令和 6 年度（2024 年度）

認定看護師教育課程

（特定行為研修を組み込んでいる教育課程：B 課程）

募　集　要　項

「呼吸器疾患看護」

「感染管理」

福井大学大学院医学系研究科附属地域医療高度化教育研究センター
看護キャリアアップ部門
看護キャリアアップセンター
Nursing Carrer Development Center

研修生募集日程の概要

出 願 期 間　令和5年10月30日(月)～11月7日(火)
↓
選　 抜　 日　令和5年11月20日(月)
↓
合 格 者 発 表　令和5年12月8日(金)
↓
入学手続期間　令和5年12月15日(金)～12月22日(金)

目　　次

Ⅰ.教育機関の概要
　１．教育理念・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１
　２．教育目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１
Ⅱ.教育課程の概要
　＜呼吸器疾患看護＞
　１．目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１
　２．期待される能力・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１
　３．コアとなる知識・技術・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２
　＜感染管理＞
　４．目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２
　５．期待される能力・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２
　６．コアとなる知識・技術・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２
　７．定員・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３
　８．教育期間・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３
　９．特定行為実習について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３
　10．修了要件・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３
　11．教育内容・授業時間数・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４～５
Ⅲ.令和６年度 認定看護師教育課程 B課程　受験案内
　１．募集人員・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・６
　２．入学時期・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・６
　３．出願資格・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・６
　４．出願手続・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・６～８
　５．入学者選抜方法等・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・８～９
　６．合格者発表・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・９
　７．入学手続・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・９
　８．追加合格・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・９
　９．情報開示・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・９
　10．その他・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・10
　11．個人情報の取り扱い・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・10
　12．キャンパスマップ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・10

Ⅰ. 教育機関の概要

１．教育理念

福井大学大学院医学系研究科附属地域医療高度化教育研究センター看護キャリアアップ部門は，

〇キャリアアップ教育
〇生涯学習支援
〇看護実践能力開発
〇情報発信
〇研究支援
〇国際的・学術的な交流

などの事業を実施し，看護基礎教育を修了した看護師の継続的な教育・研究の推進を図ることで，専門的指導的役割を担う看護職を育成し，認定看護師教育においては，特定の看護分野で熟練した看護技術と知識を用い，質の高い看護ケアを実践できる人材を育成する。

２．教育目的

変動する社会環境の中で高度専門化する医療・看護の社会的ニーズに応えるべく，より質の高い看護ケアを提供する看護職のキャリアアップ支援に向けた教育活動の推進を図ること，特定の看護分野における認定看護師は，熟練した看護技術と知識を用い，臨床において，実践・指導・相談を行い，他の他職種と連携・協働し，看護の質の向上にむけて人材を育成する。また本学医学部附属病院とともに多面的な視野で実践研究に取り組み，看護学における教育・研究活動を地域社会に還元することを目的とする。

Ⅱ. 教育課程の概要

＜呼吸器疾患看護＞

１．目的

１）呼吸器疾患看護分野において，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できる能力を育成する。
２）呼吸器疾患看護分野において，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）呼吸器疾患看護分野において，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）呼吸器疾患看護分野において，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）呼吸障害に対して高い臨床推論力と病態判断力に基づき，身体的・心理的・社会的・スピリチュアルな側面の的確なアセスメントができる。
２）呼吸障害に対して高い臨床推論力と病態判断力に基づき，　呼吸症状のモニタリングと評価ができる。
３）呼吸障害のある対象者に対して症状緩和のためのマネジメントを行い，QOLを高めるための療養生活行動を支援することができる。
４）呼吸障害のある対象者の身体的・心理的・社会的な対象特性に応じて地域へつなぐ生活調整ができる。
５）呼吸器疾患看護分野において，役割モデルを示し，看護職への指導を行うことができる。
６）呼吸器疾患看護分野において，看護職等に対し相談対応・支援を行うことができる。
７）呼吸器疾患看護分野において，多職種と協働しチーム医療のキーパーソンとして，役割を果たすことができる。
８）呼吸器疾患看護分野において，患者・家族の権利を擁護し，自己決定を尊重した看護を実践できる。

３．コアとなる知識・技術

１）呼吸障害のある対象者の身体及び精神・社会的，スピリチュアルな側面を的確にアセスメントする知識・技術
２）呼吸症状のモニタリングと評価，重症化予防を行う知識・技術
３）呼吸障害のある対象者の療養生活行動支援のための知識・技術
４）呼吸障害のある対象者の特性に応じて地域へつなぐための生活調整ができる知識・技術
５）呼吸障害の症状緩和のためのマネジメントを行う知識・技術
６）身体所見から病態を判断し，侵襲的陽圧換気・非侵襲的陽圧換気の設定の変更，人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整，人工呼吸器からの離脱ができる知識・技術

注：ここでいう呼吸器疾患は，COPD，間質性肺炎，肺がん，気管支喘息，気管支拡張症，肺結核後遺症，非結核性抗酸菌症，肺繊維症，睡眠呼吸障害等，神経・筋疾患による呼吸障害を含む。

＜感染管理＞

４．目的

１）感染管理分野において，個人，家族及び集団に対して，医療関連感染予防のための高度な管理力及び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できる能力を育成する。
２）感染管理分野において，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）感染管理分野において，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）感染管理分野において，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。

５．期待される能力

１）施設及び地域の状況を評価し，医療関連感染予防・管理システムを組織的かつ戦略的に構築し推進することができる。
２）施設の状況にあわせた医療関連感染サーベイランスを実践できる。
３）感染リスクの高い患者あるいは感染徴候のある患者を多角的に捉え，臨床推論力と病態判断力に基づいた実践により，感染症の進行や重症化を予防し回復を促進することができる。
４）感染管理分野において役割モデルを示し，看護職への指導，看護職等へのコンサルテーションを行うことができる。
５）より質の高い医療を推進するため，多職種と協働し，チーム医療のキーパーソンとして役割を果たすことができる。
６）医療等を提供する場で働くあらゆる人々や患者とその家族に対し，倫理的配慮を行いながら医療関連感染予防と管理，抗菌薬の適正使用等における実践ができる。

６．コアとなる知識・技術

１）施設及び地域の医療関連感染の予防・管理システムの構築のための知識・技術
２）医療関連感染の予防と管理に関する科学的根拠を評価し，ケアの改善に活用するための知識・技術
３）医療関連感染サーベイランスの立案・実施・評価のための技術
４）身体所見を病態判断し，感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与ができる知識・技術

７．定員

呼吸器疾患看護分野　30名
感染管理分野　　20名

８．教育期間

令和６年４月～令和７年３月

９．特定行為実習について

特定行為研修の実習は，原則，研修生の所属施設で行います。それには，福井大学看護キャリアアップ部門研修機関の協力施設として，厚生労働省へ申請が必要となります。

＜自施設実習の要件＞

1）所属施設の医療安全体制，緊急時の対応体制を構築していること。
2）臨床実習指導者を確保できること。
　(1) 臨床実習指導者とは以下のものをいう。
　　① 臨床研修指導医
　　② 7年以上の臨床経験があり，医師・医学生への指導経験を有する医師
　　③ 特定行為研修修了者（平成22～24年の試行事業含む）
　　④ 専門看護師，認定看護師，大学での教授経験を有する看護師
　(2) 特定行為研修指導者講習会を受講していることが望ましい。
　(3) 指導者には必ず医師が含まれていること。
3）患者への同意説明体制がとれること。
4）実習期間内に該当症例数の確保等の要件を満たす体制が望ましい。

10．修了要件

１）当該分野の認定看護師教育基準カリキュラムに定める全教科目（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）において，各教科目の履修すべき時間数の５分の４以上を出席し，かつ本学の定める各教科目の試験に合格すること。
２）当該分野の認定看護師教育基準カリキュラムに定める全教科目（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）を含む修了試験において，80％以上の成績を修めている。

上記１及び２の要件を満たしている者につき，部門長は教員会の議を経て，その者の課程修了を判定します

11. 教育内容・授業時間数

＜呼吸器疾患看護＞

科目名		教科目名	時間数＊	
共通科目		1. 臨床病態生理学 2. 臨床推論 3. 臨床推論:医療面接 4. フィジカルアセスメント:基礎 5. フィジカルアセスメント:応用 6. 臨床薬理学:薬物動態 7. 臨床薬理学:薬理作用 8. 臨床薬理学:薬物治療・管理 9. 疾病・臨床病態概論 10.疾病・臨床病態概論:状況別 11.医療安全学:医療倫理 12.医療安全学:医療安全管理 13.チーム医療論(特定行為実践) 14.特定行為実践 15.指導 16.相談 17.看護管理 ※共通科目はeﾗｰﾆﾝｸﾞによる講義および演習・実習にて行なう。	40 45 15 30 30 15 15 30 40 15 15 15 15 15 15 15 15	380
専門科目	認定看護分野専門科目	1. 呼吸器疾患看護概論 2. 呼吸器疾患論 3. 呼吸障害のヘルスアセスメント 4. 呼吸リハビリテーション 5. 包括的看護実践 6. 自己管理のための患者教育 7. 在宅における呼吸ケア 8. 意思決定支援と人生の最終段階におけるケア	30 15 15 15 30 30 30 15	180
	特定行為研修区分別科目	1. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 2. 呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連 ※実習は特定行為 1 行為につき，5 症例以上の実習が必要	22 39	61
演習・実習	統合演習		15	165
	臨地実習		150	
			合計時間数	786時間

＊認定看護師教育基準カリキュラムでは45分を1 時間とみなす「みなし時間」を適用している。 特定行為研修は60分を1時間とする「実時間」を適用しているが，該当教科目の時間数は全て「みなし時間」で設定し表記している。

＜感染管理＞

科目名		教科目名	時間数＊	
共通科目		1. 臨床病態生理学 2. 臨床推論 3. 臨床推論:医療面接 4. フィジカルアセスメント:基礎 5. フィジカルアセスメント:応用 6. 臨床薬理学:薬物動態 7. 臨床薬理学:薬理作用 8. 臨床薬理学:薬物治療・管理 9. 疾病・臨床病態概論 10.疾病・臨床病態概論:状況別 11.医療安全学:医療倫理 12.医療安全学:医療安全管理 13.チーム医療論(特定行為実践) 14.特定行為実践 15.指導 16.相談 17.看護管理 ※共通科目はeﾗｰﾆﾝｸﾞによる講義および演習・実習にて行なう。	40 45 15 30 30 15 15 30 40 15 15 15 15 15 15 15 15	380
専門科目	認定看護分野専門科目	1. 感染管理学 2. 疫学・統計学 3. 微生物学 4. 医療関連感染サーベイランス 5. 感染防止技術 6. 職業感染管理 7. 感染管理指導と相談 8. 洗浄・消毒・滅菌とファシリティ・マネジメント	15 30 30 45 30 15 15 15	195
	特定行為研修区分別科目	1. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 2. 感染に係る薬剤投与関連 ※実習は特定行為 1 行為につき，5 症例以上の実習が必要	22 39	61
演習・実習	統合演習		15	165
	臨地実習		150	
			合計時間数	801時間

＊認定看護師教育基準カリキュラムでは45分を1 時間とみなす「みなし時間」を適用している。 特定行為研修は60分を1時間とする「実時間」を適用しているが，該当教科目の時間数は全て「みなし時間」で設定し表記している。

Ⅲ. 令和６年度 認定看護師教育課程　受験案内

（特定行為研修を組み込んでいる教育課程Ｂ課程）

１．募集人員

呼吸器疾患看護分野　30 名

感染管理分野　　20 名

２．入学時期

令和６年 ４月

３．出願資格

下記の要件をすべて満たしていること

１）共通要件

(1) 日本国の看護師免許を有すること。

(2) 入学時点において，看護師免許を取得後，通算５年以上の実務研修（そのうち通算３年以上は特定の看護分野の実務研修）をしていること。

(3) 上記「特定の看護分野の実務研修」とは，下記の通りである。

２）分野別要件

＜呼吸器疾患看護分野＞

(1) 通算3年以上，呼吸障害[注)] を持つ患者が多い部署での看護実績を有すること。

注：COPD，間質性肺炎,肺がん，気管支喘息，気管支拡張症，肺結核後遺症，非結核性抗酸菌症，肺線維症，睡眠呼吸障害等，神経・筋疾患による呼吸障害を含む。以下，呼吸障害と省略する。

(2) 呼吸障害のある患者の看護を5例以上担当した実績を有すること。

(3) 現在，呼吸障害を持つ患者の看護に携わっていることが望ましい。

＜感染管理分野＞

(1) 通算3年以上，感染管理に関わる活動実績（感染対策委員会，ICT，リンクナース会等）を有すること。

(2) 感染予防・管理等において自身が実施したケア等の改善実績を1事例以上有すること。

(3) 医療関連感染サーベイランス実施における一連の流れを理解していることが望ましい。

(4) 現在，医療施設等において，専任または兼任として感染管理に関わる活動に携わっていることが望ましい。

３）編入学者 [(注1)] の入学要件は，　1）2）の要件と同様である。編入学希望の方は，事前に事務局に申し出てください。

（注 1）編入学者とは，特定行為研修を修了しており，認定看護師教育を受けるために入学する者をいう。

４．出願手続

１）入学検定料　　50,000 円

２）出願期間

令和 5 年 10 月 30 日(月)～11 月 7 日(火)　最終日 16 時必着

注：郵送の場合は，レターパックライト（青色）を使用し，「品名」欄に『入学願書＜分野名＞』を書いて郵送してください。11 月 7 日(火)16 時必着であることに十分に配慮し送付してください。ただし，期限後に到着した出願書類等のうち，11 月 6 日(月)までの発信局日付印のある郵便に限り受理します。持参の場合の受付時間は，9 時から 16 時までです。

受験票は，出願期間終了後に送付します。11 月 16 日(木)までに受験票が到着しないときは，看護キャリアアップ部門事務局（電話 0776-61-8569）へ問い合わせてください。

３）出願書類等の提出先

〒910－1193　福井県吉田郡永平寺町松岡下合月 23-3

福井大学大学院医学系研究科附属地域医療高度化教育研究センター

看護キャリアアップ部門事務局　　電話　0776-61-8569（直通）

４）出願書類等

出 願 書 類 等		摘　　要
＊	入学願書（様式１）	すべて自筆で記入してください。（裏面：振込証明書コピー貼付）
＊	履歴書（様式２）	履歴書に記載してある記入上の注意を参照してください。 縦４㎝×横３㎝の写真（カラー，正面向き，無帽，上半身，無背景で出願前３か月以内に撮影したもの）を各１枚貼付してください。
＊	志願理由書（様式３）	本課程への志願理由を記載してください。パソコン等により作成し印字したものを貼付しても構いませんが，折りたたんだり，用紙の枠をはみ出して貼付しないでください。また，本様式に準じたものをパソコン等で作成し印刷したものを提出しても構いません。
＊	実務研修報告書 （様式４）	実務研修とは，実務経験を指します。所属施設名は正式名称を，また，所属部署名は当該認定看護分野との関連がわかるように記入してください。施設が複数の場合は用紙をコピーしてください。 ※フルタイム勤務でない場合は，1800 時間以上の勤務時間を１年相当とみなす。
＊	看護事例報告書 （様式５）	看護実務経験の中でもっとも関わりの深かった事例１つについて，まとめてください（Ａ４サイズ１枚におさめてください）。
＊	勤務証明書（様式６）	出願資格を証明する機関（看護部長の職位に相当する方）が作成したものが望ましい。現在の所属施設だけでは「通算５年以上の実務経験」を満たさない場合は，用紙をコピーし，以前の所属施設の証明も受けてください。
＊	推薦書（様式７）	現在，医療機関に所属している人は，提出してください。出願資格を証明する機関の長（看護部長に相当する職位の方）が作成したものが望ましい。提出なくても受験資格あり。
＊	特定行為研修自施設情報 （様式８）	特定行為研修の実習は原則自施設での研修となるため，自施設情報を記入して下さい。
＊	受験票	縦４㎝×横３㎝の写真（カラー，正面向き，無帽，上半身，無背景で出願前３か月以内に撮影したもの）を１枚貼付してください。
	免許証の写し	看護師の免許証の写し（Ａ４サイズに縮小コピーして提出してください）。
	受験票送付用封筒	長３サイズ（縦 235 ㎜×横 120 ㎜）の封筒に，志願者の郵便番号，住所，氏名を明記し，344 円分の切手を貼付して提出してください。
	選抜結果通知用封筒	長３サイズ（縦 235 ㎜×横 120 ㎜）の封筒に，志願者の郵便番号，住所，氏名を明記し提出してください。切手は不要です。

＊印は所定の用紙

全てホームページからダウンロードできます：http://kango-career.med.u-fukui.ac.jp/

５）検定料の納入について

(1) 以下の①または②のいずれかの方法で検定料 50,000 円を本人名義で振り込んでください（インターネットは絶対に使用しないでください）。なお，振込手数料は本人負担でお願いします。また施設名義から振り込む場合は，事務局までご連絡（メール可）ください。

①最寄りの銀行等に備え付けの「振込依頼書」を使用して振り込む。

②ＡＴＭ（現金自動預払機）を利用して振り込む（**※必ず，本人名義からの振込のこと**）。

①，②いずれの場合も，振り込み時に発行される「払込金受取書（①の場合）」又は「ご利用明細票（②の場合）」のコピーを，入学願書（様式１）の裏面に必ず貼り付けて提出してください。

(2) 振込依頼書の記入及びＡＴＭでの入力は次のとおりです。

金融機関名　　福井銀行　本店営業部
預金種目　　普通
口座番号　　６０２４０３４
受取人氏名　　看護キャリアアップセンター　センター長　長谷川智子
カナ表記　　カンゴキヤリアアツプセンター
振込依頼人　　本人氏名
振込期間　　令和5年10月30日(月)～11月7日(火)
＊ただし，出願書類は**11月7日(火)** 16時必着であることを考慮し，余裕を持って振り込んでください。

6）出願上の注意
(1) 改姓により証明書等の氏名が現在と異なる場合は，改姓したことを証明できる書類（戸籍抄本など）を添付し）ください。
(2) 出願書類等に不備がある場合は，受理できないことがあるので十分注意してください。
(3) 出願書類等の受理後は，どのような事情があっても書類の返還並びに記載事項の変更は認められません。
(4) 出願書類等の受理後は，次の場合を除き，いかなる理由があっても振込済みの検定料は返還しません。
①検定料を振り込んだが，出願しなかった（出願書類等を提出しなかった又は出願書類等が受理されなかった）場合
②検定料を誤って二重に振り込んだ場合
なお，返還方法については，本学大学院医学系研究科附属地域医療高度化教育研究センター看護キャリアアップ部門（0776-61-8569）に問い合わせてください。

５．入学者選抜方法等

1）選抜日　　**令和5年11月20日(月)**

2）選抜方法　書類審査・筆記試験及び面接

試験時間	試験科目等	出題内容等
9：00 ～ 10:00	専門科目	看護の基礎知識と当該分野の基礎知識を問います。
10:30 ～	面　　接	面接の順番は試験当日にお知らせします。1人10分。

3）選考基準
上記，書類審査・筆記試験及び面接の結果を総合的に判断し，本学認定看護師教育課程入試委員会にて合否判定を行います。面接試験の選考基準項目は「意欲および積極性」,「表現力」,「協調性」,「一般的態度」,「看護の資質」の5項目とします。

4）受験上の注意
(1) 試験当日は，試験開始15分前までに試験室へ入室してください。
(2) 試験開始時刻に遅刻した場合は，試験開始後30分以内に限り受験を認めます。ただし，受験が認められた場合でも，試験時間の延長は認めません。
(3) 試験中は受験票を常に携帯し，筆記試験の際には机上に提示しておいてください。
(4) 試験中に使用を許可するものは，鉛筆，シャープペンシル，消しゴム，鉛筆削り，メガネ，時計に限ります。
(5) 計時以外の機能を持った時計の使用は認めません。また，携帯電話等の電源は必ず切ってかばんの中においてください。なお，試験室には時計はありません。
(6) 昼食を持参し試験室内で適宜食事をしてください。

(7) 試験当日，自家用車で来た場合には，所定の駐車場（巻末の試験場案内図を参照）に駐車してください。

5）感染症予防対策について

(1) 感染症の予防対策として，当日はマスクの着用（各自準備）と手指消毒を行ってください。

(2) 試験日当日の朝は必ず体温測定を行ってください。発熱や感染兆候がある人は試験会場に入場することはできません。

(3) 追試験は行いませんので，予めご了承ください

6）試験会場

福井大学（松岡キャンパス）医学部看護学科棟 2 階第 2 講義室

（巻末の位置図及び試験場案内図を参照）

6．合格者発表

令和 5 年 12 月 8 日(金)10 時

本学大学院医学系研究科附属地域医療高度化教育研究センター看護キャリアアップ部門ホームページに合格者受験番号を発表します。

（http://kango-career.med.u-fukui.ac.jp/）なお，電話等による照会には一切応じません。

7．入学手続

1）入学手続期間・方法

令和 5 年 12 月 15 日(金)～12 月 22 日(金)　最終日 16 時必着

合格者には，合格通知書とともに「入学手続要項」等を送付します。入学手続に関するすべての事項は，合格者本人がこの入学手続要項を熟読することによって，必ず本人の責任で確認してください。なお，入学手続は，郵送又は持参によるものとし，入学手続期間内に所定の手続を完了しなかった者は，本課程への入学を辞退したものとして取り扱います。

2）入学手続時に要する経費

入学料	授業料（実習費含む）	合計
50,000 円	950,000 円	1,000,000 円

※教育期間中の書籍代，交通費，宿泊費，通学・実習に関わる交通費・宿泊費，研修に係る保険加入費等は全て自己負担となります。

※授業料の納入方法については，別途通知します。(入学後の納入となります)

※納入された入学料・授業料は原則として返還しません。

8．追加合格

入学手続期間終了後，募集人員に欠員が生じた場合は，令和 6 年 1 月 4 日(木)以降に合格者の追加を行います。

追加合格は，電話により直接受験者に通知します。追加合格者の入学手続は，追加合格連絡の際に説明します。

追加合格について，電話等による照会には一切応じません。

9．情報開示

受験者は，自己試験結果の開示を請求することができます。開示を希望する方は，［受験番号］［氏名］［開示請求理由］を記載の上，下記へメールにてお問合せください。

開示請求希望連絡先：看護キャリアアップ部門事務局　kango-career@ml.cii.u-fukui.ac.jp

開示請求できる人	開示内容	開示期間	開示方法
受験者	総合得点及び順位	合格発表日より1か月間	文書にて郵送

10. その他

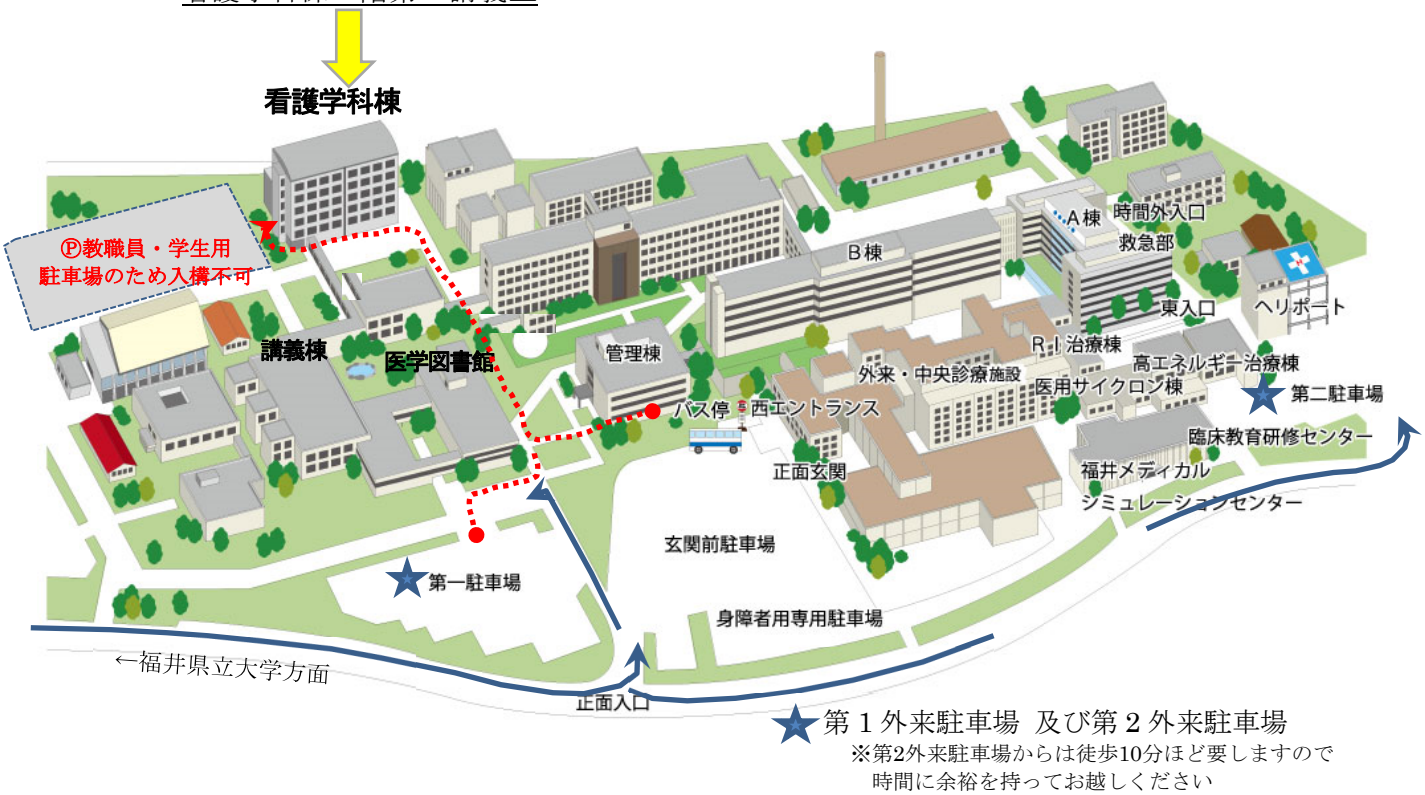
開講期間の 1 年間は，講義・演習・実習のために容易に欠席できない状況になります。1 日欠席したことにより，単位習得ができなくなる科目があります。余裕を持って受講ができる環境を整えてください。

11. 個人情報の取り扱い

出願書類等に記載された個人情報は，福井大学大学院医学系研究科附属地域医療高度化教育研究センター看護キャリアアップ部門において管理し，入学者選抜，入学手続きならびに入学後の修学指導等の業務においてのみ利用し，それ以外の目的には使用しません。

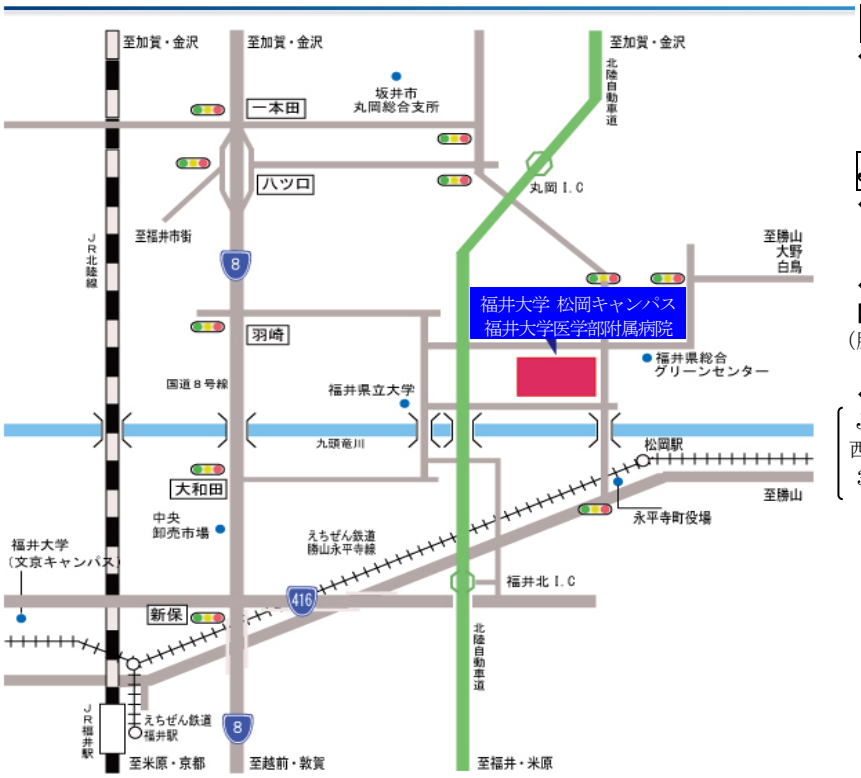
12. キャンパスマップ

<u>＜試験会場＞</u>
<u>看護学科棟 2 階第 2 講義室</u>



駐車場・バス停留所より看護学科棟経路

交通アクセスについて



自家用車

◆北陸自動車道
福井北 JCT・I.C から北へ約 4km,
または丸岡 I.C から南へ約 5km

JR 福井駅より

◆ タクシー－－－－－－－－－福井大学松岡キャンパス
（30~40 分）福井大学病院前

◆ えちぜん鉄道
【福井駅】－－－－－【松岡駅】－－－－－福井大学病院
（勝山永平寺線）（約 20 分）　　（バス約 7 分）

◆ 京福バス
JR 福井駅西口
西口バスターミナル①番より乗車－－－－－福井大学病院
33、34、35、37 系統　　（約 35~45 分）

【 その他入試に関する問い合わせ先 】

福井大学大学院医学系研究科附属地域医療高度化教育研究センター
看護キャリアアップ部門事務局
〒910－1193
福井県吉田郡永平寺町松岡下合月 23-3
電話：0776-61-8569（直通）／ FAX：0776-61-8145
E-mail：kango-career@ml.cii.u-fukui.ac.jp

＊ホームページもぜひご覧ください。出願に必要な所定用紙は全てダウンロードできます。
http://kango-career.med.u-fukui.ac.jp/

＜呼吸器疾患看護分野＞

様　　式

様式１

受験番号	※ RN

入　学　願　書

福井大学大学院医学系研究科附属
地域医療高度化教育研究センター
看護キャリアアップ部門長　殿

私は，福井大学大学院医学系研究科附属地域医療高度化教育研究センター看護キャリアアップ部門認定看護師教育課程 B 課程「呼吸器疾患看護」に入学したいので，ここに関係書類を添えて申請します。

西暦　　年　　月　　日

現住所
（〒　　－　　）

氏　名（ふりがな）（自署）

㊞

西暦　　年　　月　　日生

注）※印欄は記入しないでください。

様式２

受験番号	※RN

履　　歴　　書

（西暦）　　年　　月　　日現在

ふりがな 氏　　名		男　・　女	写真貼付欄 カラー，正面向き，無帽，上半身，無背景で，出願前３か月以内に撮影したものを全面のり付けして貼付してください。 縦４㎝×横３㎝ ＊写真裏面に記名
生年月日	（西暦）　　年　　月　　日生（満　　歳）		
ふりがな 現住所	〒　　－ TEL 自宅：　　－　　－ 携帯：　　－　　－		
勤務先 所属機関	ふりがな 名　称		所属部署
	設置主体		病床数　　床
	所在地	〒　　－ TEL　　－　　－	
看護師免許証登録年月日	看護師　（西暦）　　年　　月　　日（　　号）		

学　　歴　（高等学校卒業時から記入）	
（西暦）　　年　　月	

職　歴（看護師免許取得以降，部署名，職位を含む）	
（西暦） 年　　月～　　年　　月	
年　　月～　　年　　月	
年　　月～　　年　　月	
年　　月～　　年　　月	
年　　月～　　年　　月	
年　　月～　　年　　月	
年　　月～　　年　　月	

注１）※印欄は記入しないでください。
注２）勤務先所属機関の名称及び設置主体については，正式名称（独立行政法人○○○機構，○○県，医療法人○○会等）を記入してください。また，病床数は，病院全体の数を記入してください。
注３）学歴および職歴欄に書ききれないときは，別紙に記入して添付してください。

様式３

受験番号	※ RN

志 願 理 由 書

氏　名

注１）※印欄は，記入しないでください。
注２）パソコン等により作成し印字したものを貼付しても構いませんが，折り畳んだり，用紙の枠をはみ出して貼付しないでください。
注３）本様式に準じたものをパソコン等で作成し印刷したものを提出しても構いません。

様式４

受験番号	※ RN

実務研修報告書

1. 実務研修期間および内容について

※**教育機関入学までの職歴**を記載してください。

1）呼吸器疾患看護分野における看護実務研修期間

年（西暦）	月	～	年	月	期　間	所属施設名	実務研修部署（診療科）	職位
		～			年　　ヶ月			
		～			年　　ヶ月			
		～			年　　ヶ月			
		～			年　　ヶ月			
		～			年　　ヶ月			
				①合計	年　　ヶ月			

2）呼吸器疾患看護分野以外での看護実務研修期間

年（西暦）	月	～	年	月	期　間	所属施設名	職位
		～			年　　ヶ月		
		～			年　　ヶ月		
		～			年　　ヶ月		
		～			年　　ヶ月		
				②合計	年　　ヶ月		

3）看護実務研修期間の確認

①（3 年以上）	②	①+②（5 年以上）
年　　ヶ月	年　　ヶ月	年　　ヶ月

2. 認定看護分野に関連する看護実務研修施設の内容

※呼吸器疾患看護分野の実務研修期間（最低３年）における所属施設での症例について記載する。

1）	施設名	
2）	①呼吸器疾患看護分野に関連する年間症例数（入院・外来を含む延べ人数） ②そのうち，自分自身が関わった IPPV・TPPV・NPPV に関連した症例数	①　　症例／年 ②IPPV：　　症例／年 TPPV：　　症例／年 NPPV：　　症例／年

※【教育機関チェック欄】

- □　上記の実務研修期間のうち呼吸障害を持つ患者が多い部署での看護実績を３年以上していること。
- □　呼吸障害のある患者の看護を５例以上担当していること。
- □　現在，呼吸障害を持つ患者の看護に携わっていることが望ましい。

様式５

受験番号	※ RN

看護事例報告書

【事例】

実務経験の中でもっとも関わりの深かった１事例に関して，以下の内容についてまとめて記載する。

受持ち期間：　　年　　月　～　　年　　月

テーマ：

《看護の展開》
１．基本情報とアセスメント　２．看護問題　３．看護目標と計画　４．実施結果　５．評価

注）Ａ４サイズ１枚におさめてください。
※印欄は，記入しないでください。

様式６

受験番号	※ RN

勤　務　証　明　書

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

１．在職期間

在　職　期　間 ＊休職期間を除いた期間を記入	所　属　部　署 ＊該当するものに○をし，診療科がわかるように（　　）内に記入	勤務形態 （どちらかに○）
（西暦） 年　月　日～　年　月　日	外来・病棟・その他 診療科（　　）	常勤　・　非常勤
年　月　日～　年　月　日	外来・病棟・その他 診療科（　　）	常勤　・　非常勤
年　月　日～　年　月　日	外来・病棟・その他 診療科（　　）	常勤　・　非常勤
年　月　日～　年　月　日	外来・病棟・その他 診療科（　　）	常勤　・　非常勤
年　月　日～　年　月　日	外来・病棟・その他 診療科（　　）	常勤　・　非常勤

通算＿＿＿＿年＿＿＿月間（うち，呼吸器疾患看護に従事した期間　＿＿＿＿年＿＿＿月間）

休職等特記事項：

２．所属部署の具体的な特徴・主な症例等

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記のとおり相違ないことを証明します。

西暦　　年　　月　　日

機関（施設）名

所在地

職　位

氏　名　　印

注）※印欄は，記入しないでください。

様式７

受験番号	※ RN

推　　薦　　書

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の者は，認定看護師教育課程 B 課程「呼吸器疾患看護」の研修生として，専門教育を受ける要件を十分に充たしていると評価し，ここに推薦いたします。

推薦理由

西暦　　年　　月　　日

機関（施設）名

所在地

職　位

推薦者氏名（自署）　　印

注１）※印欄は，記入しないでください。
注２）パソコン等により作成し印字したものを貼付しても構いませんが，折りたたんだり，用紙をはみ出して貼付しないでください。
注３）本様式に準じたものをパソコン等で作成し印刷したものを提出しても構いません。

様式８

受験番号	※ RN

自 施 設 情 報

関連病院の場合は施設名を記入＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

区分別科目名	特 定 行 為 名	症例数／月	該当するものに☑する。		
			①自施設に特定行為区分の実習が行える医師の指導者がいる	②自施設に特定行為区分の実習が行える看護職の指導者がいる	③自施設に特定行為研修修了者がいる
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整		□	□	□
	脱水症状に対する輸液による補正				
呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連	侵襲的陽圧換気の設定の変更		□	□	□
	非侵襲的陽圧換気の設定の変更				
	人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整				
	人工呼吸器からの離脱				

※特定行為研修の症例数については，各行為ごとに記載する。
※特定行為研修の臨地実習は原則自施設での研修とし，特定行為 1 行為につき，5 症例以上を必要とする。自施設での実習や症例の確保が困難な場合は，関連病院施設など，協力施設の情報を記載すること。
※実習の指導者には必ず医師が含まれていること。指導者とは，医師の指導者は，7 年以上の臨床経験があり臨床研修指導医と同等以上の経験を有すること。看護師の指導者は，特定行為研修を修了した看護師やこれに準ずる者として専門看護師，認定看護師及び大学等での教授経験を有する看護師などである。

注）※印欄は，記入しないでください。

令和６年度
認定看護師教育課程「呼吸器疾患看護」

受　験　票

受験番号	※ RN

ふりがな		写真貼付欄 カラー，正面向き，無帽，上半身，無背景で，出願前３か月以内に撮影したものを全面のり付けして貼付してください。 縦４㎝×横３㎝ ＊写真裏面に記名
氏　　名		
【試験日程】 令和５年 11 月 20 日(月) 9:00～10:00　筆記試験 10:30～　　面　接 【試験場】 福井大学医学部看護学科棟２階第２講義室		

注）※印欄は記入しないでください。

令和６年度
認定看護師教育課程「呼吸器疾患看護」

写　真　票

受験番号	※ RN

ふりがな		写真貼付欄 受験票と同一の写真を全面のり付けして貼付してください。 縦４㎝×横３㎝ ＊写真裏面に記名
氏　　名		
所属施設名		
所在地 (都道府県名のみ)		

注）※印欄は記入しないでください。

＜感染管理分野＞

様　　式

様式１

受験番号	※ IC

入　学　願　書

福井大学大学院医学系研究科附属
地域医療高度化教育研究センター
看護キャリアアップ部門長　殿

私は，福井大学大学院医学系研究科附属地域医療高度化教育研究センター看護キャリアアップ部門認定看護師教育課程 B 課程「感染管理」に入学したいので，ここに関係書類を添えて申請します。

西暦　　年　　月　　日

現住所
（〒　　－　　）

氏（ふりがな）名　（自署）

㊞

西暦　　年　　月　　日生

注）※印欄は記入しないでください。

＜感染管理分野＞

様式２

受験番号	※ IC

履　　歴　　書

（西暦）　　年　　月　　日現在

ふりがな 氏　　名		男　・　女	写真貼付欄 カラー，正面向き，無帽，上半身，無背景で，出願前３か月以内に撮影したものを全面のり付けして貼付してください。 縦４㎝×横３㎝ ＊写真裏面に記名
生年月日	（西暦）　　年　　月　　日生（満　　歳）		
ふりがな 現 住 所	〒　　－ TEL 自宅：　　－　　－ 携帯：　　－　　－		
勤 務 先 所属機関	ふりがな 名　称		所属部署
	設置主体		病床数　　床
	所在地	〒　　－ TEL　　－　　－	
免許取得年月日	看護師　（西暦）　　年　　月　　日（　　号）		

学　　歴　（高等学校卒業時から記入）	
（西暦）　　年　　月	

職　歴（看護師免許取得以降，部署名，職位を含む）	
（西暦） 年　　月～　　年　　月	
年　　月～　　年　　月	
年　　月～　　年　　月	
年　　月～　　年　　月	
年　　月～　　年　　月	
年　　月～　　年　　月	
年　　月～　　年　　月	

注１）※印欄は記入しないでください。
注２）勤務先所属機関の名称及び設置主体については，正式名称（独立行政法人○○○機構，○○県，医療法人○○会等）を記入してください。また，病床数は，病院全体の数を記入してください。
注３）学歴および職歴欄に書ききれないときは，別紙に記入して添付してください。

様式３

受験番号	※ IC

志 願 理 由 書

氏　名

注１）※印欄は，記入しないでください。
注２）パソコン等により作成し印字したものを貼付しても構いませんが，折り畳んだり，用紙の枠をはみ出して貼付しないでください。
注３）本様式に準じたものをパソコン等で作成し印刷したものを提出しても構いません。

様式４

受験番号	※ IC

実務研修報告書

1. 実務研修期間および内容について

※**教育機関入学までの職歴**を記載してください。

1）感染管理分野における看護実務研修期間

年（西暦）	月	～	年	月	期　間	所属施設名	実務研修部署	職位
		～			年　　ヶ月			
		～			年　　ヶ月			
		～			年　　ヶ月			
				①合計	年　　ヶ月			

2）感染管理分野以外での看護実務研修期間

年（西暦）	月	～	年	月	期　間	所属施設名	職位
		～			年　　ヶ月		
		～			年　　ヶ月		
		～			年　　ヶ月		
				②合計	年　　ヶ月		

3）看護実務研修期間の確認

①（3 年以上）	②	①+②（5 年以上）
年　　ヶ月	年　　ヶ月	年　　ヶ月

2. 認定看護分野に関連する看護実務研修内容

※感染管理分野の実務研修期間（最低３年）における所属施設での症例について記載する。

1）	施設名	
2）	実施しているサーベイランスの種類	「血管内留置カテーテル関連血流感染」有　・　無 「尿道留置カテーテル関連尿路感染」　有　・　無 「手術部位感染」　有　・　無 「人工呼吸器関連感染」　有　・　無 その他「　　」
3）	感染管理相談の年間事例数	年間（　　）件
4）	施設基準の届出	□ 感染対策向上加算１ □ 感染対策向上加算２ □ 感染対策向上加算３ □ 外来感染対策向上加算 □ 届出なし あなたは感染対策チームの□専従である　□専任である □兼任である　□どちらでもない

※【教育機関チェック欄】

- □　上記の実務研修期間のうち感染管理に関わる活動実績を３年以上していること。
- □　感染予防・管理などにおいて自身が実施したケア等の改善実績を１事例以上有すること。
- □　医療関連感染サーベイランス実施における一連の流れを理解していることが望ましい。
- □　現在，医療施設等において，専任または兼任として感染管理に関わる活動に携わっていることが望ましい。

様式５

受験番号	※ IC

看護事例報告書

【事例】
実務研修施設に記載した期間において受験者自身が，感染予防・感染管理において実施したケアの改善実績例１事例を以下の内容についてまとめて記載する。

実施期間：　　年　　月　～　　年　　月

改善事例の種類　：（該当する番号に ○，その他は具体的に記載）

1. 血流感染予防・管理　2. 尿路感染予防・管理
3. 肺炎予防・管理　4. 手術部位感染予防・管理
5. 手指衛生　6. 洗浄・消毒・滅菌
7. 環境整備　8. 職業感染予防
9. その他（　　）

1.改善前の状況　2.問題点　3.改善の根拠　4.改善のための計画　5 実施結果　6 評価

注）Ａ４サイズ１枚におさめてください。
※印欄は，記入しないでください。

様式６

受験番号	※ IC

勤　務　証　明　書

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２．在職期間

在　職　期　間 ＊休職期間を除いた期間を記入	所　属　部　署 ＊該当するものに○をし，診療科がわかるように（　　）内に記入	勤務形態 （どちらかに○）
（西暦） 年　月　日～　年　月　日	外来・病棟・その他 診療科（　　）	常勤　・　非常勤
年　月　日～　年　月　日	外来・病棟・その他 診療科（　　）	常勤　・　非常勤
年　月　日～　年　月　日	外来・病棟・その他 診療科（　　）	常勤　・　非常勤
年　月　日～　年　月　日	外来・病棟・その他 診療科（　　）	常勤　・　非常勤
年　月　日～　年　月　日	外来・病棟・その他 診療科（　　）	常勤　・　非常勤

通算＿＿＿＿年＿＿＿月間（うち，感染管理分野に従事した期間　＿＿＿＿年＿＿＿月間）

休職等特記事項：

２．所属部署の具体的な特徴・主な症例等

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記のとおり相違ないことを証明します。

西暦　　年　　月　　日

機関（施設）名

所在地

職　位

氏　名　　印

注）※印欄は，記入しないでください。

様式７

受験番号	※ IC

推　　薦　　書

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の者は，認定看護師教育課程 B 課程「感染管理」の研修生として，専門教育を受ける要件を十分に充たしていると評価し，ここに推薦いたします。

推薦理由

西暦　　年　　月　　日

機関（施設）名

所在地

職　位

推薦者氏名（自署）　　印

注１）※印欄は，記入しないでください。
注２）パソコン等により作成し印字したものを貼付しても構いませんが，折りたたんだり，用紙をはみ出して貼付しないでください。
注３）本様式に準じたものをパソコン等で作成し印刷したものを提出しても構いません。

様式８

受験番号	※ IC

自 施 設 情 報

関連病院の場合は施設名を記入＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

区分別科目名	特 定 行 為 名	症例数／月	該当するものに☑する。		
			①自施設に特定行為区分の実習が行える医師の指導者がいる	②自施設に特定行為区分の実習が行える看護職の指導者がいる	③自施設に特定行為研修修了者がいる
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整		□	□	□
	脱水症状に対する輸液による補正				
感染に係る薬剤投与関連	感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与		□	□	□

※特定行為研修の症例数については，各行為ごとに記載する。
※特定行為研修の臨地実習は原則自施設での研修とし，特定行為 1 行為につき，5 症例以上を必要とする。自施設での実習や症例の確保が困難な場合は，関連病院施設など，協力施設の情報を記載すること。
※実習の指導者には必ず医師が含まれていること。指導者とは，医師の指導者は，7 年以上の臨床経験があり臨床研修指導医と同等以上の経験を有すること。看護師の指導者は，特定行為研修を修了した看護師やこれに準ずる者として専門看護師，認定看護師及び大学等での教授経験を有する看護師などである。

注）※印欄は，記入しないでください。

令和６年度
認定看護師教育課程「感染管理」

受　験　票

受験番号	※ IC

ふりがな		写真貼付欄 カラー，正面向き，無帽，上半身，無背景で，出願前３か月以内に撮影したものを全面のり付けして貼付してください。 縦４㎝×横３㎝ ＊写真裏面に記名
氏　　名		
【試験日程】 令和５年11月20日(月) 9:00～10:00　筆記試験 10:30～　　面　接 【試験場】 福井大学医学部看護学科棟２階第２講義室		

注）※印欄は記入しないでください。

令和６年度
認定看護師教育課程「感染管理」

写　真　票

受験番号	※ IC

ふりがな		写真貼付欄 受験票と同一の写真を全面のり付けして貼付してください。 縦４㎝×横３㎝ ＊写真裏面に記名
氏　　名		
所属施設名		
所在地 (都道府県名のみ)		

注）※印欄は記入しないでください。