健康課題の明確化と予測		
C. グループの理解と健康課題への支援	a. グループの種類（地域集団＜コミュニティグループ＞、サポートグループ、セルフヘルプグループ、自主グループ、ピアグループ）	
	b. グループの発達段階・発達課題	
	c. グループの理解のための理論・モデル	
	d. 集団力動・集団心理の把握と支援の優先順位の決定	
	e. 顕在的・潜在的健康課題の明確化と予測	
	f. グループダイナミクス	
2. 保健行動の理解とアセスメントに基づく支援	A. 保健行動に関する理論	a. 変化の3段階理論
		b. ヘルスビリーフモデル
		c. 変化ステージ理論
	B. 健康段階別保健行動	a. 健康増進行動
		b. 予防的保健行動
		c. 病気回避行動
		d. 病気対処行動
	C. 目的別保健行動	a. セルフケア行動
		b. コンプライアンス行動
		c. ウェルネス行動
	D. 理論・モデルを用いた保健行動の理解	a. 行動変容段階（無関心期、関心期、準備期、実行期、継続期）
		b. ヘルスリテラシー
		c. 自己効力感
		d. ストレスへの対処力

# 公衆衛生看護学

大項目	中項目	小項目
3. 公衆衛生看護活動における対人支援の基本	A. 対人支援の目的	a. 動機付け、健康問題・課題への気付き
		b. 価値と規範
		c. 自己効力感の向上
		d. エンパワメント
		e. セルフケア能力の向上、自立支援
		f. 行動変容
		g. QOLの維持・向上
		h. 自己決定への支援
	B. 対人支援の過程と特徴	a. 対象者の把握と選定、優先順位の決定
		b. 情報収集、アセスメント、問題把握
		c. ニーズに基づく支援計画の立案
		d. 実施、記録、モニタリング、評価
e. フォローアップ		
f. 関係機関・職種との連携・協働		
g. 地域活動への反映		
C. 対人支援の技術	a. 傾聴、共感	
	b. カウンセリング、面接	
	c. アウトリーチ	
	d. コーチング	
	e. スモールステップ法	
4. 公衆衛生看護活動における各支援の特徴と方法	A. ケースマネジメントの特徴・方法	a. ケアコーディネーション、サービスの統合
		b. ケアの継続性
		c. ニーズの多様化への対応
		d. フォーマルサービスとインフォーマルサービスの活用
		e. 新たなサービス・ケアの創造
		f. ケースマネジメント会議
	B. 健康相談の特徴・方法	a. 健康相談の契機、地域の健康特性を活かした企画
		b. 場面の設定、場の工夫や配慮
		c. 事後フォローアップ
	C. 訪問の特徴・方法	a. 生活・環境・家族・社会的背景の把握と介入
		b. 予防的訪問、危機的介入、訪問の緊急性
		c. 信頼関係・支援関係の構築、キーパーソンの活用
		d. 訪問拒否への対応
		e. グループや社会資源の紹介
		f. ネットワーク構築への支援

# 公衆衛生看護学

大項目	中項目	小項目
	D. 健康教育の特徴・方法	a. KAPモデル
		b. ヘルスビリーフモデル
		c. プリシード・プロシードモデル
		d. 社会学習理論
		e. 個別健康教育、集団健康教育
		f. 対象に応じた参加勧奨・効果的な媒体の工夫
		g. 対象の組織化への支援
		h. グループワーク、課題の共有
	E. グループ支援の特徴・方法	a. 主体性の確立、自己洞察の深まり
		b. 仲間づくり
		c. グループダイナミクス
		d. ファシリテーション技術
		e. 治療的・予防的アプローチ
		f. 相互作用アプローチ
	F. 健康診査・検診の特徴・方法	a. スクリーニング
		b. 対象に応じた参加勧奨の工夫
		c. 特定健康診査、特定保健指導
		d. 要精査者のフォローアップと体制づくり
e. 未受診者の把握とフォローアップ		
f. スクリーニングの要件や結果の評価、事業化		
g. 参加者の自立支援・組織化		
5. 公衆衛生看護活動における各支援の展開と実際	A. ケースマネジメント	※A～Fに共通の小項目 a. ニーズの把握や対象の選定 b. 対象・目的に合った方法の選択 c. 計画、実施、評価 d. フォローアップ e. 地区活動への反映、事業化、施策化
	B. 健康相談	
	C. 訪問	
	D. 健康教育	
	E. グループ支援	
	F. 健康診査、検診	

# 公衆衛生看護学

## 【公衆衛生看護方法論Ⅱ】（地域組織・地域への支援、事業化と施策化）

- 目標Ⅰ．地域アセスメント＜地域診断＞に基づき地域の健康課題を明確化する方法についての基本的な理解を問う。
- 目標Ⅱ．地区活動および地域組織の育成・支援に関わる活動の展開方法について基本的な理解を問う。
- 目標Ⅲ．保健医療福祉における施策化と事業の計画・実施・評価の方法について基本的な理解を問う。
- 目標Ⅳ．保健医療福祉における地域ケアシステムの構築について基本的な理解を問う。

大項目	中項目	小項目
1. 地域保健活動の基本	A. 地域における活動の意義と対象	a. 地域への責任と公平性
		b. 健康なまちづくり、予防活動
		c. 住民・組織の自立支援・協働
		d. 生活基盤としてのコミュニティ・地域への支援
2. 地域アセスメント＜地域診断＞	A. 地域アセスメント＜地域診断＞の目的	a. 地域の全体像の把握、対象のニーズの把握
		b. 地域アセスメント＜地域診断＞に関する理論・モデル
		c. 地域特性にあった保健活動
		d. 効果的・効率的な施策や事業の実施と評価
		e. 施策・事業・サービスの監査・点検・改善
	B. 地域アセスメント＜地域診断＞の過程	a. 対象となる地域・グループ・組織の特定
		b. 情報収集、多角的・継続的アセスメント
		c. 顕在・潜在するニーズの把握と分析
		d. 健康課題の特定・予測
		e. 社会資源および関係機関・職種の把握
		f. 地域の健康に影響する背景・要因の把握
		g. 健康課題の解決のための強みと弱みの把握
C. 地域アセスメント＜地域診断＞の方法	a. 既存の統計資料の分析	
	b. 実態調査	
	c. 地区視診	
	d. エスノグラフィ	
	e. 疫学を活用した方法（記述疫学、分析疫学）	
3. 地域保健活動、地区活動	A. 地域・地区の定義と活動の範囲	a. 行政区域、日常生活圏域
		b. 自治会単位、校区単位
	B. 地域保健活動・地区活動の目的と過程	a. 地域包括ケアシステムの構築
		b. コミュニティ・エンパワメント
		c. ソーシャル・キャピタルの醸成と活用
		d. 住民・関係者とのパートナーシップ・合意形成
		e. 関係者・関係機関のネットワークづくり
		f. 地域特性にあった保健活動・生活や文化に配慮した保健活動の計画策定と方法の選定
		g. 各支援方法を組み合わせた活動の展開
		h. モニタリング、評価と次年度の活動計画への反映
		i. 評価に基づく施策化・事業化

# 公衆衛生看護学

大項目	中項目	小項目
4. 地域組織の育成・支援	A. 地域組織の育成・支援の定義と対象	a. 組織の構造と育成・支援、組織化
		b. 住民参加、コミュニティ・エンパワメント
		c. 住民組織（自治会組織、地縁組織）
		d. 行政委託型組織
		e. 当事者組織
		f. 特定非営利活動法人<NPO>、ボランティア組織
	B. 地域組織の育成・支援の目的と過程	a. 構成員に共通する健康課題の解決
		b. 仲間づくりを意図した育成・支援
		c. 発展段階・課題や力量を踏まえた育成・支援
		d. 地域における組織化のニーズの把握
		e. 構成員および地域組織の主体性を高める支援
		f. 地域組織の活動の安定化や活性化を図る支援
		g. スーパーバイズ、コンサルテーション
		h. ボランティア人材の育成
5. 保健医療福祉における事業化と施策化	A. 事業化の目的と過程	a. サービスの公平性、利用可能なサービスの創設
		b. 法的根拠、事業の位置付けの明確化
		c. 既存事業の評価・分析
		d. 予算の確保、マンパワーの確保と調整
		e. 事業計画の策定、プレゼンテーション
		f. 事業の周知・広報
		g. 事業委託、アウトソーシング
		h. モニタリング、進行管理
		i. インプット評価
		j. アウトプット評価
		k. ストラクチャー評価
		l. プロセス評価
		m. アウトカム評価
		n. 事業の継続・中止
B. 施策化の目的と過程	a. 公助	
	b. 地域ケアシステムの構築	
	c. 自治体における基本計画との整合性	
	d. 施策の決定過程（審議会、パブリックコメント、議会による検討）	
	e. 中・長期的な目標設定と対策	
	f. 施策の公表と周知	
	g. 進行管理と評価結果の公表	

# 公衆衛生看護学

大項目	中項目	小項目
6. 地域ケアシステムの構築	A. 地域ケアのシステム化	a. 地域ケアシステムの概念
		b. 地域ケアシステムの発展過程
		c. ケアの連続性と継続性
		d. 共通認識・合意の形成と目標の設定
		e. 連携する関係者・機関の役割と機能
	B. ネットワークの形成とケアコーディネーション	a. 関係者・機関との連携・協働、パートナーシップ
		b. 連携のための会議の企画・運営
	C. 地域ケアシステムの評価	a. ネットワークによる実践・評価の体制づくり

# 公衆衛生看護学

## 【対象別公衆衛生看護活動論】

目標Ⅰ. 対象や発達段階に応じた生活や健康課題及び支援の特徴についての基本的な理解を問う。  
 目標Ⅱ. 人々が主体的に課題を解決できるよう、施策及び地域の社会資源を活用して保健活動を展開することについて基本的な理解を問う。

大項目	中項目	小項目
1. 母子保健活動、女性の健康支援	A. 母子保健医療福祉の動向	a. 母子保健の理念と変遷
		b. リプロダクティブ・ヘルス/ライツ
		c. ジェンダーと性<セクシュアリティ>の多様性
		d. 性と生殖に関する医療と生命倫理
		e. 少子化と次世代育成支援施策
		f. 健やか親子21
	B. 母子保健における健康課題と支援	a. 妊婦健康診査、切れ目ない妊産婦・乳幼児への支援の展開、妊娠・出産包括支援事業
		b. 周産期のメンタルヘルス
		c. 関係者・機関との連携・協働、地域ケアシステムの構築
		d. 共通の課題をもつ小集団への支援
		e. 親育て、子育てにおけるエンパワメント
	C. 子どもの健康課題と支援	a. 乳幼児の成長・発達の評価
		b. 乳幼児健康診査における課題の早期発見とフォローアップ
		c. 基本的な生活習慣の確立と保健指導
		d. 疾病予防と予防接種
		e. 子どもの心の診療ネットワーク事業
		f. 事故予防、リスクアセスメント
	D. 女性のライフサイクル各期の健康課題と支援	a. 早発思春期
		b. 月経異常、不妊、不育
		c. 合併症がある妊産褥婦
d. 女性と労働、ワーク・ライフ・バランス		
e. 更年期障害		
f. 乳癌・子宮癌と治療に伴う障害		
g. 老化に伴う障害（腔炎、骨粗鬆症、排尿障害）		
E. 支援のニーズが高い対象と家族の健康課題と支援	a. 未熟児・低出生体重児・多胎児	
	b. 医療的ケアの必要性の高い児（先天性疾患、心身障害、慢性疾患）	
	c. 社会生活において困難を抱える児（発達障害）	
	d. ひとり親、血縁関係のない親子	
	e. 特定妊婦	
	f. 在留外国人、在外日本人、帰国日本人	
	g. 貧困、ドメスティック・バイオレンス<DV>	



# 公衆衛生看護学

大項目	中項目	小項目
	F. 虐待防止における保健師の役割と支援	a. 虐待防止と早期発見 b. 虐待を受けた児と家族の健康課題 c. 地域における継続した支援 d. 要保護児童対策協議会
2. 成人保健活動、生活習慣病対策	A. 成人保健医療福祉の動向	a. 成人保健の理念と変遷 b. 健康日本21 c. 成人保健医療福祉施策
	B. 成人保健における健康課題と支援	a. 地域・集団の特性に応じた地域ケアシステム b. 青年期・壮年期・向老期に特徴的な健康課題への支援 c. レセプト情報・特定健診等情報データベース<NDB>の活用 d. 保険者・医療提供施設との連携 e. 成人期に発症する疾患（がん、心血管疾患、糖尿病、慢性腎臓病）の重症化予防 f. 生活習慣病予防と特定健康診査・特定保健指導 g. 健康課題の共有とグループ支援
3. 高齢者保健活動	A. 高齢者の保健医療福祉の動向	a. 高齢者保健の理念と変遷 b. 高齢者の保健医療福祉施策
	B. 高齢者の健康課題と支援	a. 介護予防 b. 複数の疾患を抱える高齢者 c. 独居、高齢者のみ世帯 d. 要支援・要介護高齢者と家族への支援 e. 認知症高齢者と家族 f. 終末期にある高齢者と家族 g. 高齢者虐待、セルフネグレクト h. 自立した生活を維持するための生活支援 i. 保険者・介護保険事業者・地域支援事業者との連携、地域ケアシステムの構築
4. 精神保健活動	A. 精神保健医療福祉の動向	a. 精神保健の理念と変遷 b. 精神保健医療福祉施策 c. 人権擁護
	B. 精神保健の健康課題と支援	a. 心の健康づくりと保健指導、健康増進計画 b. 日常生活における自立支援、社会復帰・地域生活支援 c. 日常生活又は社会生活を営む上での制約に対応した支援 d. 対人関係の困難に対する支援 e. 二次障害の予防 f. 社会資源・サービスの活用と調整、地域のサポートシステム g. 関係者・機関との連携、地域ケアシステムの構築 h. 共通の課題をもつ小集団への支援 i. 自殺企図者、自死遺族への支援

# 公衆衛生看護学

大項目	中項目	小項目
	C. 地域における支援が必要な精神疾患と支援の特徴	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. 症状性を含む器質性精神障害 (Alzheimer&lt;アルツハイマー&gt;病、血管性認知症、Lewy&lt;レビー&gt;小体型認知症、せん妄)</li> <li>b. 精神作用物質使用による精神・行動の異常 (アルコール依存症、覚醒剤・大麻精神病)</li> <li>c. 統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害</li> <li>d. 気分&lt;感情&gt;障害 (うつ病、双極性障害)</li> <li>e. 神経症性障害、ストレス関連障害 (パニック障害、心的外傷後ストレス障害&lt;PTSD&gt;、適応障害)、身体表現性障害</li> <li>f. 生理的障害、身体的要因に関連した障害 (摂食障害、不眠症、ナルコレプシー、睡眠時無呼吸症候群)</li> <li>g. パーソナリティ障害</li> <li>h. 習慣および衝動の障害 (病的賭博、病的窃盗、病的放火)</li> <li>i. 小児期・青年期・成人期に発症する行動・情緒の障害</li> </ul>
5. 障害者 (児) 保健福祉活動	A. 障害者 (児) の保健医療福祉の動向	a. 障害者 (児) 保健の理念と変遷
		b. 障害者 (児) の保健医療福祉施策
		c. 共生社会の形成
		d. 人権擁護、虐待予防
	B. 障害者 (児) の健康課題と保健指導	a. 日常生活
		b. 地域生活支援
		c. 対人関係の困難に対する調整
		d. 二次障害の予防
		e. 障害福祉サービスの活用調整
		f. 住環境・地域環境の整備
		g. 重複障害者 (児) と家族
		h. 合併症を持つ障害者 (児) と家族
		i. 日常生活又は社会生活を営む上での制約に応じた支援
		j. 福祉施設・地域生活支援事業所との連携、地域ケアシステムの構築
k. 共通の課題を持つ小集団への支援		

# 公衆衛生看護学

大項目	中項目	小項目
6. 難病保健活動	A. 難病保健医療福祉の動向	a. 難病保健の理念と変遷
		b. 難病対策
	B. 難病患者の健康課題と支援	a. 日常生活の自立支援、地域生活支援
		b. 疾患の特徴に応じた支援
		c. 対人関係の困難に対する支援
		d. 二次障害・合併症の予防
		e. 医療依存度の高い難病患者・合併症を持つ難病患者
		f. 在宅療養難病患者と家族
		g. 小児慢性特定疾病児の成人移行
		h. 医療機関、難病相談支援センターとの連携、地域ケアシステムの構築
		i. 共通の課題を持つ小集団への支援
j. 支援体制が確立していない疾患をもつ者（児）への支援		
7. 感染症の保健活動	A. 感染症対策の動向	a. 感染症保健活動の理念と変遷
		b. 感染症発生動向調査
		c. 世界保健機関<WHO>や各国の感染症対策
		d. 検疫所・防疫所・医療機関との連携
	B. 感染症対策	a. 感染症予防
		b. 標準予防策<スタンダードプリコーション>
		c. 感染症発生時の対応
		d. 薬剤耐性<AMR>対策
		e. 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律<感染症法>
		f. 肝炎対策基本法
	C. 感染症対策における疾病管理と支援の特徴	a. 結核、結核患者への直接服薬確認<DOTS>
		b. ヒト免疫不全ウイルス<HIV>感染症、後天性免疫不全症候群<AIDS>
		c. 性感染症<STI>
		d. 新興・再興感染症
		e. ウイルス性肝炎
		f. 食中毒
D. 予防接種	a. 予防接種に関する基本的な計画	
	b. 定期の予防接種	
	c. 臨時の予防接種	
8. 歯科保健活動	A. 歯科保健の動向	a. 歯科口腔保健の理念と変遷
		b. 歯科保健統計
		c. ライフサイクル・健康レベルに応じた歯科保健
	B. 口腔の健康の保持と歯科保健活動	a. う蝕の予防
		b. 歯周疾患予防
		c. 口腔機能・嚥下機能の低下の予防
		d. 在宅療養者（障害者（児）、難病患者）の口腔疾患の予防

# 公衆衛生看護学

## 【学校保健・産業保健】

目標Ⅰ. 学校保健の制度と仕組み、及び対象の健康課題の把握と適切な支援方法について基本的な理解を問う。  
 目標Ⅱ. 産業保健の制度と仕組み、及び対象の健康課題の把握と適切な支援方法について基本的な理解を問う。

大項目	中項目	小項目
1. 学校保健の基本	A. 学校保健の目的、学校と養護教諭の役割・機能	a. 学校保健の定義と目的
		b. 学校教育・特別支援教育の機能
		c. 養護教諭の役割・機能
	B. 学校保健の動向	a. 社会的背景と学校保健の動向
		b. 学校保健統計の動向
	C. 学校保健・安全の制度と仕組み	a. 学校保健・安全に関する法規
		b. 学校保健・安全組織と人材、「チームとしての学校」のあり方、組織活動
		c. 学校保健計画、保健教育、保健管理
		d. 学校安全計画、安全管理校内救急体制の整備
		e. 環境管理、学校環境衛生基準
f. 学校給食、食育推進		
2. 学校保健における対象の健康課題への対策と支援	A. 発達段階別にみる対象の特徴と健康課題への対策と支援	a. 幼児期
		b. 学童期
		c. 思春期
		d. 青年期
	B. 対象の主な健康課題への対策と支援	a. いじめ、暴力
		b. 不登校
		c. 喫煙、飲酒、薬物乱用
		d. 性感染症<STI>
		e. 自殺、自殺企図
		f. 思春期やせ症、神経性食欲不振症
		g. パニック障害
		h. 急性ストレス障害<ASD>、心的外傷後ストレス障害<PTSD>
		i. 児童虐待
	C. 特別な支援を必要とする子どもへの対策と支援	a. 視覚・聴覚・知的・運動障害がある子ども
		b. 医療的ケアを必要とする子ども
		c. 発達障害がある子ども
		d. 慢性疾患がある子ども
		e. アレルギーがある子ども
		f. ジェンダーアイデンティティに違和感がある子ども
		g. 若年妊娠
D. 学校保健活動の展開	a. 学校保健情報の把握と活用	
	b. 学校保健計画の立案・実施・評価・見直しのプロセス (PDCAサイクル)	
	c. 保健室の機能と保健室経営計画	

# 公衆衛生看護学

大項目	中項目	小項目
	E. 養護教諭の活動の実際	a. 健康診断と事後措置 b. 感染症の予防と拡大防止 c. 健康相談、保健指導 d. 学校管理下の事故の防止と救急処置 e. 保健学習、特別活動・道徳での健康教育、食育 f. 学校保健委員会、児童生徒保健委員会 g. 地域の関係機関・ボランティアとの連携・協働
3. 産業保健の基本	A. 産業保健の目的、保健師の役割・機能	a. 産業保健の定義と目的
		b. 産業保健・組織の機能
		c. 保健師・第一種衛生管理者の役割・機能
	B. 産業保健の動向	a. 社会的背景と産業保健の動向
		b. 労働災害及び業務上疾病の動向
		c. 労働者の健康の動向
		d. 労働の多様化（非正規雇用、派遣労働、外国人労働者）
		e. 中小規模事業場における産業保健の動向
	C. 産業保健の制度と仕組み	a. 労働安全衛生に関する法規
		b. 労働安全衛生行政の体系
		c. 労働安全衛生に関する組織と人材
		d. 労働衛生管理（作業環境管理、作業管理、健康管理）
e. 事業場における労働衛生管理体制		
f. 労働における安全衛生教育		
g. 労働安全衛生マネジメントシステム、リスクアセスメント、ストレスチェック制度		
h. 労災制度、労働者災害補償保険法		
4. 産業保健における対象の健康課題への対策と支援	A. 対象の主な健康課題への対策と支援	a. 職業性疾病（化学物質、粉じん、石綿、物理的因子、作業様態、業務上の負傷）
		b. 作業関連疾患
		c. 生活習慣病、がん
		d. 心身症、メンタルヘルスの不調
		e. 過重労働
		f. ハラスメント
		g. 妊娠・育児期にある労働者
		h. 障害がある労働者、障害者雇用
		i. 高齢労働者、高齢者雇用
		j. 疾病がある労働者、両立支援
		k. 退職者、職場復帰への支援
	B. 産業保健活動の展開	a. 産業保健情報の把握と活用
		b. 産業保健計画の立案・実施・評価・見直しのプロセス（PDCAサイクル）
		c. 衛生委員会、職制・ラインを活用した産業保健活動の推進

# 公衆衛生看護学

大項目	中項目	小項目
	C. 保健師・第一種衛生管理者の活動の実際	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. 一般健康診断と事後措置・健康保健増進対策</li> <li>b. 特殊健康診断と事後措置・健康確保対策</li> <li>c. トータル・ヘルス・プロモーションプラン&lt;THP&gt;、心身両面にわたる健康の保持増進対策の推進</li> <li>d. 快適職場づくり</li> <li>e. ワーク・ライフ・バランスの推進</li> <li>f. 心の健康づくり計画、労働者の心の健康の保持増進のための指針</li> <li>g. ストレスチェック</li> <li>h. 職場における喫煙対策</li> <li>i. 健康保険組合との連携（特定健康診査・特定保健指導、データヘルス計画、コラボヘルス）</li> <li>j. 地域・職域連携活動</li> </ul>

# 公衆衛生看護学

## 【健康危機管理】

- 目標Ⅰ. 健康危機管理の理念と目的、対象と方法について基本的な理解を問う。  
 目標Ⅱ. 災害時サイクル各期の保健活動について基本的な理解を問う。  
 目標Ⅲ. 感染症の集団発生時の保健活動について基本的な理解を問う。

大項目	中項目	小項目
1. 健康危機管理の基本	A. 健康危機管理の理念と目的	a. 健康危機管理の定義・分類
		b. 健康危機管理の目的
	B. 健康危機を起こす要因	a. 感染症
		b. 災害（自然災害、人為災害）
		c. 食中毒（食品、飲料水）
		d. 化学物質、放射性物質
		e. 事故
		f. ドメスティック・バイオレンス<DV>
	C. リスクマネジメントの過程	a. リスクアセスメント、リスク分析
b. リスクへの対応とその評価		
c. リスクコミュニケーション		
d. 事業継続計画<BCP：Business Continuity Plan>		
2. 災害に対応した保健活動	A. 災害の分類と特徴	a. 災害の定義と分類
		b. 自然災害（地震、津波、噴火、豪雨）
		c. 大規模人為災害（戦争、テロ、事故）
	B. 災害保健活動の基本	a. 情報収集・分析
		b. 健康課題の把握・集約
		c. 計画策定・評価
		d. 関係職種・機関との連携・協働
		e. 住民への防災・減災教育
		f. 被災者及び支援者の健康課題への支援
		g. 対策と活動の評価
		h. 減災・防災対策の計画策定・評価
		i. 広報、マスコミ対策
	C. 災害支援制度とシステム	a. 災害支援の関係法規
		b. 災害支援の制度
		c. 災害時健康危機支援システム<DHEAT>
3. 災害予防と事前対策	A. 平常時の保健活動と減災・防災対策	a. 災害を想定した地域アセスメント<地域診断>
		b. ガイドライン・マニュアルの作成
		c. 関係機関の役割と連携
		d. 健康危機のレベルに応じた対策の検討・決定
		e. ガイドラインに基づく訓練
		f. 地域住民への健康教育

# 公衆衛生看護学

大項目	中項目	小項目
	B. 要支援者への対策	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. 要支援者の把握、アセスメント</li> <li>b. 要支援者の支援計画の作成</li> <li>c. 対策マニュアルと訓練</li> <li>d. 防災・減災教育、普及啓発</li> <li>e. 支援ネットワークの構築</li> </ul>
4. 発災直後から応急対策期（フェーズ0～2）の保健活動	A. 発災直後の保健活動	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. 発災直後の初動対応</li> <li>b. 被害状況に関する情報収集・情報集約</li> <li>c. 健康課題の分析</li> <li>d. 受援体制、支援体制のマネジメント</li> </ul>
	B. 応急対策期の保健活動	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. 救護所・避難所・在宅での健康課題の把握</li> <li>b. 健康課題に対応した保健活動</li> <li>c. 避難所・地域の環境モニタリングと対策</li> <li>d. 健康回復へ向けた支援</li> <li>e. 二次的健康障害（心的外傷後ストレス障害&lt;PTSD&gt;、廃用症候群（生活不活発病））の予防と対策</li> </ul>
5. 災害復旧・復興対策期（フェーズ3～5）の保健活動	A. 災害復旧期の保健活動	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. 被災者の健康課題</li> <li>b. 保健活動計画の策定、実施、評価、見直し</li> <li>c. 二次的健康障害（心的外傷後ストレス障害&lt;PTSD&gt;、廃用症候群（生活不活発病）、孤独死）の予防と対応、こころの健康</li> <li>d. 職員及び支援者の心身の健康管理</li> </ul>
	B. 復興対策期の保健活動	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. コミュニティの再構築への支援</li> <li>b. 中長期的な健康課題の明確化</li> <li>c. 復興期における保健計画の再評価・見直し</li> </ul>
6. 感染症の集団発生への保健活動	A. 感染症調査の基本	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. 積極的疫学調査</li> <li>b. 患者調査、接触者調査、環境調査</li> <li>c. 疫学解析</li> </ul>
	B. 事前対策、発生時の対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. 感染経路別の予防対策</li> <li>b. 初動対応</li> <li>c. 発生時の患者・接触者・関係者への保健指導</li> </ul>
	C. 感染拡大防止	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. 臨時予防接種</li> <li>b. 集団・施設の種類に応じた対策（保育園、高齢者施設、障害者施設、医療機関）</li> </ul>



# 公衆衛生看護学

## 【公衆衛生看護管理論】

目標 I. 公衆衛生看護管理の目的・構造・機能、専門的自律と人材育成について基本的な理解を問う。

大項目	中項目	小項目
1. 公衆衛生看護管理の目的と特徴	A. 公衆衛生看護管理の目的	a. 組織・地域の健康水準の向上
		b. 職員や住民の権利の保障
		c. 効果的・効率的な公衆衛生看護活動の実践
	B. 公衆衛生看護管理の特徴	a. 初任期から担う実務的管理機能
		b. 職位に付随する管理機能
		c. 基盤となる基本的な管理機能
2. 公衆衛生看護管理の構造と機能	A. 事例管理の基本	a. サービスの質と量の評価
		b. サービスの総合調整
		c. 関係者との目的の共有や役割分担
	B. 業務管理の基本	a. 必要量と稼働量（組織・個人）
		b. 業務計画の作成・進行管理・評価
		c. 業務委託の管理
	C. 予算管理の基本	a. 予算編成・確保
		b. 予算の執行管理、評価
	D. 情報管理の基本	a. 情報管理に関する法制度（個人情報保護法等）
		b. 個人情報の保護
		c. ICT<情報通信技術>活用の推進に伴う個人情報保護への対応
		d. 看護活動に関する地域情報管理、情報の収集・活用・発信
		e. 情報公開、情報開示
	E. 人事管理の基本	a. ジョブローテーション
		b. 労務管理
		c. キャリアパス、キャリアラダー
		d. ワーク・ライフ・バランス
		e. 人事評価
	F. 組織運営・管理の基本	a. 組織の理念・目標の明確化と共有
		b. 組織体制の整備、必要な人員の確保
		c. 職務・権限・責任の明確化
		d. 組織の意思決定、指揮命令系統、コミュニケーション
		e. 他部門との連携・協働、情報の共有
		f. リスクマネジメント（組織・個人）、苦情対応
3. 専門的自律と人材育成	A. 保健師教育	a. 保健師教育制度の変遷
		b. 保健師教育課程の現状
	B. 継続教育	a. 継続教育の目的と方法
		b. 人材育成方針・計画の策定（OJT、OFF-JT）
	C. 専門的自律	a. 保健活動の研究的評価方法の習得
		b. 事業の成果および研究的評価の蓄積
		c. 研究成果の活用

# 疫 学

目標 I. 公衆衛生看護の基盤となる疫学概念と方法について基本的な理解を問う。

大項目	中項目	小項目
1. 疫学概念	A. 疫学の定義と分類	a. 疫学の定義
		b. 記述疫学と分析疫学
		c. 人、場所、時間
	B. 曝露と疾病発生	a. 危険因子
	b. 診断基準	
C. 因果関係	a. 時間的關係	
	b. 強固な関連、一致した関連、量反応関連	
D. 疫学研究における倫理	a. 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針	
2. 疾病頻度の指標	A. 割合	a. 有病率
		b. 累積罹患率
		c. 致命率<致死率>
		d. 相対頻度
	B. 率	a. 罹患率
		b. 死亡率
3. 曝露効果の指標	A. 相対危険	a. 罹患率比、死亡率比
		b. 累積罹患率比<リスク比>
		c. オッズ比
	B. 寄与危険	a. 寄与危険割合
		b. 人口<集団>寄与危険
		c. 人口<集団>寄与危険割合
4. 疫学調査法	A. 対象集団の選定	a. 母集団と対象集団
		b. 標本抽出
		c. 無作為抽出
	B. 調査方法(研究デザイン)	a. 生態学的研究
		b. 横断研究
		c. コホート研究
		d. 症例対照研究
		e. 介入研究
	C. 誤差	a. 偶然誤差と精度
		b. 系統誤差と妥当性
	D. 偏り<バイアス>	a. 選択の偏り<バイアス>
		b. 情報の偏り<バイアス>
	E. 交絡とその制御方法	a. 交絡因子
		b. 無作為化(割付)
		c. 制限
		d. マッチング
		e. 層化
	F. 年齢調整	a. 直接法
b. 間接法		

# 疫 学

大 項 目	中 項 目	小 項 目						
5. スクリーニング	A. スクリーニングの目的	a. 疾病の早期発見（二次予防） b. 集団の特性の把握						
	B. スクリーニングの要件	a. 健康に及ぼす影響 b. 有病率 c. 疾病の検査・診断・治療法の確立 d. 目的の明確化、有効性の科学的根拠、信頼性の確保 e. 十分な情報提供と選択、公平なアクセスの推進 f. 有害事象を上回る有益性						
	C. スクリーニングの評価	a. 敏感度と特異度 b. 陽性反応的中度						
6. 疾病登録	A. 疾病登録の意義	a. がん登録 b. 脳卒中登録 c. 疾病対策の基礎となるデータ（罹患率・生存率）の分析 d. 疾病対策や医療計画への活用 e. 評価に基づく効果的な検診の実施						
	7. 生活習慣の疫学	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>A. 栄養・食生活</td> <td rowspan="6">                     ※ A～Fの共通の小項目                      a. 生活習慣に起因する健康課題の頻度と分布                      b. 危険因子                 </td> </tr> <tr> <td>B. 活動・運動</td> </tr> <tr> <td>C. 休息・睡眠</td> </tr> <tr> <td>D. 飲酒</td> </tr> <tr> <td>E. 喫煙</td> </tr> <tr> <td>F. 歯・口腔</td> </tr> </table>	A. 栄養・食生活	※ A～Fの共通の小項目 a. 生活習慣に起因する健康課題の頻度と分布 b. 危険因子	B. 活動・運動	C. 休息・睡眠	D. 飲酒	E. 喫煙
A. 栄養・食生活	※ A～Fの共通の小項目 a. 生活習慣に起因する健康課題の頻度と分布 b. 危険因子							
B. 活動・運動								
C. 休息・睡眠								
D. 飲酒								
E. 喫煙								
F. 歯・口腔								
8. 主な疾患の疫学	A. 母性関連疾患	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>※ A～Kの共通の小項目</td> </tr> <tr> <td>a. 頻度と分布</td> </tr> <tr> <td>b. 危険因子</td> </tr> <tr> <td>c. 年次推移</td> </tr> </table>	※ A～Kの共通の小項目	a. 頻度と分布	b. 危険因子	c. 年次推移		
	※ A～Kの共通の小項目							
	a. 頻度と分布							
	b. 危険因子							
	c. 年次推移							
	B. 小児疾患							
	C. がん							
	D. 心血管疾患（高血圧を含む）							
	E. 脳血管疾患							
	F. 糖尿病							
	G. 難病							
H. 精神疾患								
I. 感染症								
J. 事故								
K. 環境要因による疾患								
9. エビデンスに基づく公衆衛生看護に関連する疫学	A. 社会疫学	a. 健康の社会的決定要因 b. 健康格差						
	B. 政策疫学	a. 政策の方針決定への疫学の関わり b. 危険因子に対する予防対策						
	C. 臨床疫学	a. 治療効果の評価 b. システマティックレビュー、メタアナリシス						

# 保健統計

目標 I. 公衆衛生看護の基盤となる統計学の基礎、統計情報と活用方法について基本的な理解を問う。

大項目	中項目	小項目
1. 統計学の基礎	A. データの種類と分布	a. カテゴリーデータ
		b. 順序データ
		c. 数量データ
		d. ヒストグラム
	B. 測定と尺度	a. 健康評価尺度
		b. 心理発達尺度
		c. 活動・行動・社会尺度
	C. 主な確率分布	a. 正規分布
		b. 二項分布
	D. 代表値と散布度	a. 平均 (算術平均)
		b. 幾何平均
		c. 中央値
		d. 最頻値<モード>
		e. 分散と標準偏差
		f. 四分位数とパーセンタイル値
	E. 関連の指標	a. 相関・散布図
		b. 回帰
		c. クロス集計
	F. 統計分析	a. 点推定と区間推定
		b. 帰無仮説と統計学的有意性
		c. 割合に関する推定と検定 ( $\chi^2$ <カイ二乗>検定)
d. 平均に関する推定と検定 (t検定)		
e. 相関係数に関する推定と検定		
f. 多変量解析		
G. 適切な図表の作成と活用	a. データに合わせた図表の選択	
	b. 図表の作成	
	c. 図表の活用	
2. 人口統計	A. 人口静態統計の基本と動向	a. 日本の人口
		b. 年齢別人口
		c. 世界の人口
	B. 人口動態統計の基本と動向	a. 死亡
		b. 出生と人口再生産
		c. 死産、周産期死亡
		d. 婚姻と離婚

# 保健統計

大項目	中項目	小項目
	C. 主な健康指標と動向	a. 平均寿命 b. 健康寿命 c. 合計特殊出生率 d. 年齢調整死亡率 e. 標準化死亡比<SMR>
3. 保健統計調査	A. 基幹統計の基本と動向	a. 国勢調査
		b. 国民生活基礎調査
		c. 患者調査
		d. 医療施設調査
		e. 学校保健統計調査
		f. 社会生活基本調査
	B. A以外の基礎的な統計調査の基本と動向	a. 感染症発生動向調査
		b. 食中毒統計調査
		c. 国民健康・栄養調査
		d. 地域保健・健康増進事業報告
		e. 身体障害児・者等実態調査
		f. 介護保険事業状況報告
		g. 衛生行政報告例
		h. 福祉行政報告例
	C. 医療経済統計の基本と動向	a. 国民医療費
b. 介護サービス施設・事業所調査		
D. 疾病・障害の定義と分類	a. 国際疾病分類<ICD>	
	b. 国際生活機能分類<ICF>	
E. 活用可能なデータベースの基本	a. レセプト情報・特定健診等情報データベース<NDB>	
	b. 国保データベース<KDB>システム	
4. 情報処理	A. 情報処理の基礎	a. データの電子化
		b. 情報セキュリティ
		c. データベース
		d. レコードリンケージ
	B. 文献検索の方法と結果・データの活用	a. 一次情報、二次情報
		b. 文献検索方法

# 保健医療福祉行政論

目標Ⅰ．保健医療福祉行政の基本および行政・財政の仕組みについて基本的な理解を問う。  
 目標Ⅱ．保健医療福祉における各分野の制度の仕組みと機能、対策の実際や動向について基本的な理解を問う。  
 目標Ⅲ．保健医療福祉行政の施策への住民参加と、計画策定・実施・評価のサイクルについて基本的な理解を問う。

大項目	中項目	小項目		
1. 保健医療福祉行政の基本	A. 社会保障の理念と背景	a. 日本国憲法における国民の権利及び義務		
		b. 人権保障、権利擁護<アドボカシー>		
		c. 社会保障と税の一体改革		
		d. 健康格差に対する社会保障		
		e. 少子高齢化社会と人口減少への対応		
	B. 公衆衛生政策の理念と背景	a. プライマリヘルスケア		
		b. ヘルスプロモーション（オタワ憲章、バンコク憲章）		
		c. 持続可能な保健医療福祉の仕組み		
		d. 社会保障制度としての国の政策		
		e. 戦後の公衆衛生政策の基盤形成		
		f. 近年の公衆衛生政策の発展		
		g. 諸外国における公衆衛生政策の変遷		
		2. 保健医療福祉の行政・財政の理念と仕組み	A. 保健医療福祉における行政の理念と仕組み	a. 厚生行政の仕組み、厚生労働省の機構
				b. 国と地方公共団体における行政の仕組み
c. 保健医療福祉行政における保健師の役割				
d. 地方自治の目的と仕組み				
e. 地方分権				
f. 地域医療ビジョン、地域包括ケアシステム				
B. 保健医療福祉における財政の理念と仕組み	a. 国と地方公共団体における財政の仕組み			
	b. 社会保障の給付と財源			
	c. 地方財政の歳入と歳出の構造			
	d. 地方財政の予算の原則と予算編成			
	e. 財政の評価と指標			
3. 保健医療福祉行政の分野と制度の基本	A. 地域保健の体系と関係機関の機能・役割	a. 地域保健法、健康増進法		
		b. 保健所、市町村保健センター		
		c. 精神保健福祉センター		
		d. 市町村と都道府県の役割分担と体制整備		
		e. 各関係機関における保健師の役割		
		f. 地域・職域連携の推進		

大項目	中項目	小項目	
4. 社会福祉制度と政策	B. 公衆衛生行政の分野の制度と概要	a. 生活環境施設、食品安全・衛生行政	
		b. 生活衛生	
		c. 化学物質の安全対策	
		d. 医事薬事行政	
		e. 労働衛生・産業保健行政	
		f. 学校保健行政	
		g. 環境保健行政	
	C. 国際的な公衆衛生活動と日本の国際協力活動	a. 国際機関の種類と役割、国際協力の仕組み	
		b. 国際交流と国際協力（二国間、多国間）	
		c. 経済協力と政府開発援助<ODA>	
		d. ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ<UHC>の推進、国際保健外交戦略	
		A. 社会保障の仕組みと機能	a. 生活安定・向上、所得再分配、経済安定
			b. 国民皆保険・皆年金、公的扶助
			c. 生活保護
d. 措置制度と給付制度			
B. 社会福祉制度の概要と機能	a. 次世代育成支援制度、少子化対策		
	b. 障害者支援制度		
	c. 高齢者介護支援制度		
	d. 生活困窮者自立支援対策		
	e. 権利擁護制度		
C. 介護保険制度の概要と機能	a. 理念と基本的な仕組み		
	b. サービスの種類と考え方、ケアマネジメント		
	c. 地域包括ケアシステムにおける自治体の役割、地域ケア会議		
	d. 生活支援・介護予防の推進、地域支援事業による在宅医療・介護の連携		
	e. 費用・介護報酬支払い制度の仕組み		
D. 医療・介護・福祉の包括的な連携の基本的な考え方	a. 地域における医療・介護制度改革		
	b. 連携推進における保健師の役割と住民参加		
	c. 医療の機能分化・連携と地域包括ケア		
	d. 病床機能報告制度と地域医療構想の策定		
	e. 地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律		
5. 医療制度と政策	A. 医療制度と仕組み	a. 医療費・診療報酬支払い制度の仕組み	
		b. 医療保険制度（国民健康保険、社会保険）	
		c. 医療費助成制度および医療費公費負担制度	
	B. 医療体制の管理と整備	a. 医療関係法規	
		b. 医療監視制度	
		c. 医療提供体制、医療施設の整備、病床機能分化	
		d. 医療関係者の現況、医療従事者の確保	
		e. 訪問看護制度	

# 保健医療福祉行政論

大項目	中項目	小項目
	C. 医療安全対策	a. 医療事故予防対策 b. 院内感染制御対策
	D. 医療対策と医療提供体制	a. 医療法と地域保健医療計画、地域医療構想（ビジョン） b. 医療計画における5事業と対策 c. 医療供給体制の整備、医療従事者の確保 d. 在宅医療の推進、保健医療福祉の連携 e. 医療圏
6. 保健医療福祉分野における政策への住民参加	A. 計画の種類と目的	a. 行政計画と基本構想 b. 基本構想と保健医療福祉計画の関連 c. 都道府県計画と市町村計画
	B. 行政計画の策定・推進・管理・評価	a. 計画策定のプロセス b. 評価指標、計画目標値・評価指標値の設定 c. 計画の管理・評価の推進体制 d. 政策評価、経済的評価
	C. 政策決定への住民参加	a. 協議会等への住民参加 b. 情報公開とアカウンタビリティ c. パブリックコメント
7. 保健医療福祉分野における政策と動向	A. 生活習慣病対策	※A～Mに共通の小項目 a. 基盤となる法規と概念の変遷 b. 近年の政策の動向
	B. 母子保健対策	
	C. 児童虐待防止対策	
	D. 障害者（児）支援対策	
	E. 高齢者保健福祉対策	
	F. 認知症対策	
	G. 精神保健対策	
	H. 自殺対策、依存症対策	
	I. 歯科口腔保健対策	
	J. 感染症対策	
	K. がん対策	
	L. 難病対策	
	M. 災害対策	



## 保健師国家試験出題基準・索引

**A**

AIDS..... 13

Alzheimer病..... 12

AMR..... 13

ASD..... 14

**B**

BCP : Business Continuity  
Plan..... 17

**D**

DHEAT..... 17

**H**

HIV感染症..... 13

**I**

ICD..... 23

ICF..... 23

ICT..... 3, 19

ICT活用..... 19

**K**

KAPモデル..... 6

KDBシステム..... 23

**L**

Lewy小体型認知症..... 12

**N**

NDB..... 11, 23

NPO..... 8

**O**

ODA..... 25

OFF-JT..... 19

OJT..... 19

**P**

PDCAサイクル..... 2, 14, 15

PTSD ..... 12, 14, 18

**Q**

QOLの維持・向上..... 5

**S**

STI ..... 13, 14

**T**

THP ..... 16

t検定 ..... 22

**U**

UHC ..... 25

**W**

well-being..... 1

WHO ..... 13

**X**

$\chi^2$ <カイ二乗>..... 22

**あ**

アウトカム評価..... 8

アウトソーシング..... 8

アウトプット評価..... 8

アウトリーチ..... 2, 5

アカウントビリティ..... 26

アドボカシー..... 1

アルコール依存症..... 12

アルツハイマー..... 12

アレルギー..... 14

**い**

育児 ..... 15

いじめ ..... 14

石綿 ..... 15

依存症対策..... 26

一次情報 ..... 23

一次予防 ..... 2

一致した関連 ..... 20

一般健康診断 ..... 16

医療安全対策 ..... 26

医療関係法規 ..... 25

医療監視制度 ..... 25

医療機関 ..... 18

医療計画 ..... 21, 26

医療経済統計 ..... 23

医療圏 ..... 26

医療事故予防対策 ..... 26

医療施設 ..... 1

医療施設調査 ..... 23

医療施設の整備 ..... 25

医療従事者 ..... 25, 26

医療制度 ..... 25

医療制度改革 ..... 3

医療体制 ..... 25

医療提供施設 ..... 11

医療提供体制 ..... 25

医療的ケア ..... 10

医療の高度化 ..... 3

医療の複雑化 ..... 3

医療費公費負担制度 ..... 25

医療費支払い制度 ..... 25

医療費助成制度 ..... 25

医療法 ..... 26

医療保険 ..... 25

因果関係 ..... 20

飲酒 ..... 14, 21

院内感染制御対策 ..... 26

インフォーマルサービス .. 5

インプット評価 ..... 8

**う**

ウイルス性肝炎 ..... 13

ウェルネス行動 ..... 4

う蝕の予防 ..... 13

うつ病 ..... 12

運動 ..... 21

運動習慣 ..... 4

## え

衛生委員会.....	15
衛生行政報告例.....	23
栄養.....	21
疫学.....	7, 20
疫学研究.....	20
疫学調査法.....	20
エスノグラフィ.....	7
嚥下機能の低下の予防.....	13
エンパワメント.....	2, 5, 10

## お

横断研究.....	20
オタワ憲章.....	24
オッズ比.....	20
温暖化.....	3

## か

回帰.....	22
外国人労働者.....	15
介護サービス施設・事業所調査.....	23
介護保険.....	25
介護保険事業状況報告.....	23
介護予防.....	11
快適職場づくり.....	16
介入研究.....	20
カウンセリング.....	5
科学技術.....	3
化学物質.....	15, 17, 25
覚醒剤・大麻精神病.....	12
学童期.....	14
確率分布.....	22
過重労働.....	15
家族.....	1, 4, 5
家族機能.....	2
家族形態.....	2
家族力動.....	4
偏り<バイアス>.....	20
価値観.....	4
学校.....	1
学校安全計画.....	14
学校環境衛生基準.....	14
学校管理下の事故の防止.....	15

学校教育.....	14
学校保健.....	14
学校保健・安全組織.....	14
学校保健委員会.....	15
学校保健活動.....	14
学校保健計画.....	14
学校保健情報.....	14
学校保健統計.....	14
学校保健統計調査.....	23
活動・行動・社会尺度.....	22
合併症を持つ障害者(児).....	12
カテゴリーデータ.....	22
稼動量.....	19
がん.....	11, 15, 21
環境汚染.....	3
環境管理.....	14
環境要因による疾患.....	21
関係機関.....	17
関係機関・職種.....	7
関係者・機関.....	10
関係職種・機関.....	17
患者調査.....	23
関心期.....	4
間接法.....	20
感染経路.....	18
感染症 .. 3, 15, 17, 18, 21	
感染症対策.....	13, 26
感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律<感染症法>.....	13
感染症発生動向調査.....	13, 23
感染症予防.....	13
がん対策.....	26
がん登録.....	21

## き

キーパーソン.....	5
議会.....	8
幾何平均.....	22
基幹統計.....	23
危機的介入.....	5
企業.....	1
危険因子.....	20, 21
帰国日本人.....	10

記述疫学.....	7, 20
喫煙.....	14, 16, 21
気分<感情>障害.....	12
基本的人権の尊重.....	1
帰無仮説.....	22
虐待.....	11
虐待予防.....	12
キャリアパス.....	19
キャリアラダー.....	19
救急処置.....	15
救護所.....	18
休職者.....	15
急性ストレス障害.....	14
休息.....	4, 21
共感.....	5
強固な関連.....	20
共助.....	2
行政.....	1
行政委託型組織.....	8
行政区域.....	7
行政計画.....	26
共通認識.....	9
協働.....	9, 10, 19
業務管理.....	19
業務計画.....	19
業務上疾病.....	15
業務上の負傷.....	15
寄与危険.....	20
寄与危険割合.....	20
近隣.....	1
近隣関係.....	2

## く

偶然誤差.....	20
区間推定.....	22
組合.....	1
グループダイナミクス .. 4, 6	
グループワーク.....	6
グローバリゼーション .. 2	
クロス集計.....	22

## け

ケアコーディネーション .. 5	
ケアの継続性.....	5, 9

ケアの連続性.....	9
ケアマネジメント.....	25
計画目標値.....	26
経済的評価.....	26
継続期.....	4
継続教育.....	19
継続性.....	2
傾聴.....	5
系統誤差.....	20
ケースマネジメント.....	5, 6
血縁関係のない親子.....	10
結核.....	13
血管性認知症.....	12
月経異常.....	10
研究デザイン.....	20
健康格差.....	2, 21, 24
健康課題4, 5, 7, 8, 11, 13, 14, 17	
健康管理.....	15
健康危機.....	3, 17
健康危機管理.....	17
健康教育.....	6, 15, 17
健康指標.....	23
健康寿命.....	23
健康状態.....	4
健康診査.....	6
健康課題.....	4, 5
健康診断.....	15
健康増進計画.....	11
健康増進行動.....	4
健康増進法.....	24
健康相談.....	5, 6, 15
健康に及ぼす影響.....	21
健康日本21.....	11
健康評価尺度.....	22
健康保険組合.....	16
健康保健増進対策.....	16
健康問題.....	5
健康レベル.....	4
減災.....	17, 18
検診.....	6
権利擁護.....	1, 24
権利擁護制度.....	25

## こ

公害.....	3
校区.....	7
口腔.....	21
口腔機能の低下の予防.....	13
合計特殊出生率.....	23
高血圧.....	21
公衆衛生活動.....	25
公衆衛生看護.....	5, 21
公衆衛生看護管理.....	19
公衆衛生行政.....	25
公衆衛生政策.....	24
公助.....	2, 8
構成員.....	8
公的責任.....	1
後天性免疫不全症候群.....	13
行動・情緒の障害.....	12
行動変容.....	5
行動変容段階.....	4
更年期障害.....	10
公平性.....	2, 7, 8
広報.....	17
交絡.....	20
交絡因子.....	20
高齢化.....	3
高齢者介護支援制度.....	25
高齢者虐待.....	11
高齢者雇用.....	15
高齢者施設.....	18
高齢者の保健医療福祉.....	11
高齢者保健福祉対策.....	26
高齢労働者.....	15
コーチング.....	5
コーディネーション.....	2
国際.....	1
国際機関.....	25
国際協力.....	25
国際協力活動.....	25
国際交流.....	25
国際疾病分類.....	23
国際生活機能分類.....	23
国勢調査.....	23
国保データベースシステム.....	23
国民医療費.....	23

国民健康・栄養調査.....	23
国民健康保険.....	25
国民生活基礎調査.....	23
誤差.....	20
互助.....	2
個人.....	1, 19
個人情報保護法等.....	19
子育て.....	10
骨粗鬆症.....	10
子どもの心の診療ネットワー ク事業.....	10
個別健康教育.....	6
コホート研究.....	20
コミュニケーション.....	19
コミュニティ.....	1, 7, 18
コミュニティ・エンパワメン ト.....	7, 8
コミュニティグループ.....	4
雇用形態.....	2
コラボヘルス.....	16
婚姻.....	22
コンサルテーション.....	8
コンプライアンス行動.....	4

## さ

サービスの統合.....	5
災害.....	17, 18
災害支援.....	17
災害時健康危機支援システム .....	17
災害対策.....	26
在外日本人.....	10
再興感染症.....	2, 13
歳出.....	24
在宅療養者の口腔疾患の予防 .....	13
在宅療養難病患者.....	13
歳入.....	24
最頻値.....	22
在留外国人.....	10
作業環境管理.....	15
作業管理.....	15
作業関連疾患.....	15
作業様態.....	15

サポートグループ	4
参加勸奨	6
産業保健	15
産業保健計画	15
算術平均	22
三次予防	2
酸性雨	3
散布度	22

## し

支援関係	5
ジェンダーアイデンティティ	14
歯科口腔保健対策	26
歯科保健	13
歯科保健統計	13
時間的關係	20
指揮命令系統	19
子宮癌	10
事業化	2, 6, 7
事業継続計画	17
事故	10, 17, 21
自己決定	5
自己決定の支援	2
自己研鑽	1
自己効力感	4, 5
事後措置	15, 16
自己洞察	6
施策	8
施策化	2, 6, 7
自殺	14
自殺企図	11, 14
自殺対策	26
死産	22
自死遺族	11
歯周疾患予防	13
自主グループ	4
思春期	14
思春期やせ症	14
自助	2
システマティックレビュー	21
次世代育成支援制度	25
自然災害	3, 17
自治会	1, 7, 8

自治体	1
市町村	24
市町村保健センター	24
実行期	4
疾病対策	21
疾病登録	21
疾病予防	10
児童虐待	14
児童虐待防止対策	26
四分位数	22
死亡	22
死亡率	20
死亡率比	20
社会疫学	21
社会格差	2
社会学習理論	6
社会資源	5, 7, 11
社会生活基本調査	23
社会的公正	1
社会的信用の保持	1
社会的ネットワーク	2
社会的背景	5
社会的不利	2
社会的役割	4
社会福祉制度	25
社会保険	25
社会保障	24, 25
社会保障制度	24
社会保障制度改革	3
社会保障と税の一体改革	24
尺度	22
住居	3
周産期死亡	22
集団健康教育	6
集団心理	4
集団力動	4
終末期にある高齢者	11
住民参加	2
住民組織	8
主体性	6
出生	22
順序データ	22
準備期	4
障害	15

障害者支援制度	25
障害者（児）支援対策	26
障害者施設	18
障害者（児）の保健医療福祉	12
障害者（児）の保健医療福祉 施策	12
障害福祉サービス	12
少子化	2, 10
少子化対策	25
少子高齢化社会	24
小集団	1, 10, 11, 12, 13
小児疾患	21
小児慢性特定疾病児	13
情報化	3
情報開示	19
情報管理	19
情報公開	19, 26
情報処理	23
情報セキュリティ	23
情報通信技術	3, 19
情報の偏り<バイアス>	20
症例対照研究	20
職位	19
職域	1
食育	14, 15
職業性疾病	15
食習慣	4
職制	15
食生活	21
食中毒	13, 17
食中毒統計調査	23
職場復帰	15
食品安全・衛生行政	25
初動対応	18
ジョブローテーション	19
自立支援	5, 6, 11, 13
人為災害	3
審議会	8
神経症性障害	12
神経性食欲不振症	14
心血管疾患	11, 21
人権保障	24
人権擁護	11, 12

新興感染症..... 2, 13  
 進行管理..... 8  
 人口減少..... 24  
 人口再生産..... 22  
 人口静態統計..... 22  
 人口動態統計..... 22  
 人口の過疎..... 2  
 人口の過密..... 2  
 人口の偏在..... 2  
 人材育成..... 19  
 人材育成計画..... 19  
 人材育成方針..... 19  
 人事管理..... 19  
 人事評価..... 19  
 心身症..... 15  
 心身障害..... 10  
 身体障害児・者等実態調査 23  
 身体表現性障害..... 12  
 診断基準..... 20  
 心的外傷後ストレス障害. 12,  
 14, 18  
 振動..... 3  
 信頼関係..... 2, 5  
 心理発達尺度..... 22  
 診療報酬支払い制度..... 25

## す

水質..... 3  
 睡眠時無呼吸症候群..... 12  
 スーパーバイズ..... 8  
 数量データ..... 22  
 スクリーニング..... 6, 21  
 スタンダードプリコーション  
 ..... 13  
 ストラクチャー評価..... 8  
 ストレス..... 4  
 ストレス関連障害..... 12  
 ストレスチェック..... 16  
 ストレスチェック制度..... 15  
 図表..... 22  
 スモールステップ法..... 5

## せ

生活..... 5

生活環境..... 3, 4  
 生活基盤..... 7  
 生活権..... 1  
 生活困窮者自立支援対策.. 25  
 生活支援..... 11  
 生活習慣..... 4, 10, 21  
 生活習慣病..... 2, 11, 15  
 生活習慣病対策..... 26  
 生活背景..... 4  
 生活不活発病..... 18  
 生活様式..... 2  
 性感染症..... 13, 14  
 正規分布..... 22  
 制御方法..... 20  
 制限..... 20  
 政策疫学..... 21  
 政策評価..... 26  
 精神作用物質..... 12  
 精神疾患..... 21  
 精神保健医療福祉..... 11  
 成人保健医療福祉..... 11  
 精神保健医療福祉施策... 11  
 成人保健医療福祉施策... 11  
 精神保健対策..... 26  
 精神保健福祉センター... 24  
 生存権..... 1  
 生存率..... 21  
 生態学的研究..... 20  
 青年期..... 14  
 政府開発援助..... 25  
 生理的障害..... 12  
 世界保健機関..... 13  
 摂食障害..... 12  
 セルフケア行動..... 4  
 セルフケア能力..... 5  
 セルフネグレクト..... 11  
 セルフヘルプグループ..... 4  
 選択の偏り<バイアス>.. 20  
 先天性疾患..... 10  
 せん妄..... 12  
 専門的自律..... 19

## そ

騒音..... 3

層化..... 20  
 相関係数..... 22  
 相関・散布図..... 22  
 早期発見..... 10, 11, 21  
 双極性障害..... 12  
 相互作用アプローチ..... 6  
 相対危険..... 20  
 相対頻度..... 20  
 早発思春期..... 10  
 ソーシャル・キャピタル 2, 7  
 ソーシャルサポート..... 2  
 測定..... 22  
 組織..... 8  
 組織運営..... 19  
 組織化..... 6, 8  
 組織管理..... 19  
 組織の意思決定..... 19  
 組織の目標..... 19  
 組織の理念..... 19

## た

第一種衛生管理者... 15, 16  
 大気..... 3  
 大規模人為災害..... 17  
 対象集団..... 20  
 対人関係..... 11  
 ダイナミズム..... 4  
 代表値..... 22  
 多機関連携..... 2  
 多職種連携..... 2  
 多胎児..... 10  
 妥当性..... 20  
 他部門との連携..... 19  
 多文化との共生..... 2  
 多変量解析..... 22  
 男女共同参画社会..... 3

## ち

地域アセスメント<地域診  
 断>..... 7, 17  
 地域医療ビジョン..... 24  
 地域活動..... 5  
 地域ケアシステム 2, 8, 9, 10,  
 11, 12, 13

地域支援事業..... 11  
 地域・職域連携活動..... 16  
 地域・職域連携の推進..... 24  
 地域組織..... 8  
 地域特性..... 7  
 地域における医療及び介護の  
 総合的な確保の促進に関する  
 法律〈医療介護総合確保  
 推進法〉..... 25  
 地域包括ケアシステム 7, 24,  
 25  
 地域保健..... 24  
 地域保健医療計画、地域医療  
 構想..... 26  
 地域保健・健康増進事業報告  
 ..... 23  
 地域保健法..... 24  
 地縁組織..... 8  
 地球環境..... 3  
 地区..... 1  
 地区活動..... 6  
 地区視診..... 7  
 致死率..... 20  
 膣炎..... 10  
 地方公共団体..... 24  
 地方財政..... 24  
 地方自治..... 24  
 地方分権..... 3, 24  
 致命率..... 20  
 中央値..... 22  
 調査方法..... 20  
 調整..... 2  
 重複障害者（児）..... 12  
 直接法..... 20  
 治療効果..... 21  
 治療的アプローチ..... 6

て

低出生体重児..... 10  
 データの電子化..... 23  
 データベース..... 23  
 データヘルス計画..... 16  
 適応障害..... 12  
 点推定..... 22

と

統計学..... 22  
 統計学的有意性..... 22  
 統計資料..... 7  
 統計分析..... 22  
 統合失調症..... 12  
 統合失調症型障害..... 12  
 当事者組織..... 8  
 糖尿病..... 11, 21  
 トータル・ヘルス・プロモー  
 ションプラン..... 16  
 特殊健康診断..... 16  
 特定健康診査..... 6, 16  
 特定健診等情報データベース  
 ..... 11  
 特定健診等情報データベース  
 ..... 23  
 特定妊婦..... 10  
 特定非営利活動法人..... 8  
 特定保健指導..... 6, 16  
 特別支援教育..... 14  
 土壌..... 3  
 独居..... 11  
 都道府県..... 24  
 都道府県計画..... 26  
 ドメスティック・バイオレン  
 ス〈DV〉..... 10, 17

な

仲間づくり..... 6, 8  
 ナルコレプシー..... 12  
 難病..... 13, 21  
 難病対策..... 13, 26

に

二項分布..... 22  
 二次障害・合併症の予防.. 13  
 二次障害の予防..... 11, 12  
 二次情報..... 23  
 二次的健康障害..... 18  
 二次予防..... 2, 21  
 日常生活圏域..... 7  
 日本国憲法..... 24  
 乳癌..... 10

乳幼児健康診査..... 10  
 人間関係..... 2  
 妊産褥婦..... 10  
 妊娠..... 15  
 認知症高齢者..... 11  
 認知症対策..... 26

ね

ネットワーク..... 5, 7, 9  
 年齢調整..... 20  
 年齢調整死亡率..... 23

の

脳血管疾患..... 21  
 脳卒中登録..... 21  
 ノーマライゼーション..... 1

は

歯..... 21  
 パーセンタイル値..... 22  
 パーソナリティ障害..... 12  
 パートナーシップ.. 2, 7, 9  
 排尿障害..... 10  
 廃用症候群..... 18  
 ハイリスクアプローチ..... 2  
 曝露..... 20  
 曝露効果..... 20  
 派遣労働..... 15  
 発達課題..... 4  
 発達障害..... 10, 14  
 発達段階..... 4, 14  
 パニック障害..... 12, 14  
 パブリックコメント.. 8, 26  
 ハラスメント..... 15  
 バンコク憲章..... 24

ひ

ピアグループ..... 4  
 ヒストグラム..... 22  
 非正規雇用..... 15  
 必要量..... 19  
 ヒト免疫不全ウイルス感染症  
 ..... 13  
 ひとり親..... 10

避難所.....	18
評価指標.....	26
評価指標値.....	26
病気回避行動.....	4
病気対処行動.....	4
標準化死亡比<SMR>.....	23
標準偏差.....	22
標準予防策.....	13
病的窃盗.....	12
病的賭博.....	12
病的放火.....	12
標本抽出.....	20
貧困.....	2

## ふ

ファシリテーション.....	6
不育.....	10
フォーマルサービス.....	5
フォローアップ.....	5, 6, 10
福祉行政報告例.....	23
福祉施設.....	1
物理的因子.....	15
不登校.....	14
不妊.....	10
不眠症.....	12
プライマリヘルスケア.....	1, 24
プリシード・プロシードモデル.....	6
プレゼンテーション.....	8
プロセス評価.....	8
文化.....	2
文献検索.....	23
文献検索方法.....	23
分散.....	22
粉じん.....	15
分析疫学.....	7, 20

## へ

平均.....	22
平均寿命.....	23
ヘルスビリーフモデル.....	4, 6
ヘルスプロモーション.....	1, 24
ヘルスリテラシー.....	4
変化ステージ理論.....	4

変化の3段階理論.....	4
---------------	---

## ほ

保育園.....	18
防災.....	17, 18
放射能.....	3
訪問看護制度.....	25
訪問拒否.....	5
暴力.....	14
保健医療福祉.....	24, 26
保健医療福祉行政.....	24
保健医療福祉計画.....	26
保健学習.....	15
保健管理.....	14
保健教育.....	14
保健師活動指針.....	1
保健師教育.....	19
保健師教育課程.....	19
保健師教育制度.....	19
保健師助産師看護師法.....	1
保健室.....	14
保健室経営計画.....	14
保健指導.....	10, 11, 15, 18
保健所.....	24
保健統計調査.....	23
母子保健医療福祉.....	10
母子保健対策.....	26
母集団.....	20
母性関連疾患.....	21
ポピュレーション.....	1
ポピュレーションアプローチ.....	2
ボランティア人材.....	8
ボランティア組織.....	8

## ま

マスコミ対策.....	17
マッチング.....	20
マネジメント.....	2
慢性疾患.....	10, 14
慢性腎臓病.....	11
マンパワー.....	8

## み

未熟児.....	10
----------	----

## む

無関心期.....	4
無作為化.....	20
無作為抽出.....	20

## め

面接.....	5
メンタルヘルス.....	2, 10, 15

## も

妄想性障害.....	12
モード.....	22
モニタリング.....	5, 7, 8, 18

## や

薬剤耐性.....	13
薬物乱用.....	14

## ゆ

有害事象.....	21
有効性の科学的根拠.....	21
有病率.....	20, 21
ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ.....	25

## よ

要介護高齢者.....	11
養護教諭.....	14
要支援高齢者.....	11
幼児期.....	14
要保護児童対策協議会.....	11
予算.....	8
予算管理.....	19
予算編成・確保.....	19
予防接種.....	10, 13
予防的アプローチ.....	6
予防的訪問.....	5
予防的保健行動.....	4

ら  
ライン..... 15

り  
罹患率..... 20, 21  
罹患率比..... 20  
離婚..... 22  
リスクアセスメント. 10, 15,  
17  
リスクコミュニケーション 17  
リスク比..... 20  
リスクマネジメント..... 17  
量反応関連..... 20  
臨床疫学..... 21

る  
累積罹患率..... 20  
累積罹患率比..... 20

れ  
レコードリンケージ..... 23  
レセプト情報..... 11, 23  
レビー小体型認知症..... 12

ろ  
老化 ..... 10  
労災制度..... 15  
労働 ..... 2  
労働安全衛生..... 15

労働安全衛生マネジメントシ  
ステム ..... 15  
労働衛生管理体制 ..... 15  
労働災害 ..... 15  
労働者災害補償保険法 ... 15  
労働における安全衛生教育 15  
労務管理 ..... 19

わ  
ワーク・ライフ・バランス10,  
16, 19  
割合 ..... 20, 22  
割付 ..... 20



# 保健師助産師看護師国家試験

---

## 公募問題作成マニュアル

厚生労働省医政局看護課

## 目次

Web 公募システムについて .....	1
保健師助産師看護師国家試験について .....	2
1. 目的 .....	2
2. 出題範囲 .....	2
3. 試験科目 .....	2
4. 出題区分と出題数 .....	3
5. 形式 .....	3
試験問題について .....	4
1. 多肢選択式問題 (Multiple choice Question : MCQ) の構造 .....	4
2. 問題形式 .....	5
3. 視覚素材 (写真) .....	6
4. 出題類型 (必修問題、一般問題、状況設定問題) .....	6
5. 評価領域分類 (Taxonomy) .....	7
試験問題作成のプロセス .....	10
1. 多肢選択式問題作成のプロセス .....	10
2. 必修・一般問題作成の留意事項 .....	11
3. 状況設定問題について (必修・一般問題作成の留意事項に準拠) .....	15
(参考) 根拠法令の関係条文 .....	16

## Web 公募システムについて

Web 公募システムは、多様な関係機関からの意見を踏まえた国家試験問題の作成を目指すという目的の下、試験問題又は視覚素材の登録を行うシステムである。

登録いただく試験問題は、学内試験で出題した既出問題でも公募用として新規に作成した問題でもよいが、将来国家試験問題として利用する可能性がある。

従って、以下の事項に同意の上、ご登録いただきたい。

### ① 著作権同意

登録された試験問題は、試験委員において必要に応じて加筆・修正の上、国家試験に使用される。登録（作成）された方に著作権は帰属しない。

### ② インフォームド・コンセント

顔写真などの視覚素材については、国家試験の出題に当たって目線を入れるなどプライバシーの侵害にならないように十分配慮する。

しかし、学会における症例報告などと同様に当該患者から「視覚素材等の医療情報を看護教育の向上のために使用する」ことについて十分な説明を行い、承諾を得ていただきたい。

### ③ 試験問題の守秘

提供していただいた公募問題等について言及することはお控えいただきたい。

## 保健師助産師看護師国家試験について

保健師国家試験、助産師国家試験及び看護師国家試験（以下、「保健師助産師看護師国家試験」という。）は、保健師助産師看護師法第 17 条に基づき、保健師助産師看護師学校養成所等において必要な教育内容を履修した者に対し、保健師、助産師又は看護師として必要な知識及び技能について、免許を与えるに相応しいか否かを評価する資格試験である。

### 1. 目的

保健師助産師看護師国家試験はそれぞれ保健師、助産師又は看護師として免許を与えるに相応しいか否かを評価するものである。

### 2. 出題範囲

保健師助産師看護師国家試験は、「保健師助産師看護師国家試験出題基準」に準拠する。

なお、出題基準は保健師助産師看護師国家試験の適切な出題範囲を具体的な項目によって示したものであり、保健師助産師看護師国家試験出題基準改定部会（旧称：保健師助産師看護師国家試験出題基準作成委員会）において作成・改定されている。

### 3. 試験科目

保健師国家試験の試験科目（保健師助産師看護師法施行規則 第二十条）

公衆衛生看護学  
疫学  
保健統計学  
保健医療福祉行政論

助産師国家試験の試験科目（保健師助産師看護師法施行規則 第二十一条）

基礎助産学  
助産診断・技術学  
地域母子保健  
助産管理

看護師国家試験の試験科目（保健師助産師看護師法施行規則 第二十二条）

人体の構造と機能  
疾病の成り立ちと回復の促進  
健康支援と社会保障制度  
基礎看護学  
成人看護学  
老年看護学  
小児看護学  
母性看護学  
精神看護学  
在宅看護論  
看護の統合と実践

#### 4. 出題区分と出題数

試験名	必修問題	一般問題	状況設定問題	総出題数
保健師国家試験	-	75	35	110
助産師国家試験	-	75	35	110
看護師国家試験	50	130	60	240

#### 5. 形式

##### 客観試験 (Objective test)

望み得る限り高い妥当性、信頼性及び客観性を保ち、多くの受験者を迅速に評価できるよう、出題時に正答が決定しており、採点者が異なっても同じ採点ができる客観試験を採用している。

##### 多肢選択式問題 (MCQ : Multiple-Choice Question)

一つの設問に対して、正・誤の答えからなる選択肢を示して、受験者に最も適切と考える「肢」の一つを選択させる多肢選択式問題を採用している。

## 試験問題について

### 1. 多肢選択式問題（Multiple choice Question : MCQ）の構造

- ・ 説明文
- ・ 設問文
- ・ 選択肢
- ・ 正答肢
- ・ 誤答肢

(例)

- 近代看護の基礎を築いたのは誰か。 ← 設問文
- 1. キュリー, M. ← 誤答肢
  - 2. アダムズ, J. ← 誤答肢
  - ③ ナイチンゲール, F. ← 正答肢
  - 4. アインシュタイン, A. ← 誤答肢
- ← 選択肢

(例)

- 胃全摘術を受けた患者が、2 週目ころから食後 30 分前後に眩暈、動悸、腹痛および嘔吐を訴えた。 ← 説明文
- 考えられるのはどれか。 ← 設問文
- 1. 食動空腸吻合部が伸展し、縫合不全が起こった。 ← 誤答肢
  - 2. 急激な吸収による高血糖にインスリンが反応した。 ← 誤答肢
  - 3. 癒着性イレウスが起こった。 ← 誤答肢
  - ④ 高張な食物が小腸に運ばれ、循環血液量が低下した。 ← 正答肢
- ← 選択肢

## 2. 問題形式

### (1) 設問文の形式

設問文の形式には、肯定形と否定形とがある。

#### ① 肯定形

設問文において、「正しいのはどれか」、「適切なのはどれか」などの肯定形を用いる場合

#### ② 否定形

設問文において、「誤っているのはどれか」、「適切でないのはどれか」などの否定形を用いる場合

### (2) 解答肢の形式

解答肢の形式には、A type、X2 type、計算問題における非選択形式があり、問題の内容に適した形式で出題する。

#### ① A type

単純択一形式 (One-Best-Response) の MCQ  
複数の選択肢から 1 つの正答肢を選ばせる形式

現行の保健師助産師看護師国家試験では、設問に対し 4 つの選択肢から 1 つの正答肢を選ばせる形式 (4 肢単純択一形式)、又は 5 つの選択肢から 1 つの正答肢を選ばせる形式 (5 肢単純択一形式) を採用している。

#### ② X type

多真偽形式 (Multiple-True-False) 定数型の MCQ  
5 つの選択肢から適切な複数の正答肢を選ばせる形式 (5 肢複択形式)

現行の保健師助産師看護師国家試験では、設問に対し 5 つの選択肢から、適切な 2 つの正答肢を選ばせる形式 (X2 type) を採用している。

#### ③ 非選択形式 (計算問題)

計算等によって求めた数値を 0~9 を示す選択肢で、直接解答する形式

直接、正答となる数値を解答する形式の方が、4 肢 A type 又は 5 肢 A type で

選択肢の中から正答肢を選択する形式より、確実な評価が可能である。

(例)

点滴静脈内注射 360ml を 3 時間で行う。

一般用輸液セット (20 滴/ml) を使用した場合の滴下数を求めよ。

解答 : ①②滴/分

① 0 1 2 3 ④ 5 6 7 8 9

② ① 1 2 3 4 5 6 7 8 9

### 3. 視覚素材 (写真)

視覚素材 (写真) の活用により、文章による設問では問うことができない解釈・判断を評価することができる。

視覚素材の原画は、色調や構図等について、対象が鮮明かつ問う部分が明瞭に把握できるものでなければならない。

なお、国家試験問題作成に供するために人物を撮影した視覚素材 (写真) を提供する場合、基本的に個人情報保護法には抵触せず、試験の秘密保持の観点から必ずしも被写体となった人物に事情を説明して了承を得る必要はない。しかし、学会等における症例報告等と同様に当該患者から「視覚素材等の医療情報を看護教育の向上のために使用する」ことについて十分な説明を行い、承諾を得ていただきたい。

登録する視覚素材については、当事者の人権に配慮し、個人が同定されることがないように、目や口など問題と関係しない部分はマスクング処理を加える。撮影場所や商品名が写りこんでいる場合も同様とする。

また、既存資料 (国家試験問題集、学校養成所で行った模擬試験等) の使用は厳に避けなければならない。臨地における視覚素材 (写真) の入手についても、秘密保持にご留意いただきたい。

### 4. 出題類型 (必修問題、一般問題、状況設定問題)

(1) 必修問題 (※Web 公募システムの登録においては、公募問題の種別を一般問題として登録する。)



看護の社会的側面や倫理的側面に関する基礎的知識、看護の対象者及び看護活動の場に関する基礎的知識、人体の構造と機能及び健康障害と回復についての基礎的知識、看護技術の基本は、看護師にとって特に重要な基本的事項であり、看護師国家試験の必修問題として専門基礎分野及び専門分野から出題する。問題形式は A type とする。

評価領域分類 (Taxonomy) は I 型 (想起) とする。

## (2) 一般問題

説明文がなく、設問文から始まる問題、又は説明文が付されており、その説明文が表す状況設定に対して一つの設問で問う問題である。

## (3) 状況設定問題

看護実践の場における思考・判断力とそれに基づく問題解決能力とを問う問題で、一つの状況設定に対して、関連した 2~3 の設問で問う。

評価領域分類 (Taxonomy) は II 型 (解釈) 又は III 型 (問題解決) とする。

## 5. 評価領域分類 (Taxonomy)

保健師助産師看護師国家試験では、評価領域分類 (Taxonomy) によって、解答に要する思考過程を分類している。イリノイ大学医学部教育開発センターが Bloom の教育目標別の評価領域分類 (Taxonomy) を参考に、認知領域を I 型 (単純想起型)、II 型 (解釈型)、III 型 (問題解決型) に分類したものを採用し、独自に I' 型 (推定型) を導入している。この評価領域分類 (Taxonomy) は、順をおってより高度な知的能力を要する分類となっている。

### (1) I 型 想起 (Recall) : 単純な知識の想起によって解答できる問題

個々の知識 (knowledge) を記憶するという最も低次の分類であり、知っている個々の知識 (knowledge) を思い起こす問題がこのレベルに含まれる。

必修問題で採用されることが望ましい。

(思考過程) 知識の想起のみで思考過程は含まれない。

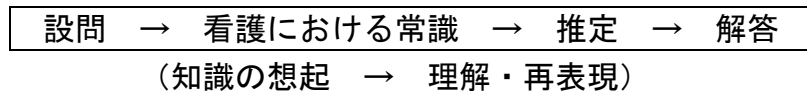
設問 → 想起 → 解答
--------------

## (2) I'型 推定

知識レベルの学習を前提とし、その知識の理解を問うが、解釈レベルの思考過程は含まれず、記憶した事実を再表現することで解答可能な問題である。具象（諸事象、具体的方法等）に関する基本的知識をもとに、それを言い換えること（再表現）で、受験生の理解を問うものである。基本的な知識によって解答することができ、判断や解釈レベルの思考過程は必要としない。

標準的な看護計画や看護師の望ましい行動など、看護師が具有すべき常識を問う問題が該当する。

（思考過程） 解釈レベルの思考過程ではない。

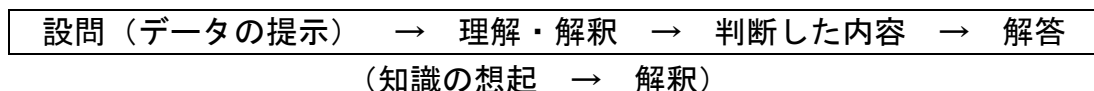


## (3) II型 解釈 (Interpretation) : 設問で与えられた情報を理解・解釈してその結果に基づいて解答する問題

単純に知識を想起するだけでなく、その知識の理由がわかるなど、解釈のレベルを含んでいることが特徴であり、設問で与えられた情報を解釈してその結果に基づいて解答するような問題が含まれる。文章・図表などのデータを他の形に変換する等、データの間接関係を指摘し、データを超えた部分の推理を行う思考過程が1回行われる。

具象（諸事象、具体的方法等）から抽象（診断・解決方針等）への思考のやり取りによって臨床判断をするような問題であり、状況設定問題で採用されることが望ましい。

（思考過程） 理解・解釈は1回のみ



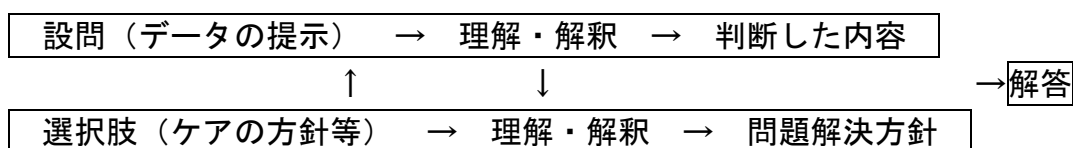
## (4) III型 問題解決 (Problem Solving) : 理解している知識を応用して具体的な問題解決を求める問題

理解している知識を応用したり、複数のデータを分析したり、その各要素を

意味のある全体にまとめあげるといった高次の知的行動を意味する。知識を用いて解釈した結果からさらに具体的な問題解決の方法を導くという意味で、2回以上の思考過程（解釈）を要する。設問文の情報を解釈（1回目の思考）するのみではなく、各選択肢の意味を解釈（2回目の思考）しないと解答できない問題をいう。

状況設定問題で採用されることが望ましい。

（思考過程）理解・解釈が2回必要

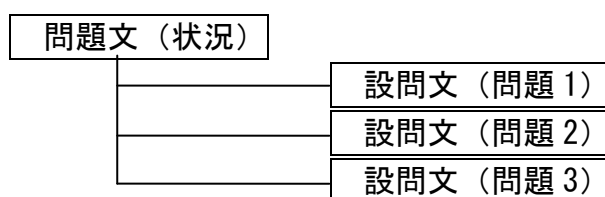


なお、評価領域分類Ⅱ型、Ⅲ型の出題を意図しても、誤答肢が魅力的でない、選択肢から逆に想起でき、Ⅰ型レベルの問題となることがある。前段階の思考が誤っていれば誤答肢に到達するよう、誤答肢の設定に十分留意する。

#### (5) 状況設定問題の評価領域分類 (Taxonomy) の考え方

状況設定問題では、1状況につき複数の問題が設定されている。

従って、評価領域分類 (Taxonomy) を判断するときは、状況+問題 1、状況+問題 2、状況+問題 3 で独立して行う。なお、前の問いが答えられないと次の問いが答えられないようでは受験生に不利益をもたらすため、良い問題とはいえない。



## 試験問題作成のプロセス

### 1. 多肢選択式問題作成のプロセス

#### ① 出題範囲を決定する。

保健師助産師看護師国家試験出題基準の大項目に基づいて、出題範囲を決定する。

#### ② 問題の主題を決定する。

保健師助産師看護師国家試験出題基準の中項目に基づいて、問題の主題を決定する。主題となる内容について定めるものであり、必ずしも一つの項目に限定する必要はなく、複数の項目にまたがって出題することが可能である。問題の主題を決定するには「受験者は…～について…できる」と表現するとわかりやすい。

(例) 障害部位から適切な援助が判断できる。

#### ③ 主題をさらに細分化する。

保健師助産師看護師国家試験出題基準の中項目又は小項目のレベルで問題のテーマを検討し、可能な限り具体的なテーマを決定する。

対象、対象の発達段階及び健康のレベルについて定める。

- ・ 対象：個人、母子、家族、集団、事業所、学校、地域、該当せず
- ・ 発達段階：胎児期、新生児期、乳幼児期、学童期、青年前期（思春期）、青年後期、壮年期、老年期、更年期、妊娠期、分娩期、産褥期、該当せず
- ・ 健康のレベル：健康期、健康危機期（ハイリスク状態）、急性期、慢性期、回復期、ターミナル期、該当せず

(例) 個人、老年期、慢性期の患者について

#### ④ 評価領域分類（Taxonomy）及び看護過程の段階を定める。

- ・ 評価領域分類（Taxonomy）：Ⅰ型（単純想起）、Ⅰ´型（推定）、Ⅱ型（解釈）、Ⅲ型（問題解決）
- ・ 看護過程の段階：アセスメント、判断（看護診断）、計画、実施・介入、評価、該当せず

- ⑤ 問題形式を選択する。  
A type (4肢あるいは5肢)、X2 type 又は非選択形式 (計算問題)
- ⑥ 問題を作成する。  
問題の作成に当たっては、「公募問題作成マニュアル」の留意事項を参考に  
にする。
- ⑦ 作成した問題を Web 公募システムに登録する。  
「Web 公募システムの利用方法」に従い、作成した問題を Web 公募シス  
テムに登録する。  
作成した問題の他、専門領域 (保健師、助産師、看護師)、国家試験出題  
基準の分類、タクソノミー (評価領域分類: Taxonomy)、予想正解率及びエ  
ビデンス (出典) を入力する。

## 2. 必修・一般問題作成の留意事項

### (1) 題材の選択 (試験問題の内容妥当性)

国家試験の妥当性は、保健師助産師看護師国家試験出題基準に基づき、適  
切な難易度の問題を出題することによって確保される。

妥当性を確保するための留意点を以下に示す。

### ① 保健師助産師看護師国家試験出題基準に準拠した作成

「平成 26 年版 保健師助産師看護師国家試験出題基準」に準拠する。

### ② 出題内容

(資格試験として適切であること)

- ・ 保健師、助産師及び看護師に必要な知識及び技能を問う。従って、看護  
に関連性の低い医学及び関連する領域の知識や一般常識を問うもので  
あってはならない。また、保健師、助産師及び看護師国家試験の出題内  
容が混同しないよう各職種の専門的事項について出題する。

(卒業時の到達可能なレベルを問うこと)

- ・ 基礎教育が修了した時点で備えているべき基本的な事項について問う。
- ・ 国家試験では、看護ケアの安全性と有効性を確保するため、新人保健師、  
助産師及び看護師の実践に必要な基本的知識及び技能を問う。

- ・ 実習を通して習得する能力を評価できる問題が望ましい。
- ・ 看護実践で必要な状況判断を問うような総合的な能力を評価できる問題が望ましい。

(今日の臨地の実状に合った内容を問うこと)

- ・ 問われる知識や技能、問いの状況設定が、今日の保健・医療の現場に即していること。
- ・ 統計・推移を問う際には、主眼を明確にし、客観的な数字を根拠とする。図、表及びグラフを用いる場合は、調査年、出典（調査機関、調査名）を明らかにする。

(標準的な教育内容を問うこと)

- ・ あまり一般的ではない理論や言説及び特定の価値観に偏らないような問題作成が重要である。専門基礎教育の中で広く周知されている理論や言説に基づいた問題を作成する。
- ・ 普遍的でないものについては出題を避ける。研究者や教科書等によって、見解が分かれている現象、概念および理論等を用いないようにする。
- ・ 全ての保健師助産師看護師学校養成所で教育されている標準的な教育内容から出題する。
- ・ 専門的すぎること及びあまりに些細なことに関する出題は適当でない。
- ・ 日常の看護においてよくみられる疾患や事例に関する出題が望ましい。

## (2) 難易度

保健師、助産師及び看護師としての第一歩を踏み出すのに必要十分な知識及び技能を備えている受験者が合格するようなレベルが望ましい。

全員が正解する、あるいは、全員が誤答する問題は限られた試験問題数で評価を行うという観点から好ましくない。

## (3) 形式

問題の内容に適した出題形式を選択する。

- ・ 組合せを問う問題は A type のみとする。  
× (例) ○○と○○の組合せで正しいのはどれか。2つ選べ。
- ・ 否定形の問題は A type のみとし、X2 type では否定型を用いない。
- ・ 否定形の問題はできる限り避ける。特に二重否定とならないように注意する。

× (例) 骨粗鬆症の特徴で適切でないのはどれか。

1. 罹患率に男女差はない。

#### (4) 表現・用語

(適切な表現について)

- ・ 簡潔な文章で、必要十分な情報を提示する。
- ・ 明瞭な表現で全ての受験者に同じように解釈される用語を用いる。
- ・ 紛らわしい表現や曖昧な表現は避ける。
- ・ 不用意なヒントを含まない。
- ・ 不適切な表現、差別的表現は避ける。
- ・ 漢字は原則として常用漢字を使用し、仮名遣いは現代仮名遣いを用いる。
- ・ 誤字、脱字がないよう注意する。

(専門用語等の用い方について)

- ・ 専門用語等は原則として保健師助産師看護師国家試験出題基準に準ずる。記載のないものについては、標準的な教科書等の記載を参照する。
- ・ 年齢別呼称は原則として次のとおりとする。  
生後4週未満：新生児、生後4週～1歳未満：乳児、  
1～12歳：男児/女児、13～18歳：男子/女子、19歳以上：男性/女性  
ただし、新生児、乳児において、特に性別が必要な場合は、男児又は女児とする。
- ・ 分数の記載は(分子) / (分母) とする。(例) 1/10
- ・ 調査名、法律名は省略せず、正式名称で正確に明記する。  
(例) ○保健師助産師看護師法  
× 保助看法

(視覚素材について)

- ・ 視覚素材の原画は、色調や構図等について、対象が鮮明かつ問う部分が明瞭に把握できるものでなければならない。

#### (5) 設問文

- ・ 正解肢を選択させることから、設問文の末尾は「～はどれか。」に統一する。
- ・ 設問文において複数の都道府県名や市町村名、対象者名を区別するため

に名前を付けるときは「A」から始める。ただし、乱用は混乱を招くため望ましくない。

- ・ 主観的な表現を設問文に含まない。  
（例）○対応で最も適切なのはどれか。  
×対応で最も適切と思われるのはどれか。

## (6) 選択肢

（形式について）

- ・ 選択肢は4肢又は5肢とする。
- ・ 過去形にしない。
- ・ なるべく「、」を用いない。選択肢で新たな条件を提示しない。選択肢は全て設問文で示された同一状況における答えであること。
- ・ 1つの選択肢に2つ以上の内容を含まない。
- ・ 設問文が否定形の場合は、二重否定を避けるため、選択肢を否定形にしない。

（同質のものにする。）

- ・ 選択肢は同質のものにする。全く異質な選択肢を入れると、誤答肢であることが容易に見分けられてしまい、選択肢の数を実質的に少なくしてしまう。選択肢は全て対等の重みを持ち、同じカテゴリーの事象とする。
- ・ 組み合わせは左右の関係を統一する。
- ・ 語尾はなるべく揃える。

（正答肢/誤答肢について）

- ・ A type については、正答肢以外の選択肢が必ずしも間違いでなくても、この状況であればこれが最も適しているといった相対的に正しい選択肢を回答させる問題（One-Best）を出題してもよい。ただし、学説や根拠が明確であること。
- ・ X2 type については、正答肢以外の選択肢が必ず否定できる肢にしなければならない。
- ・ 1つの肢を否定すれば、他の肢も否定できるような同じ内容の肢は含まない。特に X2 type では注意する。二律背反の関係にある選択肢のペアを含まない。1つの肢がわかると他の肢が魅惑肢としての役割を果たさない。特に X2 type では注意する。



(7) 正解

正解は必ず一通りに決まること（A type は1つ、X2 type は2つ）。学説あるいは解釈によって異なった解答となる可能性がないか、複数の文献を用いて、エビデンスを十分に確認する。

(8) 出典

問題は確かなエビデンスに裏付けられていることが必要である。

作成した問題については、正答肢・誤答肢のエビデンスを必ず明記するとともに、エビデンスを提示する複数の文献を提示する。文献については、著者名（出版年）、著書名、出版社名、該当ページを明記する。

ただし、出典となる文献の文章をそのまま試験問題に引用することは避ける。

3. 状況設定問題について（必修・一般問題作成の留意事項に準拠）

- ・ 状況設定の主題は1つとする。複数の主題を盛り込むと、状況設定が複雑になる。主題の選定は、保健師助産師看護師国家試験出題基準を参照する。
- ・ 各設問に追加した状況がある場合は、全体の流れを十分に踏まえる。
- ・ 設問はそれぞれ独立したものとする。1つの設問を答えるのに、その前の設問の正解に依存しないようにする。
- ・ 状況設定がなくても答えられるような一般的、抽象的な知識を問う設問は避ける。
- ・ 状況設定は必要最低限の内容とする。
- ・ 看護判断を行う根拠や関連因子となる情報が問題文に盛り込まれ、問題解決が導けること。対象の年齢、性別、健康上の問題（現病歴の診断、治療法、フィジカルアセスメントによって得られる身体所見、主観的データ、検査所見）、心理・社会的要因など、解答に必要な情報を明確に示す。既往歴や過去の健康上の問題に関する情報が必要な場合には、時系列が明確になるよう簡潔に記載する。解答に直接関係しない情報は省くが、状況説明が不十分なために正解が選べないようなことがあってはならない。
- ・ 時系列について「いつ」を示すのかを明確にする。特に、「前日」「本日」「翌日」がいつを示すのか注意する。
- ・ 評価領域分類（Taxonomy）はⅡ型（解釈）又はⅢ型（問題解決）とする。

(参考) 根拠法令の関係条文

保健師助産師看護師法（昭和二十三年七月三十日法律第二百三号）抄

[保健師・助産師・看護師の免許]

第七条 保健師になろうとする者は、保健師国家試験及び看護師国家試験に合格し、厚生労働大臣の免許を受けなければならない。

2 助産師になろうとする者は、助産師国家試験及び看護師国家試験に合格し、厚生労働大臣の免許を受けなければならない。

3 看護師になろうとする者は、看護師国家試験に合格し、厚生労働大臣の免許を受けなければならない。

[試験の内容]

第十七条 保健師国家試験、助産師国家試験、看護師国家試験又は准看護師試験は、それぞれ保健師、助産師、看護師又は准看護師として必要な知識及び技能について、これを行う。

[保健師国家試験の受験資格]

第十九条 保健師国家試験は、次の各号のいずれかに該当する者でなければ、これを受けることができない。

- 一 文部科学省令・厚生労働省令で定める基準に適合するものとして、文部科学大臣の指定した学校において一年以上保健師になるのに必要な学科を修めた者
- 二 文部科学省令・厚生労働省令で定める基準に適合するものとして、厚生労働大臣の指定した保健師養成所を卒業した者
- 三 外国の第二条に規定する業務に関する学校若しくは養成所を卒業し、又は外国において保健師免許に相当する免許を受けた者で、厚生労働大臣が前二号に掲げる者と同等以上の知識及び技能を有すると認めたもの

[助産師国家試験の受験資格]

第二十条 助産師国家試験は、次の各号のいずれかに該当する者でなければ、これを受けることができない。

- 一 文部科学省令・厚生労働省令で定める基準に適合するものとして、文部科学大臣の指定した学校において一年以上助産に関する学科を修めた者
- 二 文部科学省令・厚生労働省令で定める基準に適合するものとして、厚生労働大臣の指定した助産師養成所を卒業した者

- 三 外国の第三条に規定する業務に関する学校若しくは養成所を卒業し、又は外国において助産師免許に相当する免許を受けた者で、厚生労働大臣が前二号に掲げる者と同等以上の知識及び技能を有すると認めたもの

[看護師国家試験の受験資格]

第二十一条 看護師国家試験は、次の各号のいずれかに該当する者でなければ、これを受けることができない。

- 一 文部科学省令・厚生労働省令で定める基準に適合するものとして、文部科学大臣の指定した学校教育法（昭和二十二年法律第二十六号）に基づく大学（短期大学を除く。第四号において同じ。）において看護師になるのに必要な学科を修めて卒業した者
- 二 文部科学省令・厚生労働省令で定める基準に適合するものとして、文部科学大臣の指定した学校において三年以上看護師になるのに必要な学科を修めた者
- 三 文部科学省令・厚生労働省令で定める基準に適合するものとして、厚生労働大臣の指定した看護師養成所を卒業した者
- 四 免許を得た後三年以上業務に従事している准看護師又は学校教育法に基づく高等学校若しくは中等教育学校を卒業している准看護師で前三号に規定する大学、学校又は養成所において二年以上修業したもの
- 五 外国の第五条に規定する業務に関する学校若しくは養成所を卒業し、又は外国において看護師免許に相当する免許を受けた者で、厚生労働大臣が第一号から第三号までに掲げる者と同等以上の知識及び技能を有すると認めたもの

看護教育の内容と方法に関する検討会 第一次報告

平成22年11月10日

厚生労働省

## <目次>

はじめに	1
I. 保健師教育の内容と方法について	1
1. 保健師教育の現状と課題	1
2. 保健師に求められる役割と機能、実践能力を踏まえた卒業時の到達目標	2
1) 保健師に求められる役割と機能	2
2) 保健師に求められる実践能力	2
3) 卒業時の到達目標と到達度	3
3. 保健師助産師看護師学校養成所指定規則の一部改正案	6
1) 「地域看護学」から「公衆衛生看護学」への変更	6
2) その他の改正点	6
4. 看護師等養成所の運営に関する指導要領の一部改正案	7
1) 教育の基本的な考え方	7
2) 留意点	7
II. 助産師教育の内容と方法について	7
1. 助産師教育の現状と課題	7
2. 助産師に求められる役割と機能、実践能力を踏まえた卒業時の到達目標	8
1) 助産師に求められる役割と機能	8
2) 助産師に求められる実践能力	9
3) 卒業時の到達目標と到達度	9
3. 保健師助産師看護師学校養成所指定規則の一部改正案	12
4. 看護師等養成所の運営に関する指導要領の一部改正案	12
III. 今後の課題等について	12

# 看護教育の内容と方法に関する検討会 第一次報告

## はじめに

- 看護基礎教育については、平成21年の「看護の質の向上と確保に関する検討会」の中間とりまとめにおいて、免許取得前の基礎教育段階で学ぶべきことは何かという点を整理しながら、現在の教育年限を必ずしも前提とせずに、すべての看護師養成機関について教育内容、教育方法などの見直し・充実を図るべきであると提言されたところである。
- また、第171回国会において保健師助産師看護師法等の一部改正法が成立し、保健師及び助産師の国家試験受験資格が6か月以上から1年以上に延長となり、保健師・助産師教育のあり方についても見直しが求められるようになった。
- このような状況の下に、本検討会は、看護基礎教育で学ぶべき教育内容と方法について、また、保健師教育、助産師教育について具体的な検討を行うこととした。
- 具体的な検討を行うに当たって、本検討会の下に保健師、助産師、看護師教育課程ごとにワーキンググループを設置することとし、各ワーキンググループにおいては免許取得前に学ぶべき教育内容の充実の方策について検討を行うこととした。
- 今般、本検討会に、保健師教育ワーキンググループ及び助産師教育ワーキンググループから、保健師教育の内容と方法及び助産師教育の内容と方法について報告がなされ、本検討会としての検討を行った結果を第一次報告として取りまとめた。

## I. 保健師教育の内容と方法について

### 1. 保健師教育の現状と課題

- 近年、行政の保健部門については、県と市町村の規模や考え方によって、体制や地区組織活動、保健事業の在り方が多様化してきている。また、国民のニーズは、生活習慣病や介護予防、虐待や自殺、DVへの対応、さらに感染症や災害に対する対策など広範囲に及び、複雑化してきている。このような状況に対応できる保健師教育が課題となっている。
- 保健師は高度な実践能力を求められているのに対し、現状の保健師教育においては卒業時に必要な最低限の到達レベルに達しないことも多く、実際に求められている能力と新卒保健師の能力の乖離が大きくなってきている。
- 具体的には、個人と家族への支援を通し、地域をその背景として捉えることはできるが、集団や地域を支援の対象として捉えることができないことや、個人・家族・集団・組織・地域を連動させて捉えることができない状況がある。また、疫学や統計学を学んでも、施策化や支援計画づくりなど、実際の活動に結び付けて活用することができないことも指摘されている。実際の活動に結び付けて知識を統合する力を得るために

は、教育内容を横断的、統合的に学ぶような学習が必要である。また、産業保健分野においては保健師へのニーズと期待が高まっているため、産業保健についての教育内容の充実も求められている。

- 実習に関しては、保健師の養成機関の急増により実習施設の不足が生じており、特に保健所及び市町村の実習においては十分な実習時間数を確保しにくく、実践の場で求められる能力を育成するために必要な実習を行うことが難しくなっている。
- 臨地実習については、1か所当たりの学生の受入れ人数が少ないことによる実習施設数の増加と、実習施設における保健師の少なさから、教員や保健師が学生の指導に十分な時間をかけられない状況にある。
- 保健師活動は多様であるため、学生が臨地実習において学んだことを統合し、意味付けるためには、教育方法を改善し実習前後の講義・演習を強化する必要がある。

## 2. 保健師に求められる役割と機能、実践能力を踏まえた卒業時の到達目標

最初に、これからの保健師にはどのような役割や機能が求められるのかを明らかにし、次に、そうした役割、機能を発揮するための能力を設定した。続いて、保健師免許取得前の基礎教育における到達目標及び到達度を設定し、能力の獲得を評価できるようにした。

### 1) 保健師に求められる役割と機能

- 地域の健康課題が複雑化・多様化している中、保健師には地域に潜在している問題を顕在化させ、その問題に対応する保健師活動を行い、健康問題を解決・改善する役割が一層求められている。
- 病院の地域連携部門や健診部門などで、他職種と連携しながら横断的かつ継続的に、個人や家族及び集団と組織を支援することが保健師に期待されている。
- また、近年、自殺や虐待、新しい感染症などの健康危機へ迅速に対応することが必要になっている。健康危機の発生時に対応するほか、地域の力を向上させ、平時より広域的な健康危機管理体制を整え、さらに回復期にも継続して対応することも強く求められている。
- 保健師は、既存の社会資源や施策が地域の人々の健康水準を向上させるために有効なものであるかをアセスメントしつつ、新たな社会資源の開発や、システム化・施策化を進める役割を担っている。
- 保健師は、常に社会情勢を踏まえて適確に健康問題を捉え、保健医療福祉分野の研究成果を活用しながら専門家として問題を解決・改善していく。そのため、自ら継続的に研究し能力を開発していく専門職としての自律性が期待される。

### 2) 保健師に求められる実践能力

保健師の役割と機能を踏まえ、保健師に求められる実践能力として、以下の5つの

能力を設定した。

- I. 地域の健康課題の明確化と計画・立案する能力
- II. 地域の健康増進能力を高める個人・家族・集団・組織への継続的支援と協働・組織活動及び評価する能力
- III. 地域の健康危機管理能力
- IV. 地域の健康水準を高める社会資源開発・システム化・施策化する能力
- V. 専門的自律と継続的な質の向上能力

### 3) 卒業時の到達目標と到達度

「保健師の役割と機能」と「保健師に求められる実践能力」を踏まえ、平成20年9月に示された「保健師教育の技術項目の卒業時の到達度」（平成20年9月19日付け医政看発第0919001号厚生労働省医政局看護課長通知）を基に検討し、卒業時の到達目標と到達度を設定した（表1）。

以下では、表1に沿って上記の「保健師教育の技術項目の卒業時の到達度」から変更した部分について述べる。

#### (1) 到達度の考え方

表1に示した到達度は卒業時の到達度であり、学生は指導を受けながら実施することが前提であるため、到達度のレベルIを、「少しの助言で自立して実施できる」とした。なお、保健師の活動の特性から、到達度は「個人／家族」、「集団／地域」に分けて設定した。

#### (2) 大項目別の到達目標と到達度

##### ①大項目「1. 地域の健康課題を明らかにし、解決・改善策を計画・立案する」

○中項目「A. 地域の人々の生活と健康を多角的・継続的にアセスメントする」において、地域の健康課題を明確化する能力を強化するために、小項目に「4. 対象者及び対象者の属する集団を全体として捉え、アセスメントする」、「7. 収集した情報をアセスメントし、地域特性を見いだす」を追加し、それぞれの到達度を個人/家族と集団/地域ともにレベルIとした。小項目「5. 健康問題を持つ当事者の視点を踏まえてアセスメントする」における、当事者の視点を踏まえたアセスメントは、対象の区別無くアセスメントの基本であるため、集団/地域の到達度をレベルIとした。

○中項目「B. 地域の顕在的、潜在的健康課題を見いだす」は、学生が顕在的、潜在的健康課題を見出し、実際に支援できるようになることが必要であり、小項目ごとの到達度レベルを上げた。

○中項目「C. 地域の健康課題に対する支援を計画・立案する」の到達度については、卒業時には個人／家族のみならず集団／地域を対象とした場合にも実施できる力を



つけるべきであると考え、集団／地域の到達度をレベルⅠに変更した。

## ②大項目「2. 地域の人々と協働して、健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高める」

○卒業時には地域において一連のPDCAサイクルを実施できるレベルに到達することが必要であるため、集団／地域を対象にした場合の到達度は概ねレベルを上げた。

○しかしながら、小項目「20. 地域の人々の持つ力を引き出すよう支援する」については、学生が自立して地域全体の健康増進能力を引き出すところまで実施することは難しいため、到達度を集団/地域ではレベルⅠからⅡとした。また、小項目「24. 地域組織・当事者グループ等を育成する支援を行う」についても、グループや集団の育成の難しさから、到達度を集団/地域ではレベルⅡからⅢとし、演習で強化することとした。

## ③大項目「3. 地域の健康危機管理を行う」

○この大項目は、感染症・虐待・DV・自殺・災害等への対応について社会的なニーズが高まっているため、保健師の実践能力である「地域の健康危機管理」を踏まえ、新たに追加した大項目である。

○地域の健康危機管理において、保健師には発生時だけではなく平常時の予防や、アフターフォローも求められているため、中項目は「G. 健康危機管理の体制を整え予防策を講じる」、「H. 健康危機の発生時に対応する」、「I. 健康危機発生後からの回復期に対応する」とした。

○中項目「G. 健康危機管理の体制を整え予防策を講じる」における小項目は、「保健師教育の技術項目の卒業時の到達度」における危機管理に関する項目27、28、56を当てた。また、健康危機管理へ住民が参加する必要があることから、小項目「41. 健康危機についての予防教育活動を行う」を追加し、到達度を個人/家族と集団/地域ともにレベルⅡとした。また演習等で実践的な知識を得ることとして、各小項目の到達レベルを概ね引き上げた。

○中項目「H. 健康危機の発生時に対応する」については、健康危機（感染症・虐待・DV・自殺・災害等）の予防の必要性が増しており、発生時における体制はPDCAサイクルを踏まえた要素が必要なことから、小項目「43. 健康危機情報を迅速に把握する体制を整える」、「44. 関係者・機関との連絡調整を行い、役割を明確化する」、「45. 医療提供システムを効果的に活用する」、「46. 健康危機の原因究明を行い、解決・改善策を講じる」、「47. 健康被害の拡大を防止する」とした。到達度については、演習等の方法で実践的に学ぶことが可能な小項目はレベルⅢとした。

○中項目「I. 健康危機発生後からの回復期に対応する」においては、健康危機発生後の継続した支援の重要性から、小項目「48. 健康回復に向けた支援(PTSD対応・生活環境の復興等)を行う」、「49. 健康危機への対応と管理体制を評価し、再構築する」

とし、到達度は小項目 48、49 とともに、個人/家族、集団/地域のいずれもレベルⅣとした。

#### ④大項目「4. 地域の人々の健康を保障するために、生活と健康に関する社会資源の公平な利用と分配を促進する」

○この大項目における到達度については、集団/地域を対象とした保健師の活動が個人/家族に資することになると考え、個人/家族と集団/地域を併せて設定した。

○社会資源開発、施策化、社会資源の管理・活用のほか、保健師には対象を取り囲む全体の包括的なケアシステムを構築することが求められることから、中項目に「K. システム化する」を追加し、小項目に「54. 健康課題の解決のためにシステム化の必要性をアセスメントする」、「55. 関係機関や地域の人々との協働によるシステム化の方法を見いだす」、「56. 仕組みが包括的に機能しているか評価する」を追加した。

到達度については小項目 54 はレベルⅠとし、小項目 55、56 は、住民との協働やシステムが包括的に機能しているかを評価するには長期的に取り組む必要があり、実習ではなく演習で強化しておくべきであることからレベルⅢとした。

また、小項目「57. 組織（行政・事業所・学校等）の基本方針・基本計画との整合性を図りながら施策を理解する」、「58. 施策の根拠となる法や条例等を理解する」については、学生が施策化を実施しながら学ぶことは困難であるため、演習等で実践的に学び、理解を深める必要があると考え、到達度をレベルⅢとした。

○中項目「L. 施策化する」、「M. 社会資源を管理・活用する」については、地域の健康水準を高めるための社会資源について、保健師が実際に提言し施策に携わっていく必要性が増していることから、基本的知識や展開方法を実践につなげる教育が必要であると考え、小項目ごとの到達度を概ね上げた。

#### ⑤大項目「5. 保健・医療・福祉及び社会に関する最新の知識・技術を主体的・継続的に学び、実践の質を向上させる」

○この大項目は、保健師の実践能力である「専門的自律と継続的な質の向上能力」を踏まえ、新たに設定した。「専門的自律と継続的な質の向上能力」は、他の専門職にも求められることであるが、保健師は公衆衛生看護を基盤としており、特に社会情勢を踏まえて活動を展開する。そのため、保健師教育の到達目標として明示することとした。

○中項目「N. 研究の成果を活用する」については、保健師は変化していく社会情勢や地域の健康課題を踏まえた活動が求められることから、小項目「68. 研究成果を実践に活用し、健康課題の解決・改善の方法を生み出す」、「69. 社会情勢と地域の健康課題に応じた保健師活動の研究・開発を行う」を追加した。小項目 68、69 の到達度は、個人/家族及び集団/地域を合わせてレベルⅢとした。

○中項目「O. 継続的に学ぶ」は、保健師の専門性から、質を向上していく必要性があ

り、責任が求められることから、小項目「70. 社会情勢・知識・技術を主体的、継続的に学ぶ」を追加し、到達度はレベルⅠとした。

○同様に、中項目「P. 保健師としての責任を果たす」は、小項目を「71. 保健師としての責任を果たしていくための自己の課題を見いだす」とし、到達度は、レベルⅣとした。

### 3. 保健師助産師看護師学校養成所指定規則の一部改正案

保健師教育の現状と、卒業時の到達目標を踏まえ、保健師助産師看護師学校養成所指定規則（昭和26年文部省・厚生省令第1号。以下「指定規則」という。）別表1（第2条関係）の改正案を作成した（表2）。その概要は、以下の通りである。

#### 1) 「地域看護学」から「公衆衛生看護学」への変更

○在宅療養者等への看護実践が発展してきたことに伴い、地域において行政だけではなく様々な場での保健師の役割が期待された結果、平成8年の指定規則の一部改正において、市町村及び保健所を中心とした保健予防活動に焦点を置いた公衆衛生看護と在宅療養者に焦点を当てた継続看護を含めて「公衆衛生看護学」から「地域看護学」へと変更された。

○また、平成19年の指定規則の一部改正においては、在宅療養者に焦点を当てた継続看護は既に看護師基礎教育における「在宅看護論」で十分に教授されているとして、「地域看護学」は、地域及び学校保健、産業保健を含んだ公衆衛生看護活動に焦点を当てることとされた。

○今回の検討では、前回の改正の意図を踏まえ、社会的なニーズが高まっている健康危機管理の強化及び地域全体の健康状態の改善・向上を強化し、保健師の役割と専門性をより明確化するため、教育内容は「公衆衛生看護学」とした。なお、「公衆衛生看護学」には、行政保健、産業保健、学校保健の領域が含まれる。

#### 2) その他の改正点

○「地域看護学」を「公衆衛生看護学」と変更したことに伴い、「地域看護学概論」は「公衆衛生看護学概論」、「地域看護活動展開論」は「公衆衛生看護活動展開論」、「地域看護管理論」は「公衆衛生看護管理論」とする。

○「地域看護学実習」は「公衆衛生看護学実習」とし、また、「地域看護活動展開論実習」は「公衆衛生看護活動展開論実習」、「地域看護管理論実習」は「公衆衛生看護管理論実習」とする。

○「個人・家族・集団の生活支援」は、産業保健や学校保健に対応して、“組織”を加え「個人・家族・集団・組織の支援」とする。

○「保健福祉行政論」は、医療行政と福祉行政の相互の連携における保健師の役割の重

要性を踏まえ、「保健医療福祉行政論」とする。

○地域における顕在化、潜在化した健康課題を明確化し、地域の人々と協働して健康増進能力を高める能力や、健康課題を解決・改善するためにシステム化・施策化していく能力、健康危機に対応する能力、産業保健分野における能力を強化するため、演習を充実することから、「個人・家族・集団・組織の支援」「公衆衛生看護活動展開論」「公衆衛生看護管理論」を合わせて4単位増加させる。

○公衆衛生看護学実習の単位は、保健師に求められる役割を踏まえて作成した到達目標を達成させるため、「公衆衛生看護活動展開論実習」と「公衆衛生看護管理論実習」を合わせて1単位増加させる。

○臨地実習のうち、個人・家族・集団・組織の支援実習においては、それぞれの対象に応じた継続指導を含むこととし、方法を限定しない表現とした。

#### 4. 看護師等養成所の運営に関する指導要領の一部改正案

指定規則の改正案に基づき、看護師等養成所の運営に関する指導要領（平成13年1月5日付け健政発第5号厚生省健康政策局長通知。以下「指導要領」という。）の別表1 保健師教育の基本的考え方及び教育上の留意点等について、保健師の役割・機能、実践能力、到達目標及び到達度の検討結果を踏まえて、改正案を作成した（表3）。

なお、留意点は、今回の改正において留意すべき内容要素や指導方法を示すものであることから、これまでの留意点は、周知の状況等を勘案し適宜削除した。以下では、特記すべき改正内容について述べる。

##### 1) 教育の基本的な考え方

保健師活動の対象者、活動範囲、領域を明確にするために、現行の看護師等養成所の運営に関する指導要領の「別表1 保健師教育の基本的な考え方、留意点等」にある「地域」という用語については次のように考えることとする。

○地域とは、個人・家族・集団・組織を含むコミュニティ（共同体）をいう。

##### 2) 留意点

###### (1) 臨地実習

公衆衛生看護学実習は保健師活動の全体像を捉えることができるように保健所・市町村を含み、学校、事業所、医療・福祉施設、地域包括支援センター等、保健師が役割を担っている多様な場で実習を行うこととする。

## II. 助産師教育の内容と方法について

### 1. 助産師教育の現状と課題

○産科施設の集約化により、実習施設が減少している。また、実習指導者を配置できる病院は比較的規模が大きいいため、このような病院にはハイリスク妊産婦が集まり、正

# 保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度（案）

表1

■「個人／家族」：個人や家族を対象とした卒業時の到達度

「集団／地域」：集団(自治会の住民、要介護高齢者集団、管理的集団、小学校のクラス等)や地域(自治体、事業所、学校等)の人々を対象とした卒業時の到達度

■卒業時の到達度レベル

I：少しの助言で自立して実施できる

II：指導のもとで実施できる(指導保健師や教員の指導のもとで実施できる)

III：学内演習で実施できる(事例等を用いて模擬的に計画を立てたり実施できる)

IV：知識としてわかる

実践能力	卒業時の到達目標			到達度	
	大項目	中項目	小項目	個人／家族	集団／地域
I. 地域の健康課題の明確化と計画・立案する能力	1. 地域の健康課題を明らかにし、解決・改善策を計画・立案する	A. 地域の人々の生活と健康を多角的・継続的にアセスメントする	1 身体的・精神的・社会文化的側面から客観的・主観的情報を収集し、アセスメントする	I	I
			2 社会資源について情報収集し、アセスメントする	I	I
			3 自然及び生活環境(気候・公害等)について情報を収集しアセスメントする	I	I
			4 対象者及び対象者の属する集団を全体として捉え、アセスメントする	I	I
			5 健康問題を持つ当事者の視点を踏まえてアセスメントする	I	I
			6 系統的・経時的に情報を収集し、継続してアセスメントする	I	I
			7 収集した情報をアセスメントし、地域特性を見いだす	I	I
		B. 地域の顕在的、潜在的な健康課題を見いだす	8 顕在化している健康課題を明確化する	I	I
			9 健康課題を持ちながらそれを認識していない・表出しない・表出できない人々を見いだす	I	II
			10 潜在化している健康課題を見出し、今後起こり得る健康課題を予測する	I	II
			11 地域の人々の持つ力(健康課題に気づき、解決・改善、健康増進する能力)を見いだす	I	I
		C. 地域の健康課題に対する支援を計画・立案する	12 健康課題について優先順位を付ける	I	I
			13 健康課題に対する解決・改善に向けた目的・目標を設定する	I	I
			14 地域の人々に適した支援方法を選択する	I	I
			15 目標達成の手順を明確にし、実施計画を立案する	I	I
			16 評価の項目・方法・時期を設定する	I	I
II. 地域の健康増進能力を高める個人・家族・集団・組織への継続的支援と協働・組織活動及び評価する能力	2. 地域の人々と協働して、健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高める	D. 活動を展開する	17 地域の人々の生命・健康、人間としての尊厳と権利を守る	I	I
			18 地域の人々の生活と文化に配慮した活動を行う	I	I
			19 プライバシーに配慮し、個人情報の収集・管理を適切に行う	I	I
			20 地域の人々の持つ力を引き出すよう支援する	I	II
			21 地域の人々が意思決定できるよう支援する	II	II
			22 訪問・相談による支援を行う	I	II
			23 健康教育による支援を行う	I	II
			24 地域組織・当事者グループ等を育成する支援を行う		III
			25 活用できる社会資源、協働できる機関・人材について、情報提供をする	I	I
			26 支援目的に応じて社会資源を活用する	II	II
		27 当事者と関係職種・機関でチームを組織する	II	II	
		28 個人/家族支援、組織的アプローチ等を組み合わせて活用する	II	II	
		29 法律や条例等を踏まえて活動する	I	I	
		30 目的に基づいて活動を記録する	I	I	
		E. 地域の人々・関係者・機関と協働する	31 協働するためのコミュニケーションをとりながら信頼関係を築く	I	II
			32 必要な情報と活動目的を共有する	I	II
33 互いの役割を認め合い、ともに活動する	II		II		
F. 活動を評価・フォローアップする	34 活動の評価を行う	I	I		
	35 評価結果を活動にフィードバックする	I	I		
	36 継続した活動が必要な対象を判断する	I	I		
	37 必要な対象に継続した活動を行う	II	II		

実践能力	卒業時の到達目標			到達度			
	大項目	中項目	小項目	個人／家族	集団／地域		
Ⅲ. 地域の健康危機管理能力	3. 地域の健康危機管理を行う	G. 健康危機管理の体制を整え予防策を講じる	38 健康危機（感染症・虐待・DV・自殺・災害等）への予防策を講じる	Ⅱ	Ⅲ		
			39 生活環境の整備・改善について提案する	Ⅲ	Ⅲ		
			40 広域的な健康危機（災害・感染症等）管理体制を整える	Ⅲ	Ⅲ		
			41 健康危機についての予防教育活動を行う	Ⅱ	Ⅱ		
		H. 健康危機の発生時に対応する	42 健康危機（感染症・虐待・DV・自殺・災害等）に迅速に対応する	Ⅲ	Ⅲ		
			43 健康危機情報を迅速に把握する体制を整える	Ⅳ	Ⅳ		
			44 関係者・機関との連絡調整を行い、役割を明確化する	Ⅲ	Ⅲ		
			45 医療提供システムを効果的に活用する	Ⅳ	Ⅳ		
			46 健康危機の原因究明を行い、解決・改善策を講じる	Ⅳ	Ⅳ		
			47 健康被害の拡大を防止する	Ⅳ	Ⅳ		
			I. 健康危機発生後からの回復期に対応する	48 健康回復に向けた支援(PTSD対応・生活環境の復興等)を行う	Ⅳ	Ⅳ	
		49 健康危機への対応と管理体制を評価し、再構築する		Ⅳ	Ⅳ		
		Ⅳ. 地域の健康水準を高める社会資源開発・システム化・施策化する能力	4. 地域の人々の健康を保障するために、生活と健康に関する社会資源の公平な利用と分配を促進する	J. 社会資源を開発する	50 活用できる社会資源と利用上の問題を見いだす	Ⅰ	
					51 地域の人々が組織や社会の変革に主体的に参画できるよう機会と場、方法を提供する	Ⅲ	
52 地域の人々や関係する部署・機関の間にネットワークを構築する	Ⅲ						
53 必要な地域組織やサービスを資源として開発する	Ⅲ						
K. システム化する	54 健康課題の解決のためにシステム化の必要性をアセスメントする			Ⅰ			
	55 関係機関や地域の人々との協働によるシステム化の方法を見いだす			Ⅲ			
	56 仕組みが包括的に機能しているか評価する			Ⅲ			
L. 施策化する	57 組織（行政・事業所・学校等）の基本方針・基本計画との整合性を図りながら施策を理解する			Ⅲ			
	58 施策の根拠となる法や条例等を理解する			Ⅲ			
	59 施策化に必要な情報を収集する			Ⅰ			
	60 施策化が必要である根拠について資料化する			Ⅰ			
	61 施策化の必要性を地域の人々や関係する部署・機関に根拠に基づいて説明する			Ⅲ			
	62 施策化のために、関係する部署・機関と協議・交渉する			Ⅲ			
	63 地域の人々の特性・ニーズに基づく施策を立案する			Ⅲ			
M. 社会資源を管理・活用する	64 予算の仕組みを理解し、根拠に基づき予算案を作成する			Ⅲ			
	65 施策の実施に向けて関係する部署・機関と協働し、活動内容と人材の調整（配置・確保等）を行う			Ⅲ			
	66 施策や活動、事業の成果を公表し、説明する			Ⅲ			
	67 保健医療福祉サービスが公平・円滑に提供されるよう継続的に評価・改善する			Ⅲ			
Ⅴ. 専門的自律と継続的な質の向上能力	5. 保健・医療・福祉及び社会に関する最新の知識・技術を主体的・継続的に学び、実践の質を向上させる			N. 研究の成果を活用する	68 研究成果を実践に活用し、健康課題の解決・改善の方法を生み出す	Ⅲ	
		69 社会情勢と地域の健康課題に応じた保健師活動の研究・開発を行う	Ⅲ				
	O. 継続的に学ぶ	P. 保健師としての責任を果たす	70 社会情勢・知識・技術を主体的・継続的に学ぶ	Ⅰ			
			71 保健師としての責任を果たしていくための自己の課題を見いだす	Ⅳ			

表2

保健師助産師看護師学校養成所指定規則 別表一 改正案

教育内容	単位数	備考
<p>公衆衛生看護学 公衆衛生看護学概論 個人・家族・集団・組織の支援 公衆衛生看護活動展開論 公衆衛生看護管理論 疫学 保健統計学 保健医療福祉行政論 臨地実習 公衆衛生看護学実習 個人・家族・集団・組織の支援実習 公衆衛生看護活動展開論実習 公衆衛生看護管理論実習</p>	<p>一六(一四) 二 一四(一二)</p> <p>二二 三 五 二 三</p>	<p>健康危機管理を含む。</p> <p>保健所・市町村での実習を含む。 継続した指導を含む。</p>
合計	二八(二五)	

備考一 単位の計算方法は、大学設置基準（昭和三十一年文部省令第二十八号）第二十一条第二項の規定の例による。

二 看護師学校養成所のうち第四条第一項に規定する課程を設けるものと併せて指定を受け、かつ、その学生又は生徒に対し一の教育課程によりこの表及び別表三に掲げる教育内容を併せて教授しようとするものにあつては、括弧内の数字によることができる。

三 複数の教育内容を併せて教授することが教育上適切と認められる場合において、臨地実習五単位以上及び臨地実習以外の教育内容二十三単位以上であるときは、この表の教育内容ごとの単位数によらないことができ

看護師等養成所の運営に関する指導要領 別表1  
保健師教育の基本的考え方、留意点等 改正案

教育の基本的考え方

- 1 個人・家族・集団・組織を含むコミュニティ（共同体）を地域とし、地域および地域を構成する人々の心身の健康、疾病・障害の予防、発生、回復及び改善の過程を社会的条件の中で系統的、予測的に捉えアセスメントし、地域の顕在化、潜在化している健康課題を明確化し、解決・改善策を計画・立案する能力を養う。
- 2 地域の人々が自らの健康状態を認識し、健康の保持増進を図れるよう支援するとともに、人々が自主的に社会資源を活用できるよう支援し評価する能力を養う。
- 3 健康危機管理の体制を整え、健康危機の発生時から回復期の健康課題を早期に発見し迅速かつ組織的に対応する能力を養う。
- 4 地域の健康水準を高めるために、保健・医療・福祉サービスを調整し活用する能力及び地域の健康課題の解決に必要な社会資源を開発し、施策化及びシステム化する能力を養う。
- 5 保健・医療・福祉及び社会に関する最新の知識・技術を主体的・継続的に学び、実践の質を向上させる能力を養う。

教育内容	単位数	留意点
公衆衛生看護学	16	
公衆衛生看護学概論	2	個人・家族・集団・組織を含むコミュニティ（共同体）及び地域を構成する人々の集合体の健康増進・改善を目指すアプローチの基本的な考え方を学ぶ内容とする。
個人・家族・集団・組織の支援	14	個人・家族の健康課題への支援から地域をアセスメントし、顕在化・潜在化している健康課題を明確にする方法を学ぶ内容とする。 健康課題への支援を計画・立案することを学ぶ内容とする。 人々の健康行動の特性及び効果的な介入方法と技術を学ぶ内容とする。 集団における教育方法や集団力学等を学ぶ内容とする。
公衆衛生看護活動展開論		地域の人々や医療、福祉等の他職種との協働・マネジメントを学ぶ内容とする。 ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチの連動による活動の展開を学ぶ内容とする。 産業保健・学校保健における活動の展開を学ぶ内容とする。 事例を用いて活動や事業の評価を行い、システム化・施策化につなげる過程を演習を通して学ぶ内容とする。
公衆衛生看護管理論		健康危機管理を学ぶ内容とする。



教育内容	単位数	留意点
疫学	2	公衆衛生看護活動を展開する上で、基盤となる疫学調査・分析、活用方法について学ぶ内容とする。
保健統計学	2	公衆衛生看護活動における統計学の基礎、情報処理技術及び統計情報とその活用方法について学ぶ内容とする。
保健医療福祉行政論	3	保健医療福祉の計画の企画及び評価について実践的に学ぶ内容とする。 調査で明らかにされた生活環境が人々に及ぼす健康上の影響など、健康に係る社会問題を解決する政策形成過程に活かす方法を学ぶ内容とする。 事例を用いて政策形成過程等に関する演習を行う。
臨地実習	5	<p>保健所・市町村を含む、保健師が役割を担っている多様な場で実習を行う。</p> <p>地域の社会資源を活用し、生活を支援する実習を行う。 家庭訪問を通して、地域の健康課題を理解することができる実習とする。</p> <p>個人と地域全体を連動させながら捉え、地域全体に対してPDCAを展開する過程を学ぶ実習とする。 地域ケアシステムにおける地域の人々や医療、福祉の他職種と協働する方法を学ぶ実習とする。</p> <p>地域住民、関係機関や他職種との連携、調整の実際が理解できる実習とする。 公衆衛生看護活動の管理や評価、健康危機管理の体制について学ぶ実習とする。</p>
公衆衛生看護学実習	5	
個人・家族・集団・組織の支援実習	2	
公衆衛生看護活動展開論実習	3	
公衆衛生看護管理理論実習		
総計	28	890時間以上の講義・実習等を行うものとする。



*Japan Association of  
Public Health Nurse Educational Institutions*

保健師国家試験問題作成ガイド（実践編）  
～保健師国家試験出題基準平成 30 年版に準拠して～

発行 平成 30 年 3 月  
一般社団法人 全国保健師教育機関協議会  
URL <http://www.zenhokyo.jp/>

連絡 一般社団法人 全国保健師教育機関協議会事務局  
〒602-8048 京都市上京区下立売通小川東入ル  
中西印刷株式会社 学会部内  
TEL : 075-415-3661 FAX : 075-415-3662  
E-mail : [japhnei@nacoss.com](mailto:japhnei@nacoss.com)