

**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」・「健康サポートのための薬剤師の対応研修」
開催・受講者募集のご案内**

一般社団法人北海道薬剤師会

健康サポート薬局については、昨年10月1日から北海道知事等への届出が開始されております。薬局は、「健康サポート」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るとされており、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。

本会では、日本薬剤師会と日本薬剤師研修センターが合同で当該研修を実施することとなり、協力機関として研修会を開催しております。

つきましては、受講を希望される方は、申込書に必要事項を記載し期日までにお申し込み下さい。

記

- **研修の対象**：薬剤師。これから健康サポート薬局である旨を表示しようとする薬局
 - ・研修参加薬局は、かかりつけ薬剤師・薬局の基本的機能を備えていること。
 - ・薬局において、薬剤師として5年以上の実務経験がある者
- **技能習得型研修（演習はグループ討議形式）**：
 - ア 健康サポート薬局の基本理念（1時間）
 - イ 薬局利用者の状態把握と対応（4時間程度）⇒ 研修会B
 - ウ 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時間）

— 研修会A

■ **開催日時・会場**：

1. **研修会A「健康サポートのための多職種連携研修」(ア+ウ)**

札幌会場	平成29年9月3日（日）9：00～13：00 定員：60名 <u>申込締切：8月18日（金）</u> 北海道薬事会館（札幌市豊平区平岸1条8丁目5-12）
-------------	---

2. **研修会B「健康サポートのための薬剤師の対応研修」(イ)**

札幌会場	平成29年9月3日（日）14：00～18：30 定員：60名 <u>申込締切：8月18日（金）</u> 北海道薬事会館（札幌市豊平区平岸1条8丁目5-12）
-------------	--

※ 研修会A及びBを昼食休憩を挟み連続して開催いたしますが、両方でも、どちらかでも受講可能です。下記の優先受付によりお申し込みください。

- **参加費**（当日受領）：北海道健康づくり支援認定薬局：2,000円、会員薬局：4,000円
非会員薬局：7,000円、（昼食+1,000円）
- **参加申込み方法**：別紙申込書により各会場の締切日までにお申し込み下さい。
- **優先受付**：研修会A・Bについては次の優先順位により受け付けいたします。
 - ① 北海道健康づくり支援認定薬局又は健康サポート薬局を届出た薬局に勤務
 - ② 知識習得型研修（eラーニング）を受講された方（受講証明書を添付）
 - ③ 技能習得型研修のA又はBを既に受講されている方
- ※ その他、定員に達した場合は、在宅の実績、要指導一般用医薬品の取扱い状況により優先受け付けする場合があります。
- **受講証明書**：研修会終了後レポートを提出いただき、確認後受講証明書を発行致します。
- 北海道健康づくり支援薬局認定制度（健康情報拠点推進事業）の指定研修会とします。

研修会 A 「健康サポートのための多職種連携研修」プログラム予定

1. 基本理念 (40分)
 - (1) 薬局・薬剤師についての総論 (DVD)
 - (2) 健康サポート薬局の理念
～地域包括ケアシステムに対応した薬局・薬剤師～
2. 当該地域の医療・保健・介護・福祉等の資源と役割の現状 (80分)
 - (1) (各地域)における健康課題と健康増進施策、健康サポート薬局への期待
 - (2) 各者の取り組み (他職種、保険者など)
 - (3) (各地域)における医療・保健・健康・介護・福祉等の資源について (休憩)
3. 演習 (115分)
 - (1) アイスブレイク (15分)
健康サポート薬局とは
 - (2) ケーススタディ (80分)
地域包括ケアシステムの中で健康サポート薬局としての役割を發揮するための各職種・機関との連携による対応等に関する演習
 - ① グループ討議
 - ② 発表 (全体)
 - (3) 演習のまとめ (20分)
 - ① 作業 (レポート用紙に記載)
 - ② 発表 (全体)
4. まとめ

研修会 B 「健康サポートのための薬剤師の対応研修」プログラム予定

1. 薬局・薬剤師を巡る現状と健康サポート薬局 (20分)
2. 薬局利用者の状態把握と対応 (DVD+進行役) (約240分)
 - (1) 導入講義
 - (2) 来局者対応ロールプレイ 2症例
 - (3) 作業① 症候からの疾患の列挙
 - (4) 講義 (臨床判断、アルゴリズム、トリアージ他)
 - (5) 作業② 症状を訴える疾患と症状の特徴の列挙
 - (6) 講義 (症状を呈する疾患概説)
 - (7) 作業③ 疾患を推測するためのアルゴリズム作成
 - (8) 講義 (アルゴリズム例の解説)
 - (9) 作業④ トリアージプランの作成
 - (10) 仕上げのロールプレイ (若干の作業を含む)
 - (11) 作業⑤ 参加者同士のロールプレイ
 - (12) まとめ
3. まとめ (5分)
4. レポート作成、提出 (10～15分)

健康サポート薬局に係る研修会

A「健康サポートのための多職種連携研修」・B「健康サポートのための薬剤師の対応研修」

申 込 書

平成 年 月 日

北海道薬剤師会会長 様

申込者氏名： _____

表記の研修会に次のとおり申込み致します。

研 修 会 名	<input type="checkbox"/> 研修会A「健康サポートのための多職種連携研修」(ア+ウ) <input type="checkbox"/> 研修会B「健康サポートのための薬剤師の対応研修」(イ)
会 場 名	A : (月 日) B : (月 日)
昼 食	<input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要 (A・B連続受講の方)
薬 局 名	
会 員 区 分	<input type="checkbox"/> 会員薬局 ・ <input type="checkbox"/> 非会員薬局
住 所 電話番号・FAX	〒 _____ Tel _____ Fax _____
受 講 者 氏 名 (薬剤師登録番号・ 薬局経験年数)	(登録第 _____ 号・経験年数 _____ 年) ※ 経験年数は申し込み現在
北海道健康づくり支援 薬局認定の有・無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
健康サポート薬局の届 け出について	<input type="checkbox"/> 届出を行った ・ <input type="checkbox"/> 届出を行う ・ <input type="checkbox"/> 検討している <input type="checkbox"/> 今回は届出を行わない
e-ラーニングの対応	<input type="checkbox"/> 受講済 (受講票を添付) ・ <input type="checkbox"/> 受講する ・ <input type="checkbox"/> 受講予定 ・ <input type="checkbox"/> 受講しない
研修会ABの対応	<input type="checkbox"/> 今回申し込み以外を受講済 ・ <input type="checkbox"/> 受講する
在宅の実績及び OTCの対応状況	・ 在宅の実績 : <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・ 要指導医薬品・第I類医薬品を含む一般用医薬品の状況 : 約 () 品目を備えている。

ご記入いただいた個人情報は、健康サポート薬局に係る研修会の実施の目的でのみ使用します。

FAX : 011-831-2412