

平成 29 年度
(2017 年度)

認知症看護認定看護師教育課程
募集要項



Takasaki University of Health and Welfare

高崎健康福祉大学看護実践開発センター
認定看護師教育課程

目次

| | |
|-------------------|---|
| I. 教育理念・教育目的 | 1 |
| II. 募集学科 | 1 |
| III. 修業年限 | 1 |
| IV. 開講期間 | 1 |
| V. 年間予定 | 1 |
| VI. 入学選考試験実施要項 | 1 |
| 1. 募集人員 | 1 |
| 2. 出願資格 | 2 |
| 3. 出願手続き | 2 |
| 4. 選考試験 | 3 |
| 5. 合格発表 | 4 |
| 6. 選考試験結果の開示 | 4 |
| 7. 入学の手続き | 4 |
| 8. 個人情報の取り扱いについて | 5 |
| 9. 奨学金について | 5 |
| VII. 認知症看護教育課程の概要 | 6 |

高崎健康福祉大学 看護実践開発センター認定看護師教育課程
平成 29 年度 (2017 年度)

I. 教育理念・教育目的

教育理念

高崎健康福祉大学看護実践開発センターでは、人間尊重と人間理解を基調として人の喜びを自分の喜びとする「自利利他」の精神のもと、特定の専門分野（認知症看護）において高度な専門知識を身につけ、優れた看護実践をもって地域医療、地域包括ケアに貢献できる認定看護師を育成する。

教育目的

特定の看護分野において、高度な専門知識・技術を習得し熟練した看護を提供すると同時に看護職者のケア技術の向上に寄与することのできる認定看護師を育成する。

II. 募集課程

認知症看護

III. 修業年限

7 か月

IV. 開講期間

2017 年 6 月 3 日 (土) ～2017 年 12 月 19 日 (火)

V. 年間予定

| | |
|--------------------|----------------|
| 2017 年 6 月 3 日 (土) | 開講式 |
| 6 月～9 月中旬 | 講義・演習 |
| 9 月下旬～10 月下旬 | 臨地実習 |
| 11 月～ | ケースレポートまとめ・発表等 |
| 12 月 | 修了試験 |
| 12 月 19 日 (火) | 閉講式 |

VI. 入学選考試験実施要項

1. 募集人員

30 名

2. 出願資格

以下の要件をすべて満たしていることを条件とする。

- 1) 日本国の看護師免許を有する者
- 2) 看護師免許取得後、通算5年以上^{注1)}の実務研修^{注2)}を行っていること
- 3) そのうち通算3年以上^{注3)}、認知症者の多い医療・福祉施設（在宅ケア領域を含む）等での看護実績を有すること。
- 4) 認知症者の看護を5例以上担当した実績を有すること。
- 5) 現在、認知症者の多い医療・福祉施設（在宅ケア領域を含む）等で認知症者の看護実践に携わっていることが望ましい。

^{注1)} 2017年3月末で看護師として看護実務経験が60か月以上あることを意味する。但し、2016年10月末の時点で看護実務経験60か月以下の受験者については、教育課程開講までに看護実務経験が60か月あることの証明を提出する。

^{注2)} 実務研修とは、看護実務経験を意味する。

^{注3)} 2017年3月末までに通算36か月以上を意味する。勤務形態が常勤でない場合には、5,400時間以上の実務経験をもって通算3年以上とみなす。

3. 出願手続き

- 1) 受付期間

2016年11月1日（火）～2016年11月30日（水）必着

- 2) 提出方法

出願者は出願書類一式を受付期間内に必ず**簡易書留**で郵送してください。

封筒に「認知症看護認定看護師教育課程出願書類在中」と朱書きで明記してください。

- 3) 出願書類

- ① 入学志願書（様式1）
- ② 履歴書（様式2）
- ③ 実務研修報告書（様式3）
- ④ 勤務証明書（様式4）
- ⑤ 志望理由書（様式5）
- ⑥ 認知症看護事例実績証明・要約（様式6-1）
- ⑦ 認知症看護事例要約（様式6-2）
- ⑧ 受験票（様式7）
- ⑨ 看護師免許の写し（A4サイズに縮小）
- ⑩ 入学検定料・銀行振り込み控貼付票・宛名ラベル（様式8）
- ⑪ 受験返信用封筒（長型3号：120mm×235mm）に392円分の切手（簡易書留郵便料）を貼付し、返信先を明記してください。

4) 出願書類請求方法

以下の方法で出願書類を請求して下さい。

- ・ホームページからダウンロード <http://www.takasaki-u.ac.jp>
トップページ > 地域貢献 > 看護実践開発センター

5) 出願書類提出先

〒370-0033 群馬県高崎市中大類町 501

高崎健康福祉大学看護実践開発センター認定看護師教育課程教務室

6) 入学検定料 50,000 円

振込先

金融機関名：群馬銀行 支店名：高崎支店

預金種目：普通預金 口座番号：2124562

口座名義：学校法人 高崎健康福祉大学 (カクコウホジシ ヲ カサケンコウフクシダ イダク)

※ATMは利用せず窓口にて手続きしてください。

振込手数料は本人負担でお願いします。

銀行で発行される利用明細書をもって本教育機関の領収書とします。

7) 出願上の注意

別表の「出願書類の記入にあたって」の内容を確認してください。

出願書類等に不備がある場合は受理できません。出願書類の記載内容が事実と相違する場合は、受講許可後でも許可を取り消す場合があります。入学検定料は原則として返還しません。

8) 受験票の送付

出願書類一式を調査し、受験資格が認められた方に受験票を送付します。選考試験 1 週間前までに受験票が届かない場合には、認定看護師教育課程教務室まで問い合わせてください。受験時には受験票を必ず携帯してください。

4. 選考試験

1) 実施期日

2016年12月17日(土)

2) 試験日程

| 試験日 | 時間 | 試験区分 |
|----------------|---------------|--------------|
| 2016年12月17日(土) | 8:30 ~ 8:50 | 受付 |
| | 8:50 ~ 9:00 | オリエンテーション |
| | 9:00 ~ 10:00 | 筆記試験 (専門領域) |
| | 10:00 ~ 10:20 | 休憩 |
| | 10:20 ~ 11:20 | 小論文 |
| | 11:20 ~ 12:00 | 昼食 |
| | 12:00 ~ 17:00 | 面接 (1人15分程度) |

3) 試験会場

群馬県高崎市中大類町 501 高崎健康福祉大学

5. 合格発表

1) 発表日時

2016年12月24日(土)

2) 発表方法

- ① 合格にかかわらず、受験者へ期日指定郵便により通知します。
宛先住所によっては、お手元に届くのは発表日以降の場合もあります。
- ② 合格者には「合格通知書」「入学手続きに関する書類」を郵送します。
- ③ 電話等による合格の問い合わせには、一切応じません。

3) 追加合格

受講定員に欠員が生じた場合、追加合格者の発表を行います。発表方法は、
2017年1月24日(火)以降、電話により直接本人に連絡します。

4) 2次募集

定員に満たない場合には、2次募集を行うこともあります。

6. 選考試験結果の開示

選考試験の結果(順位のみ)を知りたい方は開示請求ができます。

1) 請求方法

受験者本人が、高崎健康福祉大学看護実践開発センター認定看護師教育課程教務室に事前にご連絡の上、受験票を持参し口頭で請求してください。

2) 開示期間

2017年1月16日(月)～2017年1月31日(火)

(土・日・祝日を除く9:30～15:30)

3) 開示場所

高崎健康福祉大学看護実践開発センター認定看護師教育課程教務室

7. 入学の手続き

1) 入学手続き期間

2017年1月10日(火)～2017年1月20日(金)(当日消印有効)

2) 入学手続き方法

手続き方法については、合格通知時にご案内します。

手続きは、赤字で「入学手続き書類」と書かれた返信用封筒を用いた郵送のみの受け付けとなります。

3) 納付金

- ① 入学金 100,000 円
- ② 受講料 750,000 円
- ③ その他の費用

*教育期間中の教材費、書籍代、交通費、宿泊費、通学・実習に関わる交通費・宿泊費及び資料代、実習時の傷害保険加入費等は全て自己負担となります。

4) 納付金等の返還

入学手続き完了者で、下記日時までに入学辞退届（所定の様式）を提出した場合に限り、入学金を除いた受講料等を返還します。締切以降の申し出に関しては返還できません。

入学辞退届到着締切日時：2017年5月26日（金）15時 必着

※受講料等の納付のみの場合についても、受講意思があると判断しますので、書類手続きの完了・未完了に関わらず上記の手続きを行ってください。

8. 個人情報の取り扱いについて

入学出願書類等で本教育機関が知り得た個人に関する情報及び入学試験結果等については秘密を厳守し、本教育機関での入試関連業務、及びこれらに付随する事項の範囲内でのみ使用します。

9. 奨学金について

認定看護師教育課程受講の方は、公益社団法人日本看護協会の「認定看護師教育課程奨学金」に応募することができます。奨学生募集については公益社団法人日本看護協会のホームページをご覧ください。

VII. 認知症看護教育課程の概要

1. 教育目的

- 1) 認知症者とその家族の支援に関する最新の知識と技術を習得し、水準の高い看護実践ができる能力を育成する。
- 2) 培った認知症看護の専門的な知識と技術を活かし、看護職に対して指導・相談対応できる能力を育成する。
- 3) あらゆる場において、認知症者の生命、生活の質、尊厳を尊重したケアを看護職や他職種と協働して提供できる能力を育成する。

| | |
|-------------------|---|
| 共通科目 (150 時間) | 看護管理 (15) リーダーシップ (15) 情報管理 (15) 看護倫理 (15) 指導 (15) 相談 (15) 文献検索・文献購読 (15) 臨床薬理学 (15) 医療安全管理 (15) 対人関係 (15) |
| 専門基礎科目 (90 時間) | 認知症看護原論 (15) 認知症基礎病態論 (15) 認知症病態論 (認知症の原因疾患と治療) (45) 認知症に関わる保健・医療・福祉制度 (15) |
| 専門科目 (150 時間) | 認知症看護倫理 (15) 認知症者とのコミュニケーション (15) 認知症看護援助方法論Ⅰ (アセスメントとケア) (45) 認知症看護援助方法論Ⅱ (生活・療養環境づくり) (30) 認知症看護援助方法論Ⅲ (ケアマネジメント) (30) 認知症者の家族への支援・家族関係調整 (15) |
| 演習/実習 (288 時間) | 学内演習 (90) 臨地実習 (198) |
| 総時間数 | 678 時間 |

別表 出願書類の記入にあたって

- ◆過不足なく記入すること。記載不十分の場合は受理できないこともあるため、注意すること。
- ◆自署以外はパソコン入力が望ましい。訂正する場合は二重線および訂正印を使用すること。
- ◆枠内のスペースにおさまるように記入すること。枠のサイズ・様式の変更はしないこと。
- ◆年号はすべて西暦表記とすること。
- ◆「※受験番号」欄は記入しないこと。

| 出願書類 | 様式 | 記入方法と注意事項 |
|---------|----|--|
| 入学志願書 | 1 | <ul style="list-style-type: none"> ・氏名の記載は自署とする。 |
| 履歴書 | 2 | <ul style="list-style-type: none"> ・現住所右欄のTELは必ず連絡がつくものを記載すること。固定電話が無い場合は携帯電話番号を記載する。 ・所属機関は正式名称を記載、現在、勤務していない場合は離職中と記入する。 ・病床数は病院全体の数を記載する。 ・設置主体は下記から選択し番号を記入する。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>①国（厚生労働省、その他） ②国公立大学法人 ③独立行政法人国立病院機構 ④独立行政法人労働者健康福祉機構 ⑤都道府県・市町村（地方自治体） ⑥日本赤十字社 ⑦済生会 ⑧厚生連 ⑨国民健康保険団体連合会 ⑩社会保険関係団体 ⑪公益法人 ⑫医療法人 ⑬学校法人 ⑭その他の法人 ⑮会社 ⑯個人 ⑰その他（明記）</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> ・学歴は高等学校卒業からとし、学校名は学科・課程を含め正式名称を記入する。進学課程を卒業している場合は、准看護学校も明記する。 ・学歴欄に職歴を書かないこと。 |
| 実務研修報告書 | 3 | <ul style="list-style-type: none"> ・看護師免許取得後（准看護師の期間は含めない）から<u>2016年10月末日</u>現在までの職歴を記載する。 ・看護実務研修^{注1}期間を記載し、連続で6か月以上の研修、進学、産休・育休及び病気療養等での休職、教育職、看護実績のない企業等の在職期間は含めない。 ・看護の実務研修期間および認定看護分野の実務研修期間は、通算勤務月数で計算する^{注2}。<u>計算間違いのないようにする。</u> <p>注1) 看護実務研修とは、看護実務経験を意味する。 注2) 勤務形態が非常勤の場合、150時間の勤務時間を実務研修1か月分として換算し、勤務月数を割り出す。</p> |
| 勤務証明書 | 4 | <ul style="list-style-type: none"> ・施設長あるいは看護部門の長が発行したもの ・現在の職場で、看護実績を通算5年以上満たし、および認定看護分野の看護実践を通算3年以上満たす場合はその職場の証明だけでよい。満たさない場合は前の職場の証明も必要。 ・専門分野の看護実績を中心に、配置された部署の特徴と実績年数を具体的に記入すること。 <p>【例】神経内科病棟（認知症者が□%を占める）3年間 介護老人保健施設看護部（認知症者が○%を占める）2年間</p> |

| | | |
|---------------------------|-----|---|
| 志望理由書 | 5 | ・ 枠内に記入する。 |
| 看護事例実績 証明・要約 (4 事例) | 6-1 | ・ 認知症者の看護事例 4 事例について必要事項を記入する。 |
| 看護事例要約 (1 事例) | 6-2 | ・ 上記以外の認知症看護事例 1 事例について要約する。 ・ 認知症者および家族の個別性を踏まえひとつの問題に対して、看護過程を展開する。 |
| 受験票 | 7 | ・ 必要事項を記載し写真を貼付する。 |
| 入学検定料 銀行振込控 貼付書 | 8 | ・ 銀行振り込みの控え（コピー可）を貼付する。 |
| 宛名ラベル (合否結果 送付用) | 8 | ・ 郵便が必ず届くよう、正確に記入する。マンション名等も必ず記入する。 |
| 免許証の写し (看護師) | | ・ A4 版に縮小コピーする。 |
| 受験票郵送用 封筒 | | ・ 長形 3 号封筒 120×235mm に 392 円切手を貼付し、出願者の住所・氏名を明記する。 郵便が必ず届くよう、正確に記入する。マンション名等も必ず記入する。 |

実務研修報告書（分野名：認知症看護）

(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日現在

氏名 _____

1. 実務研修施設歴（※受験者の経歴を記載する）

| 1-1) 全実務研修期間および実務研修施設名（所属施設名、所属部署名、職位） | |
|--|--|
| ※西暦で記入 | |
| 2003年 4月～ 2004年 3月（12カ月間） | 所属施設名：〇〇法人〇〇会〇〇病院 所属部署名：小児科病棟 職位：スタッフナース |
| 2004年 4月～ 2009年 3月（60カ月間） | 所属施設名：〇〇法人〇〇会〇〇病院 所属部署名：神経内科病棟 職位：スタッフナース |
| 2009年 4月～ 2014年 9月（66カ月間） | 所属施設名：〇〇法人〇〇会〇〇病院 所属部署名：神経内科病棟 職位：主任 |
| 年 月～ 年 月（カ月間） | 所属施設名： 所属部署名： |
| 年 月～ 年 月（カ月間） | 所属施設名： 所属部署名： |
| 年 月～ 年 月（カ月間） | 所属施設名： 所属部署名： 職位： |
| 全実務研修期間 合計 | 138カ月間（12年6カ月間）*2016年10月末現在 |

計算の間違いが多くなっているため必ず確認をすること

2016年10月末時点での期間を記入すること。計算の間違いが多くなっているため、必ず確認をすること

| 1-2) 1-1のうち認定看護分野歴（所属施設名、所属部署名、職位） | |
|------------------------------------|---|
| ※所属部署名については、認知症看護における分野歴がわかるよう記載 | |
| 2004年 4月～ 2009年 3月（60カ月間） | 所属施設名：〇〇法人〇〇会〇〇病院 所属部署名：神経内科病棟（認知症者が□%を占める） 職位：スタッフナース |
| 2009年 4月～ 2014年 9月（66カ月間） | 所属施設名：〇〇法人〇〇会〇〇病院 所属部署名：神経内科病棟 職位：スタッフナース |
| 年 月～ 年 月（カ月間） | 所属施設名： 所属部署名： |
| 認定看護分野歴 合計 | 126カ月間（10年6カ月間）*2016年10月末現在 |

スタッフナース以外は、院内の規程のある正式な職位を記入する

認定看護分野での実務研修に該当していることがわかるように部署の詳細を記入する。

注) 合計欄は、1-1)、1-2) 2か所とも記載する。

2. 実務研修の実績と概要

上記1-2)に記載した期間において認知症者の看護を担当した事例数（概算）
※担当した事例とは、継続的・中心的に関わった事例とする。

| |
|---|
| 例 |
|---|