

愛媛糖尿病療養指導士の認定更新の手引き

2026年4月



目 次

I. 認定更新の基本方針	1
II. 認定更新の条件	1
III. 認定更新の手続き	1
1. 申請方法について	
● 初回認定更新者	
● 2回目認定更新者	
● 3回目認定更新者	
● 4回目認定更新者	
2. 認定審査料について	
3. 審査結果について	
4. 認定期間延長申請について	
IV. 単位申請	3
V. 認定のための必要資料見本	5
記載モデル	13

お問い合わせ先

〒791-0295 東温市志津川 愛媛大学医学部糖尿病内科学内
愛媛糖尿病療養指導士認定制度委員会事務局

担当：中村慶子・寺尾奈歩子・松岡裕美子

E-mail：ecdejimu@gmail.com

FAX：089-960-5848

質問、不明な点がありましたら事務局までメールまたは FAX でご連絡ください。
なお、事務局は常駐ではありませんので、回答に時間を要しますことをご了承ください。

I. 認定の基本方針

5年間の活動成果を評価するとともに、ECDEとしての資質を評価しその向上を図る目的で、初回認定更新者（ECDE資格取得後5年目の更新）には実践事例の提出を全員に義務づけます。勤務している施設で事例の報告ができないような環境であれば、健康教育や集団に対する実践的な保健指導などの報告でも可能です。事例評価の目的は、合否の判定ではなくECDEとしての実践内容とその成果が報告できる能力も併せて評価を行うものです。

II. 認定更新の条件

- (1) JADEC-愛媛（愛媛県糖尿病協会）の継続会員であること。（日本糖尿病協会会員の方は、期限満了後にJADEC-愛媛（愛媛県糖尿病協会）へ移行をお願いいたします。）
- (2) 原則として更新時、糖尿病療養指導や生活支援に携わる環境にあること
- (3) 認定後、ECDEの更新に必要な単位（別表に従う）を取得していること

III. 認定更新の手続き

1. 申請方法について

- (1) 申込期間：2026年4月1日（水）～4月27日（月）消印有効
- (2) 申請書類：p.2「4. 認定更新手続きに必要な書類」を参考に、必要な書類を整えて、下記住所に提出してください。

〒791-0295

愛媛県東温市志津川 愛媛大学医学部糖尿病内科学内

愛媛糖尿病療養指導士認定制度委員会 事務局 宛

※表面に「認定更新書類 在中」と朱書きしてください

2. 認定審査料について

- (1) 認定更新審査料は、5,000円です。指定の銀行に振込み、**振込金受領書のコピーを添えてください（自動振り込みの場合、ご利用控えのコピーで可）。**

※検定料は、不課税です。事務局から領収書発行はございませんので、必要な場合は各自で振込の控えを領収書としてご使用ください。また、インボイス対応事業所ではございませんので予めご了承ください。

振込先 愛媛銀行 県立中央病院出張所

普通 0676900

愛媛地域 CDE 認定制度委員会

- (2) お支払いいただいた審査料は、認定更新が認められない場合など、いかなる場合でも返却はできませんのでご了承ください。

3. 審査結果について

7月下旬頃までに通知します。

- ① 認定更新の条件を満たしていると認められなかった場合（単位数不足、「事例記載」不備※など）は、別途通知いたします。

※「糖尿病療養指導事例記載用紙」「糖尿病療養指導事例記載用紙」の審査では、再提出を求める場合があります。この場合は、期限までに再提出をされないと資格が失効しますのでご注意ください。

4. 認定更新手続きに必要な書類 *申請のための資料はホームページからダウンロードできます

●：必須 ○：該当者のみ

	初回更新（5年目）	2回目更新（10年目）	3回目更新（15年目）	4回目更新（20年目）
認定更新申請書（様式1）	●	●	●	●
認定更新審査料振込の控え	●	●	●	●
取得単位一覧表※1（様式2）	●	●	●	●※6
業務従事証明書※2（様式5）	●	●		
学会報告などの業績※3	○	○	○	○
糖尿病療養指導事例記載用紙 No1（様式3-1）※4	●（どちらか一つ）			
糖尿病療養指導の概要記載用紙 No2（様式3-2）※4				
2回目更新用 ECDE 活動実績報告書（様式4）※5		●		

<補足事項>

※1：取得単位を記載の上、単位認定証など、そのことを証明できる書類を添えてください。認定更新に必要な単位は認定後5年間で25単位です。単位の確認を別表で行ってください。

※2：申請段階で所属する施設の病院長もしくは各所属の上司による証明をお願いします。休職中などの場合は、過去の職歴（活動歴）や所属施設を記入してご提出ください。特別な証明は必要ありませんが、認定更新の条件にあたるか審査させていただきます。

※3：5年間に学会等で研究成果報告や症例報告などを行っている場合、その抄録や論文のコピーを提出してください。

※4：ECDE認定を受けてからの療養指導事例について1例記入してください。個人情報の開示が困難であり、事例提示が行えない場合は、集団指導等の指導概要を、糖尿病療養指導の概要記載用紙 No2（指導概要）に1例、記載してください。原本1部、コピー2部 合計3部提出してください。

※5：先のECDE認定を受けてから5年間の活動実績を記入してください。別紙にモデルを示しています。指示された報告書（モデル提示）を2枚以内にまとめてください。原本1部、コピー2部 合計3部提出してください。

※6：25単位の取得は不要です。3回目の認定更新後5年間に、愛媛糖尿病療養指導士制度委員会主催の研修会を1回（5単位）は受講してください。その他の研修会は受講していればご提出ください。

5. 認定期間延長申請について

「認定更新の申請」、「認定更新期間延長申請」を行わなかった場合は、ECDE の資格失効となりますのでご注意ください。

- (1) 特別な事情があり認定更新の条件を満たせない場合は、認定期間延長の申請ができません。特別な事情とは、①出産、育児、介護休暇、②病気などによる休職、③異動、進学、④国内外留学、長期出張、⑤離職中、⑥その他（単位数の不足の場合も含み、具体的に記入してください）等です。
- (2) 申請時期：2026年4月1日～2026年4月27日
- (3) 申請方法：以下の書類を整えて提出してください
 - ① 認定更新延長申請書（様式6）※申請書はホームページからダウンロードできます
- (4) 審査結果：7月下旬頃までに通知します。
 - ① 認定期間延長が認められた場合、延長期間は1年間です
 - ② 認定期間延長が認められなかった場合（「特別な事情」があると認められない場合）、
「愛媛糖尿病療養指導士」の資格は失効します
- (5) 認定期間延長が認められた方は、翌年度にあらためて認定更新または認定期間延長の申請をしてください
- (6) 認定期間延長の申請は、3回まで認められます（延長期間は最長3年間）
- (7) 認定更新延長申請の際は、認定更新料の振り込みは不要です

IV. 単位申請

以下の規定のもとに取得単位の確認をおこない、取得単位については出席証明書（参加証）か領収書など確認できる書類を提出してください。

愛媛糖尿病療養指導士認定更新に関わる認定講習単位となるものは以下のとおりです。

下記の単位は1学会期間中同一です。

日本糖尿病学会学術集会	4単位
日本糖尿病学会地方会	4単位
日本糖尿病看護・教育学会	4単位
日本病態栄養学会	4単位
糖尿病学の進歩	4単位
JADEC 年次学術集会	4単位
日本糖尿病・妊娠学会	2単位
日本糖尿病合併症学会	2単位
日本糖尿病眼学会	2単位

日本フットケア学会	2 単位
日本先進糖尿病治療学会	2 単位
日本糖尿病情報学会	2 単位
JADEC-愛媛総会・講演会	2 単位
愛媛糖尿病療養指導士総会・研修会	2 単位
その他糖尿病関連の学術集会	2 単位
愛媛糖尿病チーム医療研修会	3 単位
愛媛糖尿病同好会	1 単位
※愛媛糖尿病療養指導士制度委員会主催の研修会	5 単位
新居浜、今治、松山、八幡浜大洲、宇和島における愛媛 CDE 研修会	1 単位 (年 3 回まで)
愛媛県内各地で開催される糖尿病関係の研修会	1 単位
愛媛ブルーランドサマーキャンプ (1泊2日)	1 単位
(2泊3日)	2 単位
県外での研修会は、愛媛県の基準に準じて設定する (参加証提出で読み替え)。	
学会、講演会における筆頭発表者は 3 単位を加算する	

様式3-2. 初回認定更新者用書式

A4 サイズで2 ページ(No1.または No2.のうちどちらか一つ記載)

認定番号		職種
—		

愛媛県臨床検査技師士 認定更新者用
糖尿病療養支援の概要 記載用紙 No2. (支援概要)

1. 目的	
2. 対象者	
3. 関わるの具体的な内容	
4. 結果	
5. 考察	

愛媛県臨床検査技師士認定申請委員会

様式4. 2回目認定更新者用書式

愛媛地域糖尿病療養指導士
2回目認定更新用 ECDE活動実績報告書

認定番号	—	職種	
------	---	----	--

ECDEとしての活動実績を記載してください。

愛媛糖尿病療養指導士認定機構

様式5.

糖尿病療養指導業務に従事した証明書

愛媛糖尿病療養指導士認定制度委員会 御中

申請者：_____

業務従事期間

年 月 ～ 年 月 (約 年)

業務従事施設

年 月 ～ 年 月 (約 年)

業務従事施設

年 月 ～ 年 月 (約 年)

業務従事施設

その他、療養指導に携わる環境がある場合はお書きください。

現在、上記の者は私どもの機関に所属し、糖尿病療養指導に従事していることを証明します。

年 月 日

御所属：_____

お名前：_____

様式6.

愛媛糖尿病療養指導士 認定更新延長申請書

愛媛糖尿病療養指導士認定制度委員会 御中

私は愛媛糖尿病療養指導士の認定更新が不可能となったため、「愛媛糖尿病療養指導士の認定更新規則」により、認定期間の延長を申請します。

20 年 月 日

ECDE 認定番号	—	
ふりがな 氏名	印	男・女 生年月日(西暦) 年 月 日生
現住所	〒	TEL:
メールアドレス		
JADEC-愛媛(愛媛県糖尿病協会) 会員番号: _____ (さかえ送付封筒に記載されてある1-4桁の数字が会員番号です)		
勤務先名		
勤務先所在地	〒	TEL: FAX:
結果通知や書類などの送付先に○ 1. 勤務先 2. 現住所		
認定期間の延長を申請する理由		
① 認定更新が不可能となった事情(該当する項目に○) 出産、育児、介護休暇 病気などによる休職 異動、進学 国内外留学、長期出張 離職中 単位数の不足 その他(具体的に)		
② ①の説明(具体的な内容・事情のあった期間など)		
③ 申請時点での状況 ・糖尿病患者の療養指導の業務従事期間年.....か月 ・研修単位数取得状況(認定後取得単位数)単位数		
④ ③の状況について、認定期間延長後の見込みを具体的に書いてください。		

愛媛糖尿病療養指導士認定制度委員会

様式7.

愛媛糖尿病療養指導士 認定更新辞退 申請書

愛媛糖尿病療養指導士認定制度委員会 御中

私は愛媛糖尿病療養指導士の認定更新が不可能となったため、「愛媛糖尿病療養指導士の認定更新規則」により、認定更新の辞退を申請します。

20 年 月 日

ECDE 認定番号	—	
ふりがな 氏名	印	男・女 生年月日(西暦) 年 月 日生
現住所	〒	TEL :
勤務先名		
勤務先所在地	〒	TEL : FAX :
<p>認定更新辞退を申請する理由</p> <p>① 認定更新が不可能となった事情（該当する項目に○）</p> <p>出産、育児、介護休暇 ・ 病気などによる休職 ・ 異動、進学 国内外留学、長期出張 ・ 離職中 ・ 単位数の不足 その他（具体的に)</p>		
<p>② ①の説明（具体的な内容・事情のあった期間など）</p>		

愛媛糖尿病療養指導士認定制度委員会

様式8-1. 初回認定更新者用書式 モデル

A4 サイズで 2 ページ (No1.または No2.のうちどちらか一つ記載)

愛媛糖尿病療養指導士 認定更新
事例記載用紙 No1.【記載モデル】

認定番号	—	職種	
------	---	----	--

1. 患者の基本情報 (支援開始時)	
(1) 年齢: _____ 歳 性別: 男 ・ 女 入院 ・ 外来 ・ 在宅	
(2) 病型: 1型 ・ 2型 ・ 妊娠糖尿病 ・ その他 (_____)	
(3) 罹病期間: 約 _____ 年 (不明の場合は受療期間: 約 _____ 年)	(4) 喫煙の有無: あり ・ なし
(5) 身長: _____ cm 、 体重: _____ kg 、 BMI: _____ kg/m ² 、 血圧: _____ mmHg 、 HbA _{1c} : _____ % 血清脂質(mg/dl): Total chol (_____) 、 HDL:chol (_____) 、 LDL:chol (_____) 、 TG (_____)	
(6) 合併症 網膜症 : あり (単純・前増殖・増殖) ・ なし ・ 不明 動脈硬化症: あり (脳・心・末梢動脈・他 _____) ・ なし 腎症 : 病期 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 不明 高血圧症 : あり (降圧薬服用: あり・なし) ・ なし 神経障害: あり ・ なし ・ 不明 脂質異常症: あり (脂質異常症治療薬服用: あり・なし) ・ なし その他の特記事項:	

2. 支援開始時の治療方針	
(1) 食事療法 指示エネルギー : _____ kcal/日 減量 : あり (_____ g/日) ・ なし 蛋白制限 : あり (_____ g/日) ・ なし	(3) 薬物療法 経口糖尿病薬 : あり ・ なし 薬品名 _____ mg/日 薬品名 _____ mg/日 薬品名 _____ mg/日 インスリン : あり ・ なし 薬品名 _____ (朝・昼・夕・就寝前) 薬品名 _____ (朝・昼・夕・就寝前) 薬品名 _____ (朝・昼・夕・就寝前) 合計単位: _____ U/日 インスリンポンプを使用の場合は、使用状況 他の注射薬 : あり ・ なし 薬品名 _____
(2) 運動療法 : あり ・ なし 内容: _____	



1. 患者の基本情報と2. 支援開始時の治療方針は、患者情報にあたる場所です。支援の根拠になりますので、可能な範囲でデータを記入してください。カルテの閲覧が困難な場合はその旨を示し、記入漏れのないように記入してください。例えば、カルテに情報がないのなら「記載なし」と記入し、記載漏れなのか、情報がいないのかわかるようにしてください。

3. 事例について、どのような患者なのか経過などを含めて記載してください。
<p>患者の全体像がわかるように、今までの糖尿病との付き合い方、糖尿病に対する患者の考え、症状、職業や家族構成といった背景などを含めて、要約してください。</p>

4. 患者に行ったあなたの関わりについて記載してください。

- 1) あなたの職種からみた、この症例の療養指導上の課題
- 2) 1) に対してあなたが取り組んだ具体的な支援内容
- 3) その対応（あなたの関わり）による結果（患者やスタッフの変化を具体的に記載する）

- 1) 療養指導上の課題は、課題ごとに優先度も考えて記載してください。
課題として考えた具体的な根拠を、患者の言動、検査データなど変化した時期を含めて述べてください。
- 2) 課題ごとに支援内容を記載してください。
その際、あなた自身がどのようなことを行ったのか（患者に対して、チームに対して）や、グループとしてどのような働きかけをしたのかが分かるように具体的な記載をしてください。
あなたの職種をいかした働きかけの内容が具体的に記載されると良いと思います。
- 3) 結果には、患者の身体的指標（体重、HbA1c、検査結果など）、行動の変化、患者や家族の言動など客観的指標を含めて評価を行ってください。
その成果（現状）から、今後の方向性を考察してください。

*記載していただいた全内容は、審査以外には使用しません。個人情報に十分考慮し、厳格に対応いたします。
*指定したスペース内に収まるように記載し、過不足のないように注意してください。また、誤字脱字の再確認もお願いします。

様式8-2. 初回認定更新者用書式 モデル

A4 サイズで 2 ページ (No1.または No2.のうちどちらか一つ記載)

愛媛糖尿病療養指導士 認定更新
糖尿病療養支援の概要 記載用紙 No2. (支援概要) モデル

認定番号	—	職種	
------	---	----	--

- ・提示されたスペース 2 枚に収まるように記載してください。
- ・誤字脱字がないことを再度確認してください。

1. 目的

2. 対象者

3. 方法
対象者 (集団) に合わせた工夫、考慮点なども含めて記載してください。

4. 結果
あなたの介入によってどのような効果や変化がもたらされたのか、客観的指標 (数値的データ、対象者の行動、言動など) を用いて、具体的に記載してください。

5. 考察
その介入がどうであると考えているのか、客観的指標を用いて具体的に評価を行ってください。 また今後の方向性も含めて述べてください。

愛媛糖尿病療養指導士認定制度委員会

様式9. 2回目更新者用書式 モデル

愛媛地域糖尿病療養指導士

2回目認定更新用 ECDE活動実績報告書（モデル）

認定番号	—	職種	
------	---	----	--

ECDEとしての活動実績を記載してください。

1. 施設内における実践活動内容
施設内における糖尿病患者の療養指導の実際に果たす役割
施設内における委員会や研修会指導等、チームの中における活動の実際
2. 社会的な活動や学会、研修会などにおける役割
ECDE研修会などの企画運営等の世話人の活動
各職能における糖尿病関連の活動や世話人としての活動
糖尿病協会や、世界糖尿病予防デーなどの活動
学会や研修会での発表、学会誌や雑誌などへの投稿など
研修会などの講師や指導者としての活動
3. 自らの活動を振り返っての方向性や展望

認定更新申請書（No1.）と一部重複する場合もあるかもしれませんが、より具体的な活動内容、役割などを含めて記入してください。

文字は10.5ポイント以上で、A4サイズ用紙2枚以内にまとめてください。

愛媛糖尿病療養指導士認定機構