

～健康サポート薬局研修～  
健康サポートのための多職種連携研修会開催要領

健康サポート薬局に必要な、要指導医薬品等及び健康食品等の安全かつ適正な使用に関する助言、健康の保持増進に関する相談並びに適切な専門職種又は関係機関への紹介等に関する能力を養成するための技能習得型研修のうち、「【A】多職種連携研修」を開催する。

1. 主 催 一般社団法人 栃木県薬剤師会
2. 共 催 公益社団法人 日本薬剤師会
3. 日 時 平成30年10月14日（日）8：00～12：35（受付7：30～）
4. 場 所 獨協医科大学教育医療棟6階シミュレーション講義室No.1  
下都賀郡壬生町北小林880 TEL：0282-86-1111
5. 受 講 料 7,000円  
※ 本会会員は、本会より2,000円補助いたしますので、実際のご負担は5,000円となります。  
※ 資料代、受講証明書発行費、消費税含む。  
※ 参加費は当日の受付でお支払いください。
6. 定 員 75名
7. 日 程 裏面次第（案）参照
8. 参加申込 別紙「参加申込書」で平成30年10月5日（金）までに本会事務局へFAX（028-658-9847）でお申し込みください。  
※ 事前申し込みのない方は、当日参加できません。
9. 受講対象者
  - ① 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。
  - ② かつ、原則、薬局での5年の実務経験を有する薬剤師。（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。）
  - ③ 原則、栃木県内で薬局業務に従事する薬剤師。
10. そ の 他
  - ① 当研修会を受講し、所定のレポートを提出された場合、本会より「受講証明書」を発行いたします。
  - ② 健康サポート薬局の申請には、当研修【研修A】のほか、薬剤師の対応研修【研修B】及び22時間のE-ラーニング研修をそれぞれ受講し、『受講証明書』の習得が必要です。
  - ③ 健康サポート薬局の基準等は、栃木県保健福祉部薬務課のホームページで必ずご確認ください。

(案)

～ 健康サポート薬局研修 ～  
健康サポートのための多職種連携研修会【研修会A】  
次 第

日時：平成30年10月14日（日）8：00～12：35

場所：獨協医科大学教育医療棟6階シミュレーション講義室No.1

主催：一般社団法人 栃木県薬剤師会

共催：公益社団法人 日本薬剤師会

司会：栃木県薬剤師会 常務理事 熊倉 明子 氏

開会挨拶 (8:00～8:05)

栃木県薬剤師会 会 長 渡邊 和裕 氏

研修の流れ説明 (8:05～8:10)

栃木県薬剤師会 専務理事 高梨 晃一 氏

1. 健康サポート薬局の基本理念

(1) 健康サポート薬局の基本理念 (8:10～8:30【20分】) (DVD教材)

日本薬剤師会 会長 山本 信夫 氏

(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 (8:30～8:50【20分】)

栃木県薬剤師会 常務理事 田中 友和 氏

— 休憩 — (8:50～9:00【10分】)

2. 栃木県の医療・保健・健康・介護・福祉等の資源と役割の現状

(1) 栃木県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

(9:00～9:30【30分】) 栃木県保健福祉部 健康増進課

(2) 他職種等の取り組みについて～健康サポート薬局との連携を探る～

1)多職種とのかかわり～薬剤師との連携～ (9:30～9:50【20分】)

居宅介護支援事業所あゆむ 神永 春美 氏

2)全国健康保険協会の保健事業 (9:50～10:10【20分】) 全国健康保険協会栃木支部

(3) 当該地域の医療・保険・健康・介護・福祉等の資源について (10:10-10:20【10分】)

栃木県薬剤師会 専務理事 高梨 晃一 氏

— 休憩 — (10:20～10:30【10分】)

3. 演習 (10:30～12:30【120分】)

《健康サポート薬局の基本理念及び、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》

演習進行：栃木県薬剤師会 常務理事 村井加代子 氏

(1) 健康サポート薬局とは【15分】

(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・機関等の連携による対応等に関する演習 グループ討議 → 発表

(3) 演習のまとめ (レポート作成を含む)【25分】

作業 → 発表

4. まとめ (12:30～12:35【5分】)

栃木県薬剤師会 副会長 鹿村 恵明 氏

閉 会

## 10/14 「健康サポートのための多職種連携研修会」 参加申込書

ふりがな			
氏名		薬剤師番号	
会員・非会員の別	会員（                      薬剤師会）    /    非会員		
勤務先名			
勤務先住所	〒		
勤務先 TEL		勤務先 FAX	
薬局における 実務経験年数	年    （以下に経歴をご記入ください）		
実務経歴	年      月    ~      年      月    (      年)		
	年      月    ~      年      月    (      年)		
	年      月    ~      年      月    (      年)		

- ※ 【研修 B】を受講希望の場合は、【研修 B】の申込書でお申し込みください。
- ※ 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の実施目的以外では使用いたしません。
- ※ 申込者が複数いる場合は、コピーしてください。

申込期限：平成30年10月5日（金）  
 申込先：栃木県薬剤師会 〈FAX〉 028-658-9847