

令和元年度『鳥取県糖尿病療養指導士試験受験資格取得のための講習会』

開 催 要 項

鳥取県糖尿病療養指導士認定機構

1 目 的

この講習会は、鳥取県糖尿病療養指導士の育成を目的として開催します。

2 実施主体

鳥取県糖尿病療養指導士認定機構（鳥取県医師会内）

3 日時・会場

≪講習会 A≫

令和元年 10 月 6 日（日）9 時 20 分～17 時 30 分（受付：9 時～9 時 20 分）

鳥取県西部医師会館 米子市久米町 136 番地

≪講習会 B≫

令和元年 11 月 24 日（日）9 時 20 分～17 時 20 分（受付：9 時～9 時 20 分）

鳥取県医師会館 鳥取市戎町 317

≪講習会 C≫

令和 2 年 1 月 19 日（日）9 時 20 分～17 時 30 分（受付：9 時～9 時 20 分）

倉吉交流プラザ 倉吉市駄経寺町 187-1

*当日連絡先（県医師会公用携帯）090-5694-1845

4 日程・内容

4 ページから 6 ページのとおり

5 受講対象者

以下のすべてを満たす方を対象とします。

- 1) 看護師、保健師、助産師、准看護師、管理栄養士、栄養士、薬剤師、臨床検査技師、衛生検査技師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、視能訓練士、臨床工学技士、救急救命士、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、鍼灸師、介護支援専門員（ケアマネージャー）、介護職員初任者研修、介護職員実務者研修、臨床心理士 のいずれかの資格を有する者
- 2) 糖尿病療養指導の実務経験が 3 年以上あること
- 3) 日本糖尿病協会の正会員であること（研修受講決定後に加入も可）

6 定 員

60 名程度

※応募者多数の場合には受講者及び受講人数などを調整させていただくことがあります。

7 申込み期間

令和元年7月1日（月）～令和元年8月30日（金）

8 申込み先

鳥取県糖尿病療養指導士認定機構（鳥取市戎町317 鳥取県医師会内）

TEL：0857-27-5566

FAX：0857-29-1578 *申込み受付は、FAXのみです。

9 受講料

9,000円

受講決定通知書が届きましたら、通知書に記載されている指定口座に、指定されている期日までに受講料の振込みをお願いします。手数料は各自で負担してください。

ただし、すでに振込み済みの方は、免除となります。

10 講習会の受講について

(1) 講習会はすべて必修となります。3年以内にABCの全ての講習会を受講した者のみ、試験を受験することが出来ます。毎講習会終了後に配付します受講証明書は、3年間有効です。

(2) 受講者は、日本糖尿病協会に正会員として入会しなければいけません。

(3) 過去3年以内に受講済みの講習会へ再度受講をご希望の方は、ご希望の講義日と再受講である旨を申込書へ記載してください。

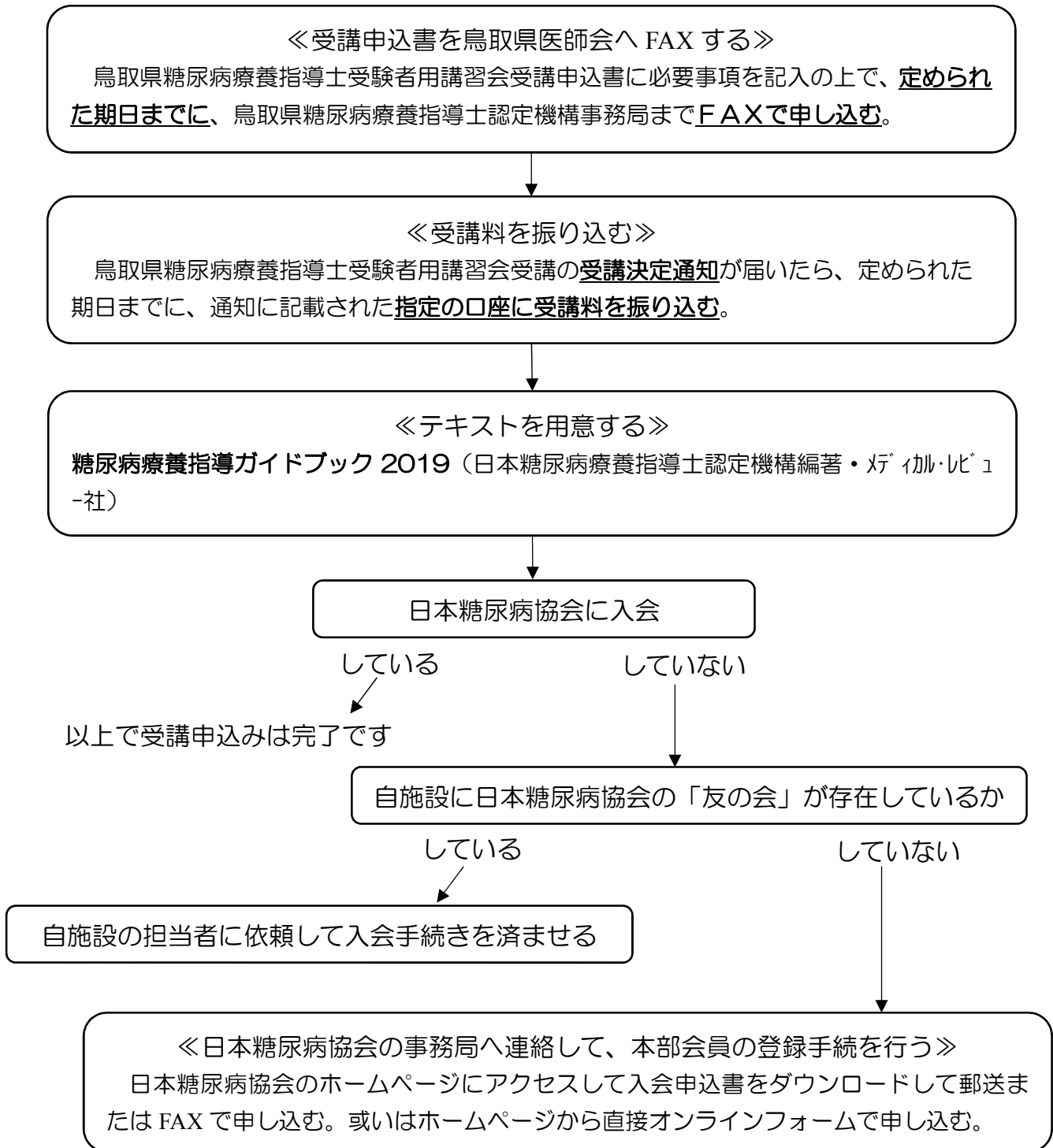
再受講の場合、受講料は1講義日につき1,000円です。

11 その他

(1) 糖尿病療養指導ガイドブック2019（日本糖尿病療養指導士認定機構編著・メディカルビュー社）をテキストとして使用いたします。各自でご準備ください。

(2) 昼食・駐車場については、当機構では斡旋いたしません。各自でご準備ください。

講習会受講申し込み方法



★鳥取県糖尿病療養指導士受験者用受講申込書はホームページからダウンロードできます。（URL：<http://www.tottori.med.or.jp/kikou>）

★鳥取県糖尿病療養指導士受験者用講習会の終了後に配付される受講修了証は試験受験申請時に必要ですから大切に保管してください。

《講習会A》

日 時：令和元年 10月6日（日）

9時20分～17時30分（受付：9時～9時20分）

会 場：鳥取県西部医師会館 米子市久米町 136 番地

*事前に郵送しております受講票をご持参ください。

時 間	内 容	職氏名
9:00～9:20	受 付	
9:20～9:30 (10分)	【認定機構スタッフ挨拶】	
9:30～10:10 (40分)	① 糖尿病の現状と課題、その中で 鳥取県糖尿病療養指導士が果たすべき役割	講師：住吉内科眼科クリニック 池田 匡先生
10:10～10:50 (40分)	② 糖尿病の概念、診断、成因	講師：住吉内科眼科クリニック 山本 玲先生
10:50～11:30 (40分)	③ 糖尿病とメタボリックシンドローム、 動脈硬化のリスクファクターの管理	講師：村上内科クリニック 村上 功先生
11:30～12:10 (40分)	④ 糖尿病患者の心理と行動	講師：米子医療センター 糖尿病看護認定看護師 遠藤 朋子氏
12:10～13:00	休 憩（昼 食）	
13:00～13:40 (40分)	⑤ 糖尿病の治療総論、並びに先進医療 (インスリンポンプ・持続モニタリング)	講師：鳥取大学医学部附属病院 藤岡 洋平先生
13:40～14:20 (40分)	⑥ 糖尿病の食事療法	講師：博愛病院 管理栄養士 本多 千鶴氏
14:20～15:00 (40分)	⑦ 糖尿病の運動療法	講師：三朝温泉病院 理学療法士 山口 洋司氏
15:00～15:20	休 憩	
15:20～16:00 (40分)	⑧ 糖尿病の薬物療法（内服薬での治療）	講師：鳥取大学医学部附属病院 薬剤師 太田 友樹氏
16:00～16:40 (40分)	⑨ 糖尿病の薬物療法（注射薬での治療）	講師：博愛病院 薬剤師 大谷 聡子氏
16:40～17:20 (40分)	⑩ 糖尿病の検査	講師：鳥取市立病院 臨床検査技師 内田 智美氏
17:20～17:30	受講証明書配付	

※内容が変更となる場合がありますので、ご了承ください。

《講習会B》

日 時：令和元年 11 月 24 日（日）

9時20分～17時20分（受付：9時～9時20分）

会 場：鳥取県医師会館 鳥取市戎町 317

*事前に郵送しております受講票をご持参ください。

時 間	内 容	職氏名
9:00～9:20	受 付	
9:20～10:00 (40分)	① 糖尿病の急性合併症	講師：鳥取市立病院 檀原 尚典先生
10:00～10:40 (40分)	② 糖尿病の細小血管障害（神経障害）	講師：さとに田園クリニック 藤川 康典先生
10:40～11:20 (40分)	③ 糖尿病の大血管障害（動脈硬化性疾患）	講師：鳥取県立中央病院 吉田 泰之先生
11:20～11:40	休 憩	
11:40～12:20 (40分)	④ 糖尿病足病変とフットケア	講師：垣田病院 糖尿病看護認定看護師 森下 章子氏
12:20～13:00 (40分)	⑤ 糖尿病の細小血管障害（腎症）	講師：鳥取市立病院 久代 昌彦先生
13:00～13:50	休 憩（昼 食）	
13:50～15:20 (90分)	グループワーク①（血糖自己測定）	CDE-J10名
15:20～15:40	休 憩	
15:40～17:10 (90分)	グループワーク②（インスリン注射）	同上
17:10～17:20	受講証明書配付	

※内容が変更となる場合がありますので、ご了承ください。

《講習会C》

日 時：令和2年1月19日（日）

9時20分～17時30分（受付：9時～9時20分）

会 場：倉吉交流プラザ 倉吉市駄経寺町 187-1

*事前に郵送しております受講票をご持参ください。

時 間	内 容	職氏名
9:00～9:20	受 付	
9:20～10:00 (40分)	① 患者教育	講師：垣田病院 糖尿病看護認定看護師 森下 章子氏
10:00～10:40 (40分)	② ライフステージ別の療養指導① (乳幼児期、学童期、思春期)	講師：鳥取市立病院 長石 純一先生
10:40～11:20 (40分)	③ ライフステージ別の療養指導② (妊娠・出産)	講師：鳥取県立中央病院 榎崎 晃史先生
11:20～12:00 (40分)	④ ライフステージ別の療養指導③ (就労期、高齢期)	講師：山陰労災病院 本田 彬先生
12:00～12:50	休 憩 (昼 食)	
12:50～13:30 (40分)	⑤ 糖尿病のその他の合併症	講師：鳥取県立中央病院 村尾 和良先生
13:30～14:10 (40分)	⑥ 糖尿病の最小血管障害（網膜症） 内科眼科連携	講師：鳥取大学医学部附属病院 馬場 高志先生
14:10～14:50 (40分)	⑦ 糖尿病と歯科疾患 医科歯科連携	講師：デンタル サウンド・ブライト 歯科医師 足本 敦先生
	休 憩	
15:10～15:50 (40分)	⑧ 高齢糖尿病患者の社会支援の受け方	講師：鳥取県立中央病院 ソーシャルワーカー 森次奈穂美氏
15:50～16:30 (40分)	⑨ 特殊な状況・病態時の療養指導① (シックデー、周術期、栄養不足、旅行)	講師：鳥取大学医学部附属病院 角 啓佑先生
16:30～17:10 (40分)	⑩ 特殊な状況・病態時の療養指導② (災害対策、医療安全)	講師：鳥取大学医学部 谷口 晋一先生
17:10～17:20 (10分)	【認定機構スタッフ挨拶】	
17:20～17:30	受講証明書配付	

※内容が変更となる場合がありますので、ご了承ください。

FAX : 0857-29-1578

鳥取県糖尿病療養指導士認定機構 行

令和元年度鳥取県糖尿病療養指導士認定試験

受験者用講習会受講申込書

(ふりがな) 氏名	()	生年月日	昭和・平成 年 月 日		
		性別	男・女	年齢	
職種					
勤務先施設名 (病院・診療所など)					
勤務先住所	〒 TEL () -				
e-mail					
自宅住所	〒 TEL () -				
連絡先	自宅 ・ 勤務先				
H29・30年度 受講の有無	受講した ・ 受講していない ↳ A ・ B ・ C 受講番号()				
備考					

※受講決定の方には、受講決定通知を郵送しますので、受講決定通知に記載された定められた期日までに、指定の口座に受講料を振り込んで下さい。振込手数料は受講者負担でお願い致します。ただし、すでに振込み済の方は、免除となります。