

令和6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6年9月8日（日）9時50分～18時（受付：9時30分～9時50分）

米子市文化ホール 展示室（米子市末広町293番地）

《講習会 B》

令和6年10月20日（日）9時50分～17時50分（受付：9時30分～9時50分）

鳥取県医師会館（鳥取市戎町317）

《講習会 C》

令和6年11月24日（日）9時50分～18時（受付：9時30分～9時50分）

エキパル倉吉 多目的ホール（倉吉市上井195）

*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

30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6年6月10日（月）～令和6年7月16日（火）

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。

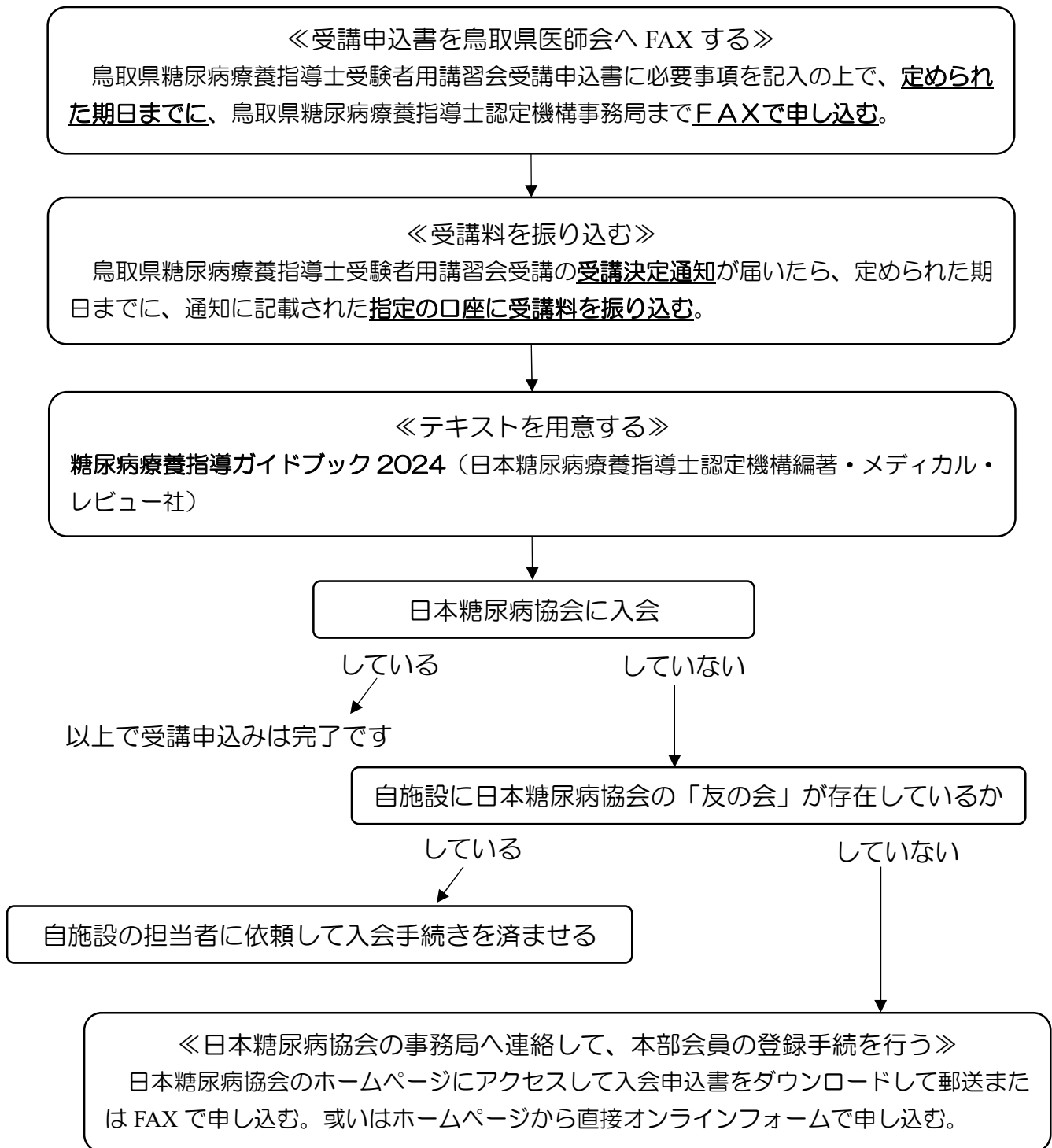
再受講の場合、受講料は1講義日につき1,000円です。

11 その他

(1) 糖尿病療養指導ガイドブック2024（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：<https://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6年9月8日（日）

9時50分～18時（受付：9時30分～9時50分）

会 場：米子市文化ホール 展示室（米子市末広町293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	講 師
9:30～9:50	受 付	
9:50～10:00 (10分)	【認定機構スタッフ挨拶】	
10:00～10:40 (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	池田 匡 先生 (住吉内科眼科クリニック)
10:40～11:20 (40分)	② 糖尿病の概念、診断、成因	山本 玲 先生 (住吉内科眼科クリニック)
11:20～12:00 (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	村上 功 先生 (村上内科クリニック)
12:00～12:40 (40分)	④ 糖尿病の治療総論・糖尿病の先進医療（インス リンポンプ・持続モニタリング）	大倉 毅 先生 (鳥取大学医学部)
12:40～13:30	休 憩（昼 食）	
13:30～14:10 (40分)	⑤ 糖尿病の食事療法	本多千鶴 氏 (博愛病院 管理栄養士)
14:10～14:50 (40分)	⑥ 糖尿病の薬物療法（内服薬での治療）	細田さとみ 氏 (鳥取大学医学部附属病院 薬剤部)
14:50～15:30 (40分)	⑦ 糖尿病の薬物療法（注射薬での治療）	太田友樹 氏 (鳥取大学医学部附属病院 薬剤部)
15:30～15:50	休 憩	
15:50～16:30 (40分)	⑧ 糖尿病と歯科疾患・医科歯科連携	足本 敦 氏 (デンタルサロン・ド・ブラ イト 院長(歯科医師))
16:30～17:10 (40分)	⑨ 糖尿病の細小血管障害（網膜症）・内科眼科連 携	馬場高志 先生 (鳥取大学医学部附属病院 眼科講師)
17:10～17:50 (40分)	⑩ 糖尿病の急性合併症	宮本美香 先生 (山陰労災病院)
17:50～18:00	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6年10月20日（日）

9時50分～17時50分（受付：9時30分～9時50分）

会 場：鳥取県医師会館（鳥取市戎町317）

※駐車スペースが限られておりますので、できるだけ公共交通機関をご利用ください。

*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	講 師
9:30～9:50	受 付	
9:50～10:30 (40分)	① ライフステージ別の療養指導① (乳幼児期、学童期、思春期)	長石純一 先生 (鳥取市立病院)
10:30～11:10 (40分)	② 糖尿病のその他の合併症	村尾和良 先生 (鳥取県立中央病院)
11:10～11:50 (40分)	③ 糖尿病の大血管障害（動脈硬化性疾患）	吉田泰之 先生 (鳥取県立中央病院)
11:50～12:10	休 憩	
12:10～12:50 (40分)	④ 糖尿病のフットケア	森 倫子 氏 (三朝温泉病院 糖尿病看護認定看護師)
12:50～13:30 (40分)	⑤ 糖尿病の細小血管障害（腎症）	久代昌彦 先生 (鳥取市立病院)
13:30～14:20	休 憩（昼 食）	
14:20～15:50 (90分)	グループワーク①（血糖自己測定）	CDE-J 若干名
15:50～16:10	休 憩	
16:10～17:40 (90分)	グループワーク②（インスリン注射）	同上
17:40～17:50	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6年11月24日（日）

9時50分～18時（受付：9時30分～9時50分）

会 場：エキパル倉吉 多目的ホール（倉吉市上井195）

*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	講 師
9:30～9:50	受 付	
9:50～10:30 (40分)	① 糖尿病患者の心理と行動	森 倫子 氏 (三朝温泉病院 糖尿病看護認定看護師)
10:30～11:10 (40分)	② 患者教育	森 倫子 氏 (三朝温泉病院 糖尿病看護認定看護師)
11:10～11:50 (40分)	③ 糖尿病の運動療法	山口洋司 氏 (三朝温泉病院リハビリテーション科 理学療法士)
11:50～12:30 (40分)	④ 糖尿病の細小血管障害（神経障害）	伊澤正一郎 先生 (鳥取大学医学部)
12:30～13:20	休 憩（昼 食）	
13:20～14:00 (40分)	⑤ 糖尿病の検査	内田智美 氏 (真誠会セントラルクリニック 臨床検査技師)
14:00～14:40 (40分)	⑥ ライフステージ別の療養指導② (妊娠・出産)	檜崎晃史 先生 (鳥取県立中央病院)
14:40～15:20 (40分)	⑦ ライフステージ別の療養指導③ (就労期、高齢期)	安東史博 先生 (山陰労災病院)
15:20～15:40	休 憩	
15:40～16:20 (40分)	⑧ 高齢糖尿病患者の社会支援の受け方	谷口未来 氏 (鳥取県立中央病院 ソーシャルワーカー)
16:20～17:00 (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)	藤岡洋平 先生 (博愛病院)
17:00～17:40 (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)	谷口晋一 先生 (鳥取大学医学部)
17:40～17:50 (10分)	【認定機構スタッフ挨拶】	
17:50～18:00	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6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	〒				
e-mail	TEL () -				
自宅住所	〒				
連絡先	自宅 ・ 勤務先				
R4・5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、すでに振込済みの方は、免除となります。