

特定健診・特定保健指導従事者研修【基礎・技術編】

1 研修目的

均質的な保健サービスを県民が等しく享受できる環境づくりを推進するため、保健指導従事者に対し、必要な知識の習得及び技術の向上を図る。

2 対象者

県及び市町の保健師・管理栄養士、病院・健診機関、保険者等の保健指導従事者 等

※保健指導従事者とは、保健師、管理栄養士及び看護師を指します。

なお、看護師については、平成 20 年 4 月現在において 1 年以上(継続でなくても良い)保険者が保健事業として、または事業主が労働者に対して実施する生活習慣病予防に関する相談及び教育の業務に反復継続して専ら従事した経験を有する者が対象です。

※「メタボリックシンドロームに着目した健診・保健指導担当者の資質向上推進事業実施要綱」(厚生労働省健康局長通知)では、健診・保健指導の研修ガイドラインに基づいた研修を6年ごとに受講することが望ましいとされています。

3 開催日 平成 30 年 6 月 27 日(水)

4 日程及び内容

9:30	受 付
9:50	オリエンテーション
10:00	講義「特定健診・特定保健指導の現状と課題」 山口県国民健康保険団体連合会 保健事業課長 岡 本 篤 志 (山口県保険者協議会事務局)
10:30	講義「特定保健指導・特定健診(第3期)について」 山口県健康づくりセンター
10:50	休 憩
11:00	講義「生活習慣病やメタボリックシンドロームに関する知識」 京都医療センター 臨床研究企画運営部 予防医学研究室 研究員 同 道 正 行
12:00	昼 休 憩
13:00	講義・演習「保健指導における面接について」 京都医療センター 臨床研究企画運営部 予防医学研究室 研究員 同 道 正 行
15:00	休 憩
15:10	講義「保健指導の実際～食生活支援～」 宇部興産(株)健康管理センター 管理栄養士 山上里枝子
16:10	情報提供「保健指導に関する情報提供及び教材の紹介」 山口県健康づくりセンター
16:20	終 了

5 会場

山口県健康づくりセンター 2F 第1研修室
(山口市吉敷下東三丁目1番1号 山口県総合保健会館内)

6 申込方法

- (1) 申込方法 『受講申込書』(別紙)を郵送又はFAXにてご提出ください。
なお、当センターのホームページからも申し込みができます。

【URL】 <http://www.hwy.or.jp/center>

- (2) 申込〆切 **平成30年 6月18日(月)**

- (3) 申 込 先 山口県健康づくりセンター 健康企画・研修班
〒753-0814 山口市吉敷下東三丁目1番1号
FAX 083-934-2209

7 受講料 無料

8 その他

- (1) 研修会に参加される方は「標準的な健診・保健指導プログラム【平成30年度版】」を一読のうえ、ご持参ください。厚生労働省のホームページからダウンロード可能です。
URL http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/seikatsu/
- (2) 研修についての質問等がありましたら、『受講申込書』(別紙2)に併せて記入ください。
- (3) 本研修では、全プログラム受講後に修了証を発行します。修了証は、出席の未確認、遅刻、早退の場合、発行できかねますのでご注意ください。
- (4) 昼食を希望される方は、当日会場受付にて1個500円(消費税込)で斡旋します。
- (5) 受講申し込み後、都合により欠席される場合は、すみやかに連絡をお願いします。

◇研修担当より◇

特定健診・特定保健指導は平成30年度より、第3期を迎えました。本研修は、「標準的な健診・保健指導プログラム【平成30年度版】」に基づき、特定健診・特定保健指導における基礎的な知識及び技術の習得を目指し開催します。

初任者においては、本研修を通じて、特定健診・特定保健指導の基本的な理念や仕組みを理解し、面接技術の習得や保健指導の実際の状況を知ること、効果的な保健指導の展開を学ぶ機会とします。

また、経験者においては、基礎を再確認し、今一度、業務を振り返る機会になればと考えております。

特定保健指導に従事される皆様のご参加をお待ちしております。

山口県健康づくりセンター

健康企画・研修班 あて

FAX：083-934-2209

特定健診・特定保健指導従事者研修〔基礎・技術編〕受講申込書

平成30年(2018年) 月 日

公益財団法人山口県健康福祉財団
山口県健康づくりセンター長 様

所属

〔TEL： 〕

〔FAX： 〕

〔E-mail： 〕

標記研修会に下記のとおり申し込みます。

記

ふりがな 氏 名 ^(※1)	課・部署名	職種 該当職種に○をつけてください	必ず記入してください	
			【看護師のみ】 H20年4月時点での 保健指導経験年数 ^(※2)	【全員】 特定保健指導経験の 有無と経験年数
		保健師 管理栄養士 看護師	有（ ）年 無（参考受講）	有（ ）年 無

※1 本研修では、全プログラム受講者に修了証を発行しますので、氏名は楷書で正確にご記入ください。

※2 看護師の方は、平成20年4月現在で1年以上の保健指導経験を有することが受講要件です。（開催要領参照）要件外の看護師の方につきましては参考受講となります。

※3 申込者が複数の場合は、受講申込書をコピーしてお申し込みください。

※4 受講申込書に記入いただいた情報は、本研修に係る受講者への連絡及び名簿、修了証の作成以外には使用いたしません。

★★★研修の参考にしますので以下の項目についてご記入ください★★★

① 保健指導の実施において課題に思っていること	
② 研修会で特に聞きたいと思っていること	
③ 講師への質問	
【講義名】	【質問】

申込期限：平成30年6月18日（月）