2027 年度

認知症看護認定看護師教育課程【B 課程】

特定行為研修を組み込んでいる教育課程

二 次 募 集 要 項

島根県立大学出雲キャンパス
看護栄養交流センター認定看護師養成部

目　次

日程概要 ---------- 1

Ⅰ．認定看護師教育課程

１．教育理念 ---------- 2

２．教育目的 ---------- 2

３．修業年限 ---------- 2

４．看護分野と開講期間 ---------- 2

５．年間スケジュール ---------- 2

Ⅱ．認定看護師教育課程認知症看護分野（B 課程）

１．教育目的 ---------- 3

２．期待される能力 ---------- 3

３．コアとなる能力 ---------- 3

４．カリキュラム ---------- 4

Ⅲ．入学者選抜試験実施要項

１．募集人数 ---------- 5

２．出願資格 ---------- 5

３．出願手続き ---------- 5

４．選抜方法等 ---------- 7

５．合格発表 ---------- 8

６．入試結果の開示 ---------- 8

７．追加合格 ---------- 8

Ⅳ．入学手続き等 ---------- 9

Ⅴ．個人情報の取り扱い ---------- 9

Ⅵ．修了要件 ----------10

Ⅶ．試験会場案案内 ----------11

資料　出願書類一式 ----------13

１．入学願書（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．推薦書（様式５）

６．志望理由書（様式６）

７．認知症看護事例実績証明（様式７-1）・認知症看護事例要約（様式 7-2）

８．受験票、写真票（様式８）

９．入学検定料納付通知書（様式９）

出願書類　記載例 ----------28

日 程 概 要

出願期間	2027 年 1 月 8 日（金）～1 月 15 日（金） 必着

⇩

試験日	2027 年 2 月 6 日 （土）

⇩

合格発表	2027 年 2 月 10 日（水）10 時

⇩

入学手続き	2027 年 2 月 18 日（木）～ 2 月 25 日（木） （必着）

⇩

入学式	2027 年 4 月 8 日 （木）

Ⅰ.認定看護師教育課程

1．教育理念

変化する保健医療福祉環境のなかで、「患者中心の志向」「知識と経験を融合した高い看護実践力」「専門性の追求と臨床に役立つ人材」をもとにして、特定分野における質の高い看護ケアを提供する認定看護師教育を目指しています。

2．教育目的

特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を用いて看護実践ができ、他の看護職者のケア技術の向上に資する認定看護師を育成することを目的としています。

3．修業年限

1 年

4．看護分野と開講期間

分野	開講期間
認知症看護（B 課程）	2027 年 4 月 1 日～ 2028 年 3 月 31 日

5．年間スケジュール

<table>
<tr><td colspan="6">2027 年</td></tr>
<tr><td>4 月</td><td>5 月</td><td>6 月</td><td>7 月</td><td>8 月</td><td>9 月</td></tr>
<tr><td colspan="4">入学式
e ラーニング(共通科目)　演習・実習・試験のため登校日あり →</td><td>特定行為実習</td><td>特定行為実習
共通科目演習 →</td></tr>
<tr><td colspan="3">2027 年</td><td colspan="3">2028 年</td></tr>
<tr><td>10 月</td><td>11 月</td><td>12 月</td><td>1 月</td><td>2 月</td><td>3 月</td></tr>
<tr><td>集合研修</td><td>集合研修</td><td>実習準備
見学実習</td><td>看護実践実習</td><td>統合演習
ケースレポート発表
修了試験</td><td>修了式</td></tr>
</table>

Ⅱ. 認定看護師教育課程認知症看護分野(B 課程)

1．教育目的

1）認知症看護分野において、個人、家族及び集団に対して、高い臨床推論力と病態判断力に基づき、熟練した看護技術及び知識を用いて水準の高い看護を実践する能力を育成する。
2）認知症看護分野において、看護実践を通して看護職に対し指導を行える能力を育成する。
3）認知症看護分野において、看護職等に対しコンサルテーションを行える能力を育成する。
4）認知症看護分野において、多職種と協働しチーム医療のキーパーソンとしての役割を果たせる能力を育成する。

2．期待される能力

1）高い臨床推論力と病態判断力に基づいて、認知機能障害及び身体疾患の合併による影響をアセスメントし、治療的援助を含む健康管理を行うことができる。
2）認知症の発症からエンドオブライフまで、住み慣れた地域あるいは在宅で生活を維持できるよう、症状マネジメント及び生活機能の評価と支援、家族支援を行うことができる。
3）認知症の人が持てる力を発揮できるよう生活・療養環境を調整することができる。
4）認知症の人の権利を擁護し、あらゆる場において認知症の人の意思が適切に反映されるよう、意思決定能力の評価、人的・物理的環境の整備、認知機能に応じた配慮ができる。
5）地域ケア包括システムにおいて、多職種と協働しチーム医療のキーパーソンとしてケアサービス推進の役割を果たすことができる。
6）認知症看護の実践を通して役割モデルを示し、看護職への指導を行うことができる。
7）認知症看護分野において、看護職等に対し、相談対応・支援を行うことができる。

3．コアとなる知識・技術

1）認知機能障害及び身体症状をアセスメントし、認知症の行動・心理症状（BPSD）及びせん妄の予防と緩和を含めた症状マネジメントができる知識・技術
2）認知症の病期に応じたコミュニケーション障害に対して、適切なコミュニケーション手段を提案できる知識・技術
3）認知症の人の特性を踏まえた意思決定支援ができる知識・技術
4）認知症に関わる保健医療福祉制度に精通し、多職種や市町村等と連携し、協働できる知識・技術
5）生活機能を評価し、認知症の人の生活拡充に向けた支援及び生活・療養環境調整ができる知識・技術
6）介護状況と家族関係をアセスメントし、認知症の人の家族への心理的・社会的支援ができる知識・技術
7）身体所見等から病態を判断し、抗けいれん剤の臨時の投与、抗精神病薬の臨時の投与及び抗不安薬の臨時の投与ができる知識・技術

４．認知症看護認定看護師教育課程科目（特定行為を組み込んだカリキュラム）

共通科目 380 時間	時間	**認知症看護分野専門科目** 195 時間	時間
１．臨床病態生理学	40	１．認知症看護概論	30
２．臨床推論	45	２．認知症の病態生理・臨床診断・治療	45
３．臨床推論：医療面接	15	３．認知症看護における倫理	15
４．フィジカルアセスメント：基礎	30	４．認知症の人とのコミュニケーション	15
５．フィジカルアセスメント：応用	30	５．認知症の人のケアマネジメント	45
６．臨床薬理学：薬物動態	15	６．認知症の人の生活機能の評価と支援	30
７．臨床薬理学：薬理作用	15	７．認知症の人の家族支援	15
８．臨床薬理学：薬物治療・管理	30		
９．疾病・臨床病態概論	40	**特定行為研修区分別科目** 57 時間	
10. 疾病・臨床病態概論：状況別	15	１．栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	22
11. 医療安全学：医療倫理	15	２．精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	35
12. 医療安全学：医療安全管理	15		
13. チーム医療論（特定行為実践）	15	**演習・実習** 165 時間	
14. 特定行為実践	15	統合演習	15
15. 指導	15	臨地実習	150
16. 相談	15		
17. 看護管理	15	**特定行為実習**	
		症例数　5 行為各 5 例以上　※	

共通科目、「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」は日本看護協会の e-ラーニングを使用します。

表中では 45 分を 1 時間とみなす「みなし時間」を適用しています。

※　特定行為研修実習は時間ではなく症例数が必要なため、別途実習時間があります。

Ⅲ. 入学者選抜試験実施要項

1．募集人数

分野名	募集人数
認知症看護【B 課程】	若干名

※島根県内勤務者を優先します

2．出願資格

出願に当たっては、次の各項に定める要件をすべて満たしていること。

1）高等学校もしくはこれに準ずる学校を卒業した者、または文部科学大臣の定めるところによりこれに準ずる学力があると認められた者。

2）日本国の看護師免許を有する者。

3）看護師免許を取得後、通算 5 年以上[注1)]の実務研修[注2)]をしていること。

4）次に示す看護分野の実務研修を有すること。

(1) 通算 3 年以上[注3)]、認知症の人の多い施設（在宅ケア領域を含む）での看護実践を有すること。

(2) 認知症の人の看護を 5 例以上担当した実績を有すること。

(3) 現在、認知症の人の多い医療・福祉施設（在宅ケア領域を含む）等で認知症の人の看護実践に携わっていることが望ましい。

注 1）2026年12月末の時点で、看護師免許を取得してからの看護実務経験が60ヶ月以上であることを意味する。

注 2）実務研修とは、看護師免許取得後の看護実践経験を意味する。

注 3）通算 3 年以上とは、2026 年 12 月末時点で通算 36 か月以上を意味する。

3．出願手続き

1）出願書類

出願書類一式は、島根県立大学出雲キャンパス認定看護師養成部 HP からダウンロードしてください。

（1）入学願書（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）推薦書（様式5）

（6）志望理由書（様式6）

（7）認知症看護事例実績証明（様式7-1）・認知症看護事例要約（様式7-2）

（8）受験票・写真票（様式8）写真貼付 2枚

（9）入学検定料納付通知書（様式9）

振込用紙は取扱銀行収納印があるか確認のうえ、入学検定料納付通知書（様式9）に写しを貼付してください。

インターネットバンキング利用者は、手続き完了時に表示される最終画面のコピーを貼付してください。

（10）看護師免許証の写し 1部　※A4版に縮小

（11）受験票返信用封筒（長形 3号120mm×235mm）に、受験票返送先の郵便番号、住所、氏名を明記し、460円分の切手（簡易書留郵便料）を貼ってください。

2）出願期間

2027年1月8日（金）～ 2027年1月15日（金）　必着

3）提出方法

出願書類一式を受付期間内に［簡易書留］で郵送してください。持参する場合は、平日の午前9時～午後5時まで受け付けます。

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

4）出願書類郵送先

〒693-8550　島根県出雲市西林木町151

島根県立大学出雲キャンパス看護栄養交流センター　認定看護師養成部

電話(0853)20-0200（代表）

5）入学検定料

50,000 円（非課税）

＜入学検定料振込先＞
振込先銀行 ：山陰合同銀行　出雲支店
預 金 種 目：普通　　口 座 番 号：4003088
口　座　名 ：コウリツダイガクホウジンシマネケンリツダイガク
（公立大学法人島根県立大学）
依 頼 人 名：受験者名（必ず受験者名で振込をお願いします）

＊振込手数料は受験者の負担とします。

＊既納の入学検定料は返還できません。

＊銀行で発行される利用明細書をもって本学の領収書とします。

6）出願上の注意事項

（1）出願書類はいかなる理由があっても返却しません。

（2）出願書類に不備がある場合は受付できません。

（3）出願書類等を受理した後は、出願事項の変更を認めません。

（4）出願書類等に虚偽の記入をした者は、入学後でも入学許可を取り消すことがあります。

7）受験票の発行

出願書類一式を審査し、受験資格が認められた方に受験票を郵送します。

2027 年 1 月 27 日（水）までに受験票が届かない場合は、認定看護師教育課程事務担当までお問い合わせください。受験時には受験票を必ず携帯してください。

8）個人情報の取扱いについて

出願書類等に記載された個人情報（氏名、生年月日、性別その他の個人情報等）は、入学者選抜試験及び合格通知並びに入学手続きを行うために利用します。

また、同個人情報は、合格者の入学後の教務に関する業務（学籍、修学指導等)、学生支援に関する業務、授業料等に関する業務及び入試の解析を行う目的をもって公立大学法人島根県立大学が管理します。他の目的での利用及び公立大学法人島根県立大学の関係教職員以外への提供は行いません。

4．選抜方法等

1）選抜方法

合格者の決定は、筆記試験、小論文、面接を総合的に判断し、入試委員会において審議のうえ決定します。

ただし、合格判定基準を満たす島根県内勤務者を優先します。

2）試験日程と内容

試　験　名		時　　間
2027 年 2 月 6 日（土）	筆記試験（専門科目）	60 分
	小論文	60 分
	面　接	1 人 15 分程度

（注）詳細な時間等については、受験票送付時にお知らせします。

3）試験会場

島根県出雲市西林木町 151　島根県立大学 出雲キャンパス

4）受験上の注意事項

（1）試験当日は、受験票及び筆記用具を必ず持参してください。

（2）試験開始後は 20 分以内の遅刻に限り受験を認めます。ただし、試験時間の延長は認めません。

（3）試験会場では受験票と同じ受験番号の机に着席し受験票を机上に置いてください。

（4）試験時間中に使用するものは、鉛筆（シャープペンシル可)、消しゴム、ティッシュペーパー、時計（時計機能のみのもの）に限ります。

（5）試験会場の建物内での携帯電話の使用は一切認めません。

（6）試験当日は、各自昼食を持参してください。

5．合格発表

1）発表日時

2027 年 2 月 10 日（水）10 時

2）発表方法

島根県立大学出雲キャンパスホームページ

（https://izumo.u-shimane.ac.jp/community/izumo/nintei/）に合格者受験番号一覧を掲載します。

3）選抜試験結果の送付

合格者にのみ、合格通知書及び入学手続きに必要な書類を郵送します。

電話等による合否の問い合わせには一切応じません。

6．入試結果の開示

入学選抜試験の結果について、受験者本人から請求があった場合に限り、入学選抜試験総合点及び順位を開示します。

希望者は、島根県立大学出雲キャンパスホームページから、「情報開示請求書」をダウンロードし、必要事項を記入の上、受験票（正本のみ、写しは不可）とともに返信用封筒を同封して島根県立大学出雲キャンパス看護栄養交流センター認定看護師養成部宛に郵送してください。入試結果の開示は、郵送でのみ受け付けます。

開示受付期間：2027 年 2 月 10 日（水）～ 2027 年 2 月 17 日（水）消印有効

Ⅳ. 入学手続き等

１．入学手続き

入学手続の詳細及び必要な書類は、合格通知とともに送付します。合格者は、期間内に所定の入学手続を行ってください。

期間内に入学手続を完了しなかった場合は、入学を辞退したものとして取り扱いますので注意してください。

また、入学手続後は、提出書類はいかなる理由があっても返還しません。

１）入学手続期間

2027 年 2 月 18 日（木）～ 2 月 25 日（木）

郵送する場合は、2 月 25 日（木）必着

持参する場合は、平日の午前 9 時～午後 5 時まで受け付けます。

２）手続書類等

誓約書、保証書

３）入学金

50,000 円　納付された入学金は、原則として返還いたしません。

２．入学後に要する経費

１）授業料　　1,016,000 円

＊納付金は前納していただきます。授業料は、原則として返還いたしません。

２）通学、実習のための滞在費・交通費、書籍等の教材費、入学後の傷害保険加入費(1,520 円/年)、その他学修に必要な費用は、別途自己負担となります。

３）その他、各自のノートパソコンが必須となります。ノートパソコンをお持ちでない方は、パソコン購入、インターネット接続等の経費が生じます。

Ⅴ. 個人情報の取り扱い

島根県立大学看護栄養交流センターでは、「島根県立大学個人情報の取り扱いに関する規定」に基づき、個人情報の取得・利用を適切に運用します。

Ⅵ. 修了要件

以下を満たした場合に修了を認めます。

1）出席時間

・科目ごとに履修すべき時間数の 5 分の 4 以上の出席をすること

・特定行為研修に係る科目はそのすべてに出席すること

・授業方法が遠隔授業によるときは、各教科目における指定教材をすべて視聴したことをもって出席したものとみなす

2）科目履修の認定

所定の科目を履修し試験に合格、かつすべての科目（実習を含む）を修得すること

3）修了基準

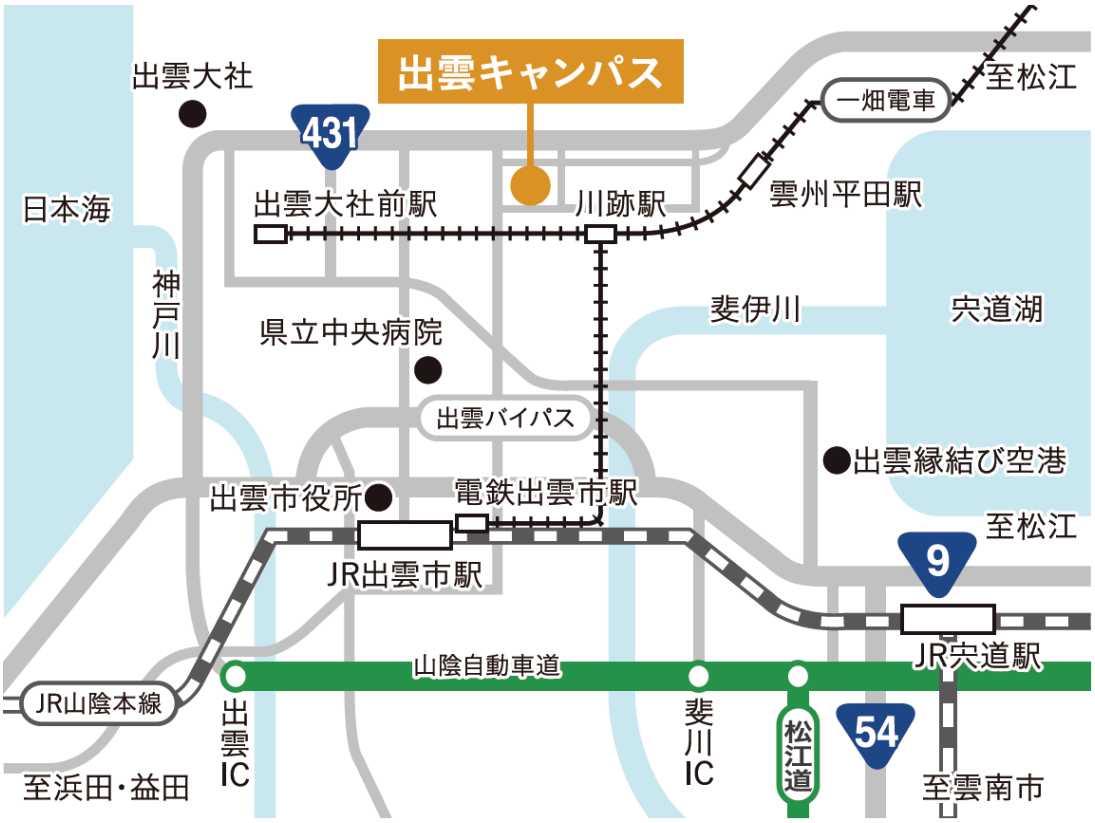
修了試験に合格すること。修了試験の受験には、すべての科目（演習・実習を含む）において、修得が認められていること。出題範囲は、共通科目、認定看護分野専門科目、特定行為研修区分別科目、統合演習、臨地実習を含む全科目となる。

修了試験は筆記試験・論文等によって行う。総合点で 8 割以上が合格となる。

Ⅶ. 試験会場案内

試験会場：島根県立大学出雲キャンパス（島根県出雲市西林木町 151 番地）

交通アクセス



徒歩　　一畑電車「川跡駅」下車　5 分

「川跡駅」へは

「電鉄出雲市駅（JR 出雲市駅隣接）」から 10 分

「雲州平田駅」から 10 分

「松江しんじ湖温泉駅」から 40 分

「出雲大社前駅」から 10 分

空路　　出雲縁結び空港から…タクシー利用(約 20 分)

高速道（山陰自動車道）

斐川インターチェンジより……自家用車（約 20 分）

出雲インターチェンジより……自家用車（約 30 分）

2027 年度
島根県立大学出雲キャンパス看護栄養交流センター
認知症看護認定看護師教育課程（B 課程）
入学選抜試験　出願書類一式

1）チェックリスト
2）【様式１】　入学願書
3）【様式２】　履歴書
4）【様式３】　実務研修報告書
5）【様式４】　勤務証明書
6）【様式５】　推薦書
7）【様式６】　志望理由書
8）【様式 7-1】 認知症看護事例実績証明
9）【様式 7-2】 認知症看護事例要約
10）【様式８】　受験票・写真票
11）【様式９】　入学検定料納付通知書
12）看護師免許証の写し
13）受験票返信用封筒

※すべての様式において受験番号は記入しないでください。

出願書類一式は、島根県立大学出雲キャンパスホームページ（https://izumo.u-shimane.ac.jp/community/izumo/nintei/）からダウンロードしてください。
記載に不備がある場合は受理できませんのでご注意ください。

出願書類チェックリスト

提出すべき項目の□に✓を記入し、出願書類と一緒に提出してください。
注意事項をよく読み、記入してください。年号はすべて西暦で記入してください。

☑欄	申請書類	様式	記入方法と注意事項
□	入学願書	1	氏名は看護師免許証の漢字で自署、捺印する。
□	履歴書	2	・離職中の人は「離職中」と記入すること。 ・所属機関の電話番号は、代表番号を記入すること。 ・所属病棟は、所属部署名（○○科等。○階病棟等は不可）を記入する。
□	実務研修報告書	3	これまでの看護実践経験を実務研修として作成してください。 ・2026 年 12 月時点で記入してください。 ・看護師免許を取得してからの実務研修を年代順にすべて記入してください（准看護師期間は含みません）。 ・認定看護分野「認知症看護」での実務研修期間は、3 年以上の認知症看護における分野歴がわかるように記入してください。 ・異動、休職（産前・後、育児、介護、病気などでの休職をいう）、職位の変更等はその都度、行を変えて記入してください。 ・月の記入はその月の 1 日現在の部署（診療科）を記入してください。 ・記入欄が足りない場合は、行を追加して記入してください。 ・全実務研修期間には休職期間は含めません。月数は計算間違いのないように確認してください。
□	勤務証明書	4	・2026 年 12 月時点で記入・記載してください。 ・准看護師期間は勤務に含みません。
□	推薦書	5	・病院長または看護部長等に相当する職位の方が記入してください。推薦者氏名は自署、捺印してください。
□	志望理由書	6	・氏名は、自署してください。
□	認知症看護事例実積証明	7 -1	・担当した事例を 4 事例記載してください。
□	認知症看護事例要約	7 -2	・上記の 4 事例とは別に、1 事例について要約したものを記載してください。
□	受験票・写真票	8	・写真は、履歴書と同一のものを貼付してください。
□	振込通知書	9	・振込手数料はご負担ください。 ・取扱銀行収入印があるか確認し、コピーを貼付してください。
□	看護師免許証の写し	—	・A4 サイズに縮小してください。 ・改姓された方で、裏面に登録日が表記されている場合は両面コピーしてください。 ・保健師及び助産師の免許証の写しは必要ありません。
□	受験票の返信用封筒	—	・長形 3 号封筒（120mm×235mm）1 通 ・送付先の郵便番号、住所、氏名を明記し、460 円切手（簡易書留で送付）を貼付してください。
□	特定行為研修修了証の写し（該当者のみ）	—	修了している特定行為研修についてコピー1 通を同封する。

【様式１】　　受験番号（　　）

入　学　願　書

島根県立大学　学長様

私は、島根県立大学出雲キャンパス看護栄養交流センターの認知症看護認定看護師教育課程（B 課程）に入学いたしたく、関係書類を添えて申請いたします。

西暦　　年　　月　　日

ふりがな	
氏　　名 （自　署）	㊞
現　住　所	〒
電 話 番 号	
生 年 月 日	西暦　　年　　月　　日 生

【様式２】　　受験番号（　　）

履　歴　書

2026 年　　月　　日現在

写真貼付欄 4.0×3.0 ①3 ヶ月以内に撮影したもの ②写真裏面に氏名・生年月日を記入			
	フリガナ		男・女
	氏　名		㊞
	生年月日	（西暦）　　年　　月　　日生（満　歳）	

ふりがな		（TEL） （携帯電話）
現住所	〒	
ふりがな		病床数 床
所属機関名		
ふりがな		（TEL）
所属機関 住　所	〒	（所属病棟、内線） 病棟(内線　　)

免許取得年月日	（看護師）西暦	年	月	日	号
	（助産師）西暦	年	月	日	号
	（保健師）西暦	年	月	日	号

学歴（高等学校卒業時から記入）

（西暦）	学校名
年　月	
年　月	
年　月	
年　月	
年　月	
年　月	

「認知症看護」に関連して取得した資格、受講した講習会、参加した講演会
看護研究業績（学会及び研究会等での発表・学術誌投稿業績など）
社会的活動（例：地域サポーター、キャラバン・メイト、家族会　等）

【様式３】　　受験番号（　　）

実務研修報告書

１．実務研修施設歴（※受験者の経歴を記入する）

実務研修施設および内容について（2026 年 12 月末日現在として記載する）

1）全実務研修期間および実務研修施設名（※実務研修とは、看護実践経験のことをいう）

年　月	期　間	所属施設名	部署（診療科）	職　位	備考
年　月 ～　年　月	か月間				
年　月 ～　年　月	か月間				
年　月 ～　年　月	か月間				
年　月 ～　年　月	か月間				
年　月 ～　年　月	か月間				
年　月 ～　年　月	か月間				
年　月 ～　年　月	か月間				
年　月 ～　年　月	か月間				
年　月 ～　年　月	か月間				
全実務研修期間	か月間				

2）認定看護分野「認知症看護」での実務研修期間

※実務研修内容については、認知症看護における分野歴がわかるように記載する。

例：認知症ケアチーム、認知症看護チーム、認知症サポートチーム、精神科リエゾンチームなど

年　月	注 1) 期　間	所属施設名	部署（診療科）	実務研修内容
年　月 ～　年　月	か月間			
年　月 ～　年　月	か月間			
年　月 ～　年　月	か月間			
認定看護分野歴合計	か月間（　　年　　か月）※　　年　　月　　日現在			

【様式３】　　受験番号　（　　）

２．実務研修の実績　概要（※受験者の経歴を記入する）

前頁 1-2）認知症看護分野歴で記載した期間において、認知症の人の看護を担当した事例数（概算）

通算　（　　例）

※担当した事例とは、継続的・中心的に患者に関わった事例とする。

３．認定看護分野歴における実務研修施設　　概要

※最低 3 年間の認定看護分野歴における施設の実績について記入する。

施設が複数の場合（現在勤務している施設にて認定看護分野歴が 3 年に満たない場合)、施設ごとに実績を記入する（様式をコピーして記入する)。

認知症看護分野における実績　：　（施設名　　）

3-1）認知症看護分野における認知症の年間症例数	１．認知症の症例　　例/年
3-2）認知症看護分野における診療報酬の有無	１．認知症病棟入院料：　有 ・ 無 ２．精神科身体合併症管理加算：　有 ・ 無 ３．退院調整加算：　有 ・ 無 ４．他院時共同指導料：　有 ・ 無 ５．精神科リエゾンチーム加算：　有 ・ 無 ６．認知症ケア加算１：　有 ・ 無 ７．認知症ケア加算２：　有 ・ 無 ８．認知症ケア加算３：　有 ・ 無 ９．せん妄ハイリスク患者ケア加算：有 ・ 無 10. その他認知症関連の加算 （　　）
3-3）認知症看護分野に関する専門外来の有無	１．認知症専門外来　有 ・ 無
3-4）認知症看護分野の認定看護師及び認知症看護分野に関連する専門看護師の分野と人数 ※上記該当者がない場合のみ、受験申請者が認知症看護分野の実務研修において主に指導を受けた人を記入する	１．認知症看護認定看護師：有(　　名)・無 ２．老人看護専門看護師：有　(　　名)・無 ３．いずれも無の場合 実務研修指導者： 例）教育担当師長、認知症看護分野における経験 5 年以上を有する主任等

3-4)※については、認定看護師等の有資格者から直接指導を受ける機会があることが望ましいが、ない場合には部署の師長か主任等で分野の経験の 5 年以上あるものから指導を受けたことを記入するか、あるいは施設外の認定看護師からの指導があった場合はそれを記入する。

【様式４】　　受験番号　（　　）

勤務証明書

西暦　　年　　月　　日

氏　名：

勤務形態	勤務期間 ※	休職期間	通算常勤勤務期間
①常勤	(西暦) 年　月～　年　月	年　か月	年　か月
②非常勤	(西暦) 年　月～　年　月	年　か月	年　か月 (勤務は１日　時間／週　日)

※　2026 年 12 月末までの勤務期間を記載してください。

※　休職とは実務を行っていない期間すべてをいう。

上記の者について、記載内容に相違ないことを証明します。

職　位：

氏　名：　　㊞

施設名：

所在地：

TEL　：

※施設長に相当する職位の方が発行してください

【様式５】　　受験番号　（　　）

推　薦　書

西暦　　年　月　日

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の者は、認定看護師教育課程の教育を受ける要件を十分に充たしていると評価しますので、ここに推薦いたします

【推薦理由】

推薦者氏名（自署）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

職　　位：

所属機関：

住　　所：

TEL　：

【様式６】　　受験番号　（　　）

志　望　理　由　書

氏名（自署）：

【様式７-1】　　受験番号（　　）

氏名

認知症看護事例実績証明

※担当した疾病、治療・経過、患者の看護について５症例記入しなさい。

うち、１症例は事例要約としてアセスメントおよび看護上の問題点も記入すること

患者プロフィール（疾患・治療・経過）	看護の実際
【事例 No.1】	
【事例 No.２】	
【事例 No.３】	
【事例 No.４】	

※1 枚に収まるように記入すること。枠のサイズは変更不可とする。

【様式 7-２】　　受験番号（　　）

氏名

認知症看護事例要約

１．事例紹介【事例 No.5】

病名：	年齢：	性別：	職業：
原疾患・治療の概要（発症から受け持つまで）	受け持ち期間：		
	家族構成 キーパーソン		
生活歴	本人の病状確認 家族の病状認・今後の介護の方向性		

２．看護過程

アセスメント	看護上の課題

※1 枚に収まるように記入すること。

【様式 7-２】　　受験番号（　　）

看護目標	
看護計画	実施
評価	

※1 枚に収まるように記入すること。

【様式 8】　　受験番号（　　）

受 験 票

（受験者用）

島根県立大学出雲キャンパス看護栄養交流センター

認定看護師養成部　2027 年度

認定看護師教育課程　認知症看護分野

受験番号	
ふりがな	
氏名	
連絡事項	

※この受験票は受験当日必ずご持参ください。

試験実施日　2027 年 2 月 6 日（土）

試験会場　　島根県立大学出雲キャンパス

島根県出雲市西林木町 151

TEL　(0853)-20-0200(代表)

-3 か月以内の撮影
・半身脱帽、正面背景無
・カラー・白黒不問
・たて 4.0cm、よこ 3.0cm
・裏面に記名・生年月日記載

写 真 票

（認定看護師養成部用）

島根県立大学出雲キャンパス看護栄養交流センター

認定看護師養成部　2027 年度

認定看護師教育課程　認知症看護分野

受験番号	
ふりがな	
氏名	
連絡事項	

-3 か月以内の撮影
・半身脱帽、正面背景無
・カラー・白黒不問
・たて 4.0cm、よこ 3.0cm
・裏面に記名・生年月日記載

※履歴書、受験票、写真票は同一の写真を用いること。

受験票、写真票は切り取らず、A4 サイズのまま提出してください。認定看護師養成部で確認後、受験票を返送します。

受験番号欄は空白としてください。片面印刷にしてください。

【様式 9】　　受験番号（　　）

入学検定料納付通知書

氏　　名：

電話番号：

（日中連絡が取れる番号を記入してください）

※受領証のコピーを貼付	受験番号	
のりしろ		

記載例

【様式１】　入学願書
【様式２】　履歴書
【様式３】　実務研修報告書
【様式４】　勤務証明書
【様式５】　推薦書
【様式６】　志望理由書
【様式８】　受験票・写真票
【様式９】　入学検定料納付通知書

【様式１】　　受験番号（　　）

受験番号：記入しない

入　学　願　書

島根県立大学　学長様

私は、島根県立大学出雲キャンパス看護栄養交流センターの認知症看護認定看護師教育課程（B 課程）に入学いたしたく、ここに関係書類を添えて申請いたします。

西暦 2027 年　　月　　日

看護師免許証に記載の氏名を自筆で記入、捺印してください。

ふりがな	いずも　はなこ
氏　　名 （自　署）	出雲　華子　 ㊞
現　住　所	〒　693－0073 島根県出雲市南林木町 123 番地 4
電 話 番 号	090-****-1234
生 年 月 日	西暦　　1991 年　　6　月　　5　日 生

都道府県から記入してください。

【様式２】　　受験番号（　　）

履　歴　書

写真貼付欄 4.0×3.0 ①3ヶ月以内に撮影したもの ②写真裏面に氏名・生年月日を記入

2026 年　　月　　日現在

フリガナ	イズモ　ハナコ	男　女
氏　名	出雲　華子	華出子雲
生年月日	（西暦）　1991 年　6 月　5 日生（満　歳）	

試験当日の緊急連絡先として必ず携帯電話番号を記入してください。

ふりがな	しまねけんいずもしみなみはやしぎちょう 123 ばんち 4	(TEL) 0853-20-**11 (携帯電話) 090-****-****
現住所	〒　693-0073 島根県出雲市南林木町 123 番地 4	
ふりがな	○○ほうじん□□だいがく◇◇がくぶふぞくびょういん	病床数 600 床
所属機関名	○○法人□□大学◇◇学部附属病院	
ふりがな	しまねけんいずもしみなみはやしぎちょう 567 ばんち	(TEL) 0853-20-11**
所属機関住　所	〒　693－*073 島根県出雲市南林木町 567 番地	(所属病棟、内線) 脳神経外科病棟　(内線)1234

病院全体の病床数を記入してください。

正式名称を記入してください。

免許取得年月日	（看護師）西暦	年	月	日	号
	（助産師）西暦	年	月	日	号
	（保健師）西暦	年	月	日	号

学歴（高等学校卒業時から記入）

（西暦）	学校名
年　月	○○県立○○高等学校卒業
年　月	公立大学法人○○○大学　医学部看護学科　入学
年　月	公立大学法人○○大学　医学部看護学科　卒業
年　月	国立大学法人　○○大学医学研究科看護学博士前期課程　入学
年　月	国立大学法人　○○大学医学研究科看護学博士前期課程　修了
年　月	

・学校名は学科・課程を含め正式名称を記入してください。
・職歴は書かないでください。

「認知症看護」に関連して取得した資格、受講した講習会、参加した講演会

・認知症ケア専門士（2020 年 5 月取得）
・〇〇県看護協会　認知症高齢者の看護実践に必要な知識（2023 年 1 月受講）　など

講習会、講演会は直近 5 年以内を記入してください。

看護研究業績（学会及び研究会等での発表・学術誌投稿業績など）

該当なしの場合は「なし」と記入してください。

社会的活動：例　地域サポーター、キャラバン・メイト、家族会　等）

該当なしの場合は「なし」と記入してください。

【様式３】　　受験番（　　）

実務研修報告書

１．実務研修施設歴（※受験者の経歴を記入する）

実務研修施設および内容について（2026 年 12 月末日現在として記載する）

１）全実務研修期間および実務研修施設名（※実務研修とは、看護実践経験のことをいう）

年　月	期　間	所属施設名	部署（診療科）	職　位	備考
2013 年　4 月 ～ 2014 年　3 月	12 か月間	○○○機構△△△センター	整形外科病棟	スタッフ ナース	
2014 年　4 月 ～ 2016 年　3 月	24 か月間	○○○機構△△△センター		スタッフ ナース	
2016 年　5 月 ～ 2016 年　12 月	5 か月間	◇◇◇法人 ☆☆☆訪問看護ステーション	なし	スタッフ ナース	非常勤 （短時間勤務）
2017 年　4 月 ～ 2018 年　9 月	18 か月間	○○法人□□大学◇◇学部附属病院	消化器内科病棟	スタッフ ナース	
2018 年　10 月 ～　2019 年　7 月	10 か月間	○○法人□□大学◇◇学部附属病院	神経内科病棟	スタッフ ナース	
2019 年　8 月 ～　2020 年　3 月	8 か月間				産休期間
2020 年　4 月 ～　2022 年　3 月	24 か月間	○○法人□□大学◇◇学部附属病院	神経内科病棟	スタッフナース	
2022 年　4 月 ～ 2023 年　3 月	12 か月間	○○法人□□大学◇◇学部附属病院	脳神経外科病棟	主任看護師	
2023 年　4 月 ～ 2026 年 12 月	45 か月間	○○法人□□大学◇ 属病院			
全実務研修期間	150 か月間				

診療科がわかるように記載してください。

勤務形態が非常勤の場合、

『実質勤務時間 150 時間を 1 か月相当と換算する』

記載例では、1 日 5 時間を月 20 日間勤務した場合を示している。

（1 日 5 時間×20 日間×8 か月）＝5.3 か月

150 時間

２）認定看護分野「認知症看護」での実務研修期間

※実務研修内容については、認知症看護における分野歴がわかるように記載する。

例：認知症ケアチーム、認知症看護チーム、認知症サポートチーム、精神科リエゾンチームなど

年　月	注 1) 期　間	所属施設名	部署（診療科）	実務研修内容
2019 年 4 月 ～2019 年　7 月	4 か月間	○○法人□□大学◇◇学部附属病院	神経内科病棟	スタッフナース 認知症患者が 40%を占める
2020 年 4 月 ～2022 年　3 月	24 か月間	○○法人□□大学◇◇学部附属病院	精神科病棟	スタッフナース 認知症患者が 30%を占める
2021 年 4 月 ～2022 年　3 月	12 か月間	○○法人□□大学◇◇学部附属病院	神経内科病棟	認知症看護チーム メンバー
認定看護分野歴合計		40 か月間（　3　年　4　か月）※2026 年　月　日現在		

【様式３】　　受験番号（　　）

２．実務研修の実績　概要（※受験者の経歴を記入する）

前頁 1-2）認知看護分野歴で記載した期間において、認知症の人の看護を担当した事例数（概算）

通算　（　　例）

※担当した事例とは、継続的・中心的に患者に関わった事例とする。

３．認定看護分野歴における実務研修施設　　概要

※最低 3 年間の認定看護分野歴における施設の実績について記入する。

施設が複数の場合（現在勤務している施設にて認定看護分野歴が 3 年に満たない場合)、施設ごとに実績を記入する（様式をコピーして記入する)。

認知症看護分野における実績　：　（施設名　　）

3-1）認知症看護分野における認知症の年間症例数	１．認知症の症例　　150　　例/年
3-2）認知症看護分野における診療報酬の有無	１．認知症病棟入院料：　有・(無) ２．精神科身体合併症管理加算：　有・(無) ３．退院調整加算：　(有)・無 ４．退院時共同指導料：　有・(無) ５．精神科リエゾンチーム加算：　有・(無) ６．認知症ケア加算１：　有・(無) ７．認知症ケア加算２：　有・(無) ８．認知症ケア加算３：　(有)・無 ９．せん妄ハイリスク患者ケア加算：有・(無) 10. その他認知症関連の加算 （　　）
3-3）認知症看護分野に関する専門外来の有無	１．認知症専門外来　有・(無)
3-4）認知症看護分野の認定看護師及び認知症看護分野に関連する専門看護師の分野と人数 ※上記該当者がない場合のみ、受験申請者が認知症看護分野の実務研修において主に指導を受けた人を記入する	１．認知症看護認定看護師：有(　　名)・(無) ２．老人看護専門看護師：有(　　名)・(無) ３．いずれも無の場合 実務研修指導者：病棟副看護師長など 例）教育担当師長、認知症看護分野における経験 5 年以上を有する主任等

3-4）※については、認定看護師等の有資格者から直接指導を受ける機会があることが望ましいが、ない場合には部署の師長か主任等で分野の経験の 5 年以上あるものから指導を受けたことを記入するか、あるいは施設外の認定看護師からの指導があった場合はそれを記入する。

【様式４】　　受験番号（　　）

勤務証明書

西暦　　2027 年　1 月　6 日

氏　名：　　出雲　華子

勤務形態	勤務期間 ※	休職期間	通算常勤勤務実務期間
①常勤	(西暦) 2017 年 4 月～2026 年 12 月	年　8 か月	9 年　1 か月
②非常勤	(西暦) 年　月　～　年　月	年　か月	年　か月 (勤務は 1 日　時間／週　日)

※　2026 年 12 月末までの勤務期間を記載してください。

※　休職とは実務を行っていない期間すべてをいう。

看護実績を通算 5 年以上満たし、認知症看護分野の看護実践を通算 3 年以上満たす場合は、現職場だけの証明で構いません。
満たさない場合は前職場の証明も必要です。

上記の者について、記載内容に相違ないことを証明します。

職　位：　病院長

氏　名：　県立　　大　　㊞

〇〇法□
□大学◇
◇学部附
属病院長

個人の印鑑でも可

施設名：〇〇法人〇〇大学学部附属病院

所在地：〒693-0073
島根県出雲市南林木町 587 番地

TEL：

※施設長に相当する職位の方が発行してください

【様式５】　　受験番号（　　）

推　薦　書

西暦　　2026 年　　12 月　25 日

氏名：　出雲　華子

上記の者は、認定看護師教育課程の教育を受ける要件を十分に充たしていると評価しますので、ここに推薦いたします

【推薦理由】

氏名は、自筆でお願いします。

推薦者氏名（自署）：　島根　波奈子　㊞

職　　位：看護部長

所属機関：〇〇法人〇〇大学医学部附属病院

住　　所：〒693-0073
島根県出雲市南林木町 587 番地

TEL　：

【様式６】　　受験番号（　　）

志　望　理　由　書

氏名（自署）：出雲華子

パソコン入力、800 字程度で記入してください。

【様式８】

受 験 票

（受験者用）

島根県立大学出雲キャンパス看護栄養交流センター

認定看護師養成部　2027 年度

認定看護師教育課程　認知症看護分野

受験番号	
ふりがな	いずも　はなこ
氏名	出雲　華子
連絡事項	

※この受験票は受験当日必ずご持参ください。

試験実施日　2027 年 2 月 6 日（土）

試験会場　　島根県立大学出雲キャンパス

島根県出雲市西林木町 151

TEL　(0853)-20-0200(代表)

-3 か月以内の撮影
・半身脱帽、正面背景無
・カラー・白黒不問
・たて 4.0cm、よこ 3.0cm
・裏面に記名・生年月日記載

写 真 票

（認定看護師養成部用）

島根県立大学出雲キャンパス看護栄養交流センター

認定看護師養成部　2027 年度

認定看護師教育課程　認知症看護分野

受験番号	
ふりがな	いずも　はなこ
氏名	出雲　華子
連絡事項	

-3 か月以内の撮影
・半身脱帽、正面背景無
・カラー・白黒不問
・たて 4.0cm、よこ 3.0cm
・裏面に記名・生年月日記載

※履歴書、受験票、写真票は同一の写真を用いること。

受験票、写真票は切り取らず、A4 サイズのまま提出してください。養成部で確認後、受験票を返送します。

受験番号、連絡事項欄は空白としてください。

片面印刷にしてください。

【様式 9】　　受験番号（　　）

入学検定料納付通知書

氏　　名：

電話番号：

（日中連絡が取れる番号を記入してください）

※受領証のコピーを貼付	受験番号	

のりしろ

・振込依頼者は、受験者名でお願いします。
・ATM などで手続きの際、個人情報(残高など)を消してコピーを貼付してください。

問い合わせ先
島根県立大学出雲キャンパス
看護栄養交流センター認定看護師養成部
〒693-8550 島根県出雲市西林木町 151 番地

TEL：0853-20-0200（代表）
E-mail：nintei@u-shimane.ac.jp

