

「健康サポート薬局に係る技能習得型研修会」 開催・受講者募集のご案内

平成28年4月1日に施行された「健康サポート薬局」については、平成28年10月1日から、都道府県知事等への届出が開始されました。

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」を修了した薬剤師が常駐する必要があり、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います。

日本薬剤師会・日本薬剤師研修センターが当該研修の実施機関として、合同で、厚生労働省が指定する確認機関（日本薬学会）への届出を行っており、本会はその協力機関として、下記の通り研修会を開催いたします。

受講を希望される方は、申込書に必要事項を記載し、FAXによりお申込ください。

記

- 1 研修会名 : 健康サポート薬局に係る技能習得型研修会
(主催：大阪府薬剤師会、共催：日本薬剤師会)
- 2 開催日 : 平成30年7月8日(日)
- 3 時間 : 午前9時～午後6時30分(予定)
- 4 場所 : 大阪府薬剤師会館3階大ホール及び中ホール
〒540-0019 大阪市中央区和泉町1-3-8 TEL 06-6947-5481
- 5 定員 : 264名
(先着順・定員になり次第、締め切ります。)
(1薬局最大2名までの申込みとなります。)
(当日受付はございません。)
(申込受領の可否については、後日FAXにてお知らせいたします。)
定員に達し、ご受講いただけない場合にはその旨ご連絡いたします。
- 6 受講費 : 会員5,000円 非会員10,000円
(資料代、**昼食代含む。**)
- 7 内容(予定) :
 1. 基本理念
 - (1) 健康サポート薬局の基本理念
 - (2) 健康サポート薬局の理念
 2. 医療・保健・健康・介護・福祉等の資源と役割の現状
 - (1) 大阪府における健康課題と健康増進施策等
 - (2) 多職種や保険者など大阪府における取り組み事例
 - (3) 地域の医療・保健・健康・介護・福祉等の資源について
 3. 演習
 - (1) 健康サポート薬局とは
 - (2) 地域包括ケアシステムにおける多職種連携対応
 4. 薬局薬剤師を巡る現状と健康サポート薬局
 5. 演習
 - (3) 薬局利用者の状態把握と対応
 6. 総括
- 8 申込方法 : FAXによりお申込ください。(FAX: 06-6947-5480)

■ 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や諸規定を理解し、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。**(遅刻・早退された方については、「受講証明書」は発行いたしません。)**

■ 研修の全体像について

「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 | 【健康サポート薬局に係る技能習得型研修会】 平成30年7月8日(日) |
| | 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 | 3 | |
| | 薬局利用者の状態把握と対応 | 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 |
| | 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 | | | |

■ 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、「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。

研修会、e-ラーニング、合計2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。手続き方法等は改めて日本薬剤師会・日本薬剤師研修センターから案内があります)。

「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届出先に提出してください。

「健康サポート薬局に係る技能習得型研修会」申込書

申込日 平成 年 月 日

※1 薬局最大2名までの申込みとなります。

※当日受付はございません。

※申込受領の可否については、後日FAXにてお知らせいたします。

| | |
|---|-------|
| 大阪府薬剤師会認定かかりつけ薬局の認定を受けていますか？ ○を付けて下さい。 | 有 ・ 無 |
| 健康サポート薬局の届出の意志の有無 ○を付けて下さい。 | 有 ・ 無 |

(勤務先等 共通事項)

| | |
|----------|---|
| 勤務先名 | |
| 勤務先所在地 | 〒 |
| 勤務先電話番号 | |
| 勤務先FAX番号 | |

(1人目申込欄)

| | | | |
|--|-------|-------------------|----------|
| 薬局における薬剤師としての5年以上の実務経験の有無 ○を付けて下さい。 | 有 ・ 無 | | |
| 所属薬剤師会名 | | 会員区分 ○を付けて下さい。 | 会員 ・ 非会員 |
| 薬剤師名簿登録番号 | | 会員番号 | |
| 受講者氏名 | | | |

(2人目申込欄)

| | | | |
|--|-------|-------------------|----------|
| 薬局における薬剤師としての5年以上の実務経験の有無 ○を付けて下さい。 | 有 ・ 無 | | |
| 所属薬剤師会名 | | 会員区分 ○を付けて下さい。 | 会員 ・ 非会員 |
| 薬剤師名簿登録番号 | | 会員番号 | |
| 受講者氏名 | | | |

※「記入いただいた個人情報、健康サポート薬局に係る技能習得型研修会の実施の目的でのみ、本会及び本研修実施機関において使用いたします。」

申込書提出先：一般社団法人 大阪府薬剤師会 職能対策課
〒540-0019 大阪府中央区和泉町1丁目3番8号
TEL：06-6947-5481 FAX：06-6947-5480