健康サポート薬局研修

研修会Ａ「健康サポートのための多職種連携研修会」

研修会Ｂ「健康サポートのための薬剤師の対応研修会」

　「健康サポート薬局」のための研修会を下記の日程で開催いたします。受講を希望される方は別紙の申込書に必要事項を記載のうえ、お申込み願います。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 日　　　程 | | 会　　　場 | 定　員 | 申込締切 |
| 平成30年7月29日(日)  ＜研修会A＞10：00～15：05  ＜研修会B＞15：15～20：00 | | 姫路商工会議所  501ホール | 180名 | 7月18日(水) |
| 受　講　料 | 兵庫県薬剤師会会員：３,０００円　/　非会員：１０,０００円 | | | |

※受付は先着順です。定員になり次第、申込みを締め切らせていただきます。

※健康サポートのための研修会は日本薬剤師研修センターが運営する研修認定薬剤師制度の

対象研修会ではありません。（受講シールの配布はありません）

※研修会ＡまたはＢのみの受講料は、会員：2,000円/非会員：6,000円となります。

健康サポート薬局研修　今後の開催予定（改めて兵薬界にてご案内いたします）

平成30年10月21日（日）10：00～20：00　よみうり神戸ホール

平成31年2月17日（日） 10：00～20：00　尼崎市中小企業センター

【健康サポート薬局とは】

　かかりつけ薬剤師・薬局の基本的機能を備えた上で、地域包括ケアシステムの中で、地域住民による主体的な健康の維持・増進を支援する機能を持つ薬局。

薬機法に関する法令施行規則の省令に基づく健康

サポート薬局の申請基準を満たした薬局

健康サポート薬局届出要件（主要なもの）

①技能習得型研修（集合研修）８時間（※当研修会）、知識習得型研修（ｅラーニング）２２時間を全て修了し、日本薬剤師研修センターより研修修了証の発行を受ける。

②地域において、関係機関（医療機関・地域包括支援センター他、行政機関や介護事業者等）とあらかじめ連携体制を構築している。

③所定の研修を修了し、薬局実務経験５年以上（\*1）を有する薬剤師が常駐（\*2）。

　　　（\*1）実務経験は、週当たりの勤務時間数が20時間以上であった期間を通算するものとする。

　　　（\*2）常駐＝開局時間中、③の要件を満たす薬剤師1人以上が常に店舗内に居ること。

④平日は連続して開局しており、

土曜日又は日曜日のいずれかの曜日において一定時間開局していること（\*3）。

（\*3）AM８時～PM７時の時間帯に８時間以上開局していることが望ましい。

土・日のいずれかに４時間以上開局していること。

⑤プライバシーに配慮した相談窓口を設置している。

　⑥要指導医薬品等、衛生材料及び介護用品等について、利用者自らが適切に選択できるよう供給機能及び助言を行う体制を有しており、かつ、その際、かかりつけ医との適切な連携及び受診の妨げとならないよう適切な運営を行っていること。

・一般用医薬品・要指導医薬品の添付文書情報

（<https://www.pmda.go.jp/PmdaSearch/otcSearch/>）

【受講料】・知識習得型研修（ｅラーニング）受講料　　　　　　8,000円（税別）

　　　　 ・研修修了証発行費用（日本薬剤師研修センター）　　5,000円（税別）

兵庫県薬剤師会　行　　　FAX：078-341-7113

「健康サポート薬局研修」受講申込書

お申込みの前に、健康サポート薬局届出要件を今一度ご確認願います。

※詳細は県薬HP（<http://www.hyoyaku.org/cntnt.php?cnt=51548>）を参照願います

★ 申込お1人につき１枚で送信願います。

★ 受講証明書の発行に必要な情報のため、空欄のないようにご記入願います。

★ 受講料は研修会当日、受付にて徴収いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 支部 | 勤務先名 | |
| 〒  勤務先住所 | |
| 電話番号 | | ＦＡＸ（受講票送付先） |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講者氏名 | ふりがな | | | 薬剤師登録番号 | | 薬局での実務経験年数  　　　　　　　　年 |
| 兵庫県薬剤師会会員  （受講料3,000円） | | 県薬会員番号 | | | 非会員（受講料10,000円）  非会員の方は〇を付けてください | |
| ※同じ薬局内に本研修を受けた薬剤師がいる | | | 薬剤師氏名 | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **自己チェック欄（該当するものに☑チェック）** | |
| ※現在チェックが入らない場合でも、今後実施していくようにしてください。  （今後揃えていただけることを条件に受講いただけます。） | |
|  | 今年度中にサポート薬局の届出書類が提出可能である。 |
|  | 薬局の開設者がサポート薬局として登録する意向を持っている。 |
|  | 勤務する薬局では、患者が薬剤師に２４時間直接相談できる体制を整えている。 |
|  | 勤務する薬局では、平日は連続して８時間以上、かつ土曜日または日曜日のどちらかで  ４時間以上開局している。 |
|  | 勤務する薬局では、在宅患者訪問薬剤管理指導料の届出をしている。 |
|  | 勤務する薬局では、直近１年間で在宅患者対応の実績がある。 |
|  | 勤務する薬局では、要指導医薬品等「基本的な薬効群」としてかぜ薬、解熱鎮痛薬、整腸剤などを４８薬効群そろえている。 |
|  | 勤務する薬局では、地域における医療機関、その他の連携機関先のリストを整備し、連携体制が構築出来ている。 |
|  | 勤務する薬局では、衛生材料・介護用品等を揃えている。 |
|  | 勤務する薬局では、積極的に健康サポートの取り組みを行っている（お薬相談会や禁煙相談会、栄養相談会などの開催）。 |
|  | 勤務する薬局では、「健康サポート薬局」申請に向けて、業務手順書及び省令手順書の作成準備が出来ている。 |

【問い合わせ】兵庫県薬剤師会　事務局　（TEL）078-341-7585

【受　講　票】研修会１週間前を目安に、ファックスで送信いたします。