

令和6年4月吉日

各 位

公益社団法人 熊本県薬剤師会
会長 富永孝治

健康サポート薬局に係る研修「健康サポートのための薬剤師の対応研修（研修会B）」
開催・受講者募集のご案内

本会において「健康サポート薬局研修」の技能習得型研修として標記研修会を開催いたします。
今年度は以下の日程で開催する予定としております。

- 【第1回】研修会B：令和6年5月11日（土） 15:00～19:30 ※ 今回の募集
研修会A：令和6年6月16日（日） 9:00～13:30
【第2回】研修会A：令和6年11月16日（土） 15:00～19:30
研修会B：令和7年2月16日（日） 9:00～13:30

つきましては、令和6年5月11日（土）に開催する研修会Bの受講を希望される方は、下記要
項をご勘案のうえ、令和6年4月26日（金）までにお申込ください。

なお、受講者には5月1日（水）までに受講票をお送りします。

記

- 1 研修会名：健康サポートのための薬剤師の対応研修（研修会B）
（主催：熊本県薬剤師会、共催：日本薬剤師会）
- 2 開催日時：令和6年5月11日（土） 15:00～19:30
- 3 開催形式：集合研修
- 4 場 所：熊本県薬剤師会館 〒860-0832 熊本市中央区萩原町 10-6
- 5 定 員：30名
※ 応募多数の場合は、参加申込書の要件を満たしている方を優先させていただき、そ
の後抽選とさせていただきます。
- 6 受 講 料：各6,000円（ただし、本会会員は各2,000円）
- 7 内 容：（1）薬局・薬剤師を巡る現状と健康サポート薬局
（2）一般用医薬品等を取り巻く現状
（3）薬局利用者の状態把握と販売時と販売後の対応
①導入とアイスブレイク
②薬剤師の臨床判断～需要者からの情報収集と症候学的な思考プロセス～
③適切な医薬品選択と提案のための情報収集とその考え方
④添付文書の伝え方～安全で有効な使用のために～
⑤販売時と販売後の対応
⑥演習まとめ
（4）まとめ
（5）レポート作成
- 8 申込方法：URLもしくはQRコードよりお申込みください。
読み込めない場合に限り、別紙申込書をご活用ください。
URLからお申込みされる方はこちら
→ <https://forms.gle/CSq57on2pjQ1fbSe8>
QRコードからお申込みされる方はこちら→



■ 事前準備について

受講される方は、以下の事前準備を行ったうえご参加ください。

- ①日本薬剤師会が提供する「健康サポート薬局研修 e-ラーニング」のコンテンツ（2020改訂版のうち、要指導医薬品等概説の研修項目、特に、「臨床判断の考え方と疾患の推測（総論）」（60分程度）「要指導医薬品・一般医薬品販売における基本姿勢」「セルフメディケーション支援のための薬局での対応・一般用医薬品等の選択」（いずれも120分程度）を受講しておくこと。

- ②実際の OTC 医薬品の添付文書について、どのような記載内容があるか確認しておくこと。
- ③自薬局で取り扱いのある OTC 医薬品のうち、鼻水の症状に適応のある品目のリストを作成し、研修会当日持参すること。

■ 受講証明書、研修修了証について

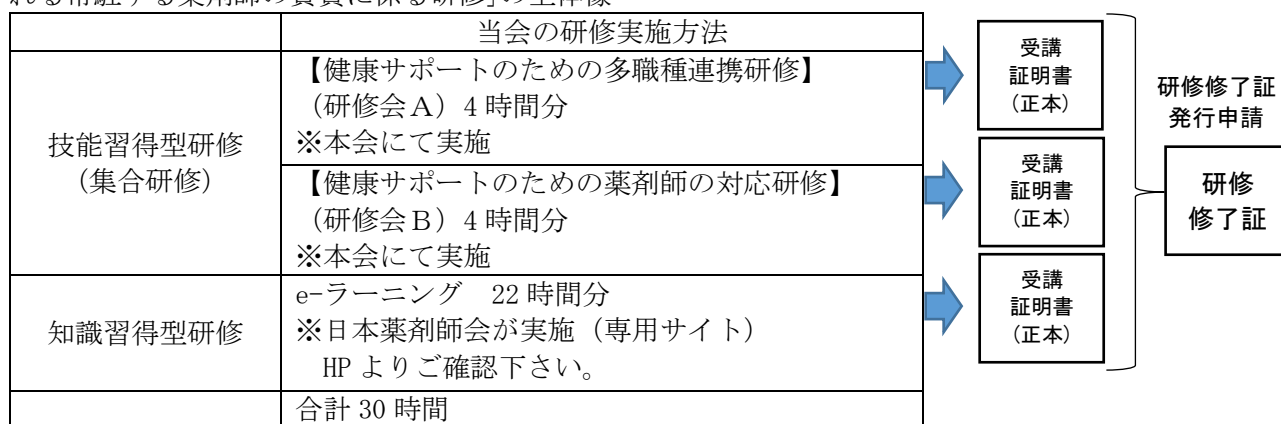
研修会を受講された方には、各研修会について「受講証明書」を本会から発行いたします。

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。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。

「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。

■ 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



《注意事項》

原則お申込み後の欠席はできませんが、万一欠席される場合は、事前にご連絡ください。

(公社)熊本県薬剤師会 地域医療委員会
 担当副会長：中村 繁良
 担当常務理事／委員長：久保田 忍
 事務局：岩田
 TEL：096-370-5800、FAX：096-370-5888
 E-mail：info@kumayaku.or.jp

【 別紙 】

健康サポート薬局に係る研修参加申込書

(公社) 熊本県薬剤師会 行

(FAX : 096-370-5888)

※ 可能な限りグーグルフォームでお申込みください。

令和 年 月 日

受講者氏名		薬局 従事年数	
薬剤師名簿登録番号			
薬局名			
住所(薬局)	〒		
連絡先	※各種連絡等に利用するため、必ずご記入ください。 (i)TEL (薬局) : (ii)FAX (薬局) : (iii)メールアドレス : (iv)携帯番号 (研修会当日に連絡が取れる番号をご記入ください。) :		

健康サポート薬局の届出を行うには下記の項目が必要となります。

該当するものにチェックをお願いします。

- 薬局の薬剤師としての実務経験が5年以上である。(週20時間以上勤務、病院の経験は除く)
- 平日は連続して終日開局している。(8時間以上、昼休みなし)
- 土曜日または日曜日のいずれかに4時間以上開局している。
- 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績がある。(直近1年間)
- 開店時間外であっても患者の求めに応じて24時間対応できる。(電話相談、調剤を含む)
- 要指導医薬品を含む48品目以上の一般用医薬品の取り扱いがある。
- 衛生材料及び介護用品等の取り扱いがある。

注) ①応募多数の場合には、上記要件を満たしている方を優先とさせていただきます。

②メールアドレスの記入については、間違いがないようにお願いします。