

平成 30 年 6 月 21 日

会員各位

健康サポート薬局に係る研修
○健康サポートのための多職種連携研修会 A
○健康サポートのための薬剤師の対応研修会 B
開催・受講者募集のご案内

沖縄県薬剤師会
会 長 亀谷 浩昌
医薬分業対策担当理事
西川 裕

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、ご周知の通り平成 28 年 10 月 1 日から、「健康サポート薬局」についての都道府県知事等への届出が開始されています。

薬局は、「健康サポート薬局」である旨の表示を行うにあたり、厚生労働大臣が定める基準で規定される「常駐する薬剤師の資質に係る所定の研修（※1）」を修了した薬剤師が常駐する必要があるため、届出にあたっては所定の研修修了証の提出が必要とされており、本会では昨年に引き続き今年も下記研修会を開催致します。

受講を希望される方は、下記の開催日のいずれかを選択していただき 7 月 12 日（木）までに申込書に必要事項を記載し、県薬事務局へ FAX にてお申込ください。尚、昨年受講した方は受講する必要はありませんので申し添えておきます。

※当日は長時間の研修会となりますので、お弁当持参をお願いいたします。（時間の都合上、外食時間がとれません）必要な方は、お弁当の注文を受け付けます。申込書に記載下さい。 弁当代：500円（飲み物付）

記

- 1 研修会名 : 健康サポートのための多職種連携研修会 A
健康サポートのための薬剤師の対応研修会 B
- 2 開催日時 : 平成 30 年 7 月 22 日（日） 午前 9 時～19 時 00 分
9 月 30 日（日） 午前 9 時～19 時 00 分
*** A, B 研修は同一日での受講をお願いいたします。**
- 3 場 所 : 沖縄県薬剤師会館
- 4 受講料 : 沖縄県薬剤師会会員・日本薬剤師会学生会員：無料
非会員：10,000円

■ 受講対象者について

すでに「健康サポート薬局」である旨を表示し得る業務体制を有する薬局に従事しており、健康サポート薬局の意義を理解し、健康サポート薬局として地域住民の健康の保持増進に貢献する意欲のある薬剤師を対象とします。

※研修の修了要件には薬剤師として薬局での 5 年の実務経験が必要であることから、今回の研修会は、既に薬局での 5 年の実務経験を有する方を優先的に受け付けます。

■ 受講証明書について

研修会を受講し、所定のレポートを提出された方に、当該研修会の「受講証明書」を発行いたします（※2）。

※1 研修の全体像について

(例)「健康サポート薬局である旨の表示を行うにあたり厚生労働大臣が定める基準第三号に規定される常駐する薬剤師の資質に係る研修」の全体像

	研修項目	規定 時間数	研修の 実施方法
技能 習得型 研修 (集合研修)	健康サポート薬局の基本理念	1	【健康サポート薬局の ための多職種連携研修】 (研修会A) 7月22日・9月30日 (9:00~13:35)
	地域包括ケアシステムにおける 多職種連携と薬剤師の対応 (座学・グループディスカッション・レポート作成)	3	
	薬局利用者の状態把握と対応 (座学・グループディスカッション・レポート作成)	4	
知識 習得型 研修	地域住民の健康維持・増進	2	日本薬剤師会が e-ラーニングにより 実施 (※2)
	要指導医薬品等概説	8	
	健康食品、食品	2	
	禁煙支援	2	
	認知症対策	1	
	感染対策	2	
	衛生用品、介護用品等	1	
	薬物乱用防止	1	
	公衆衛生	1	
	地域包括ケアシステムにおける 先進的な取組事例	1	
コミュニケーション力の向上	1		
合計 30 時間			

※2 受講証明書、研修修了証の発行について

研修会を受講された方には、各研修会について「受講証明書」を本会から発行いたします。e-ラーニングについては、22時間分の教材の受講を完了した方に、e-ラーニング研修の受講証明書が日本薬剤師会から発行されます。(受講は個人ごとに、メールアドレスの登録が必要です。22時間分一括受講料 8,000円 税別)

研修会2つ、e-ラーニング1つ、合計3つの「受講証明書」を取得され、かつ5年以上の薬局での実務経験を有する方には、研修実施機関である日本薬剤師会・日本薬剤師研修センターから、「研修修了証」が発行されます(発行には、申請手続きと申請料が必要です。手続き方法等については日本薬剤師研修センターのホームページをご参考下さい)

「健康サポート薬局」の届出を行う際には、「研修修了証」を、他の必要書類とあわせて管轄の保健所に提出してください。

健康サポート薬局に係る研修
「健康サポートのための多職種連携研修会 A 並びに薬剤師の対応研修会 B」
参加申込書

受講希望日： 7月22日（日） 9月30日（日）
(希望日に○を記入)

1. 受講者氏名： _____

2. 薬局名： _____

3. かかりつけ薬局としての届出の有無： 有 ・ 無
(該当に○を記入)

4. 連絡先（電話番号）： _____

5. 薬剤師名簿登録番号： _____

6. 薬局における薬剤師としての5年以上の実務経験

有 ・ 無 (勤務年数 年 ヶ月)

(該当に○を記入)

7. 県薬剤師会会員の有無 会員 ・ 非会員
(該当に○を記入)

9. お弁当の準備 要 ・ 不要
(該当に○を記入)

締切日：平成30年7月12日（木）

申込先 沖縄県薬剤師会 事務局
F A X : 098-963-8932