

～健康サポート薬局研修～
健康サポートのための薬剤師の対応研修開催要領

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、「【B】薬剤師の対応研修」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 令和2年10月25日（日）14：30～19：10（受付14：00～）
4. 場 所 城址公園ホール（壬生中央公民館）中ホール
下都賀郡壬生町本丸1-8-33 TEL：0282-82-0108
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、フェイスシールド代、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 60名（先着順）
7. 日 程 次第（案）参照
8. 参加申込 別紙「参加申込書」で令和2年10月15日（木）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年以上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 研修2週間前以降に、コロナ感染が疑われる症状があった場合や、コロナ感染が疑われる方と接触があった場合は、事前に事務局へご連絡ください。
 - ② 研修会当日、発熱や感冒症状がある場合は、参加をご遠慮いただきますようお願いいたします。（受付時に体温を測定します。）
 - ③ 新型コロナウイルス感染症防止対策として、マスク及び当日配布するフェイスシールド着用を必須とさせていただきます。（マスクはご自身でご用意ください。）
 - ④ 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。
 - ⑤ 健康サポート薬局の申請には、当研修【研修会 B】のほか、多職種連携研修【研修会 A】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』の取得が必要です。
 - ⑥ 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。

研修の再履修について

健康サポート薬局研修修了証は、研修修了証発行から6年間に限り有効です。

有効期限の延長の際には、「健康サポートのための多職種連携研修【研修会 A】」の再履修が必要です。

更新申請の際には、【研修会 B】及び知識習得型研修（e-ラーニング）の再受講が要件とはされておきませんが、再履修をお勧めいたします。

会場案内図

城址公園ホール（壬生中央公民館）

下都賀郡壬生町本丸1-8-33

TEL：0282-82-0108



東武宇都宮線「壬生駅」から徒歩約16分

(案)

～ 健康サポート薬局研修 ～
健康サポートのための薬剤師の対応研修【研修会 B】
次 第

日時：令和2年10月25日（日）14：30～19：10

場所：城址公園ホール（壬生中央公民館）中ホール

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 理 事 塩野入 洋 氏

開会挨拶（14：30～14：35） 栃木県薬剤師会 会 長 渡邊 和裕 氏

1. 薬局・薬剤師を巡る現状と健康サポート薬局（14：35～14：55【20分】）

栃木県薬剤師会 理 事 早房 弘太 氏

2. 薬局利用者の状態把握と対応（演習）（14：55～18：45【230分】）

題材：腰痛

講義、グループワーク、ロールプレイ等を通じ、薬局利用者の相談内容から適切に情報を収集し、状態、状況を把握し、それに合わせた適切な対応を行う力を身につけます。

講師：昭和大学医学部薬理学講座 医科薬理学部門
教授 木内 祐二 氏（DVD 講義）

演習進行：栃木県薬剤師会 常務理事 小野村 淳 氏

3. まとめ（18：45～18：55【10分】）

栃木県薬剤師会 副 会 長 田中 友和 氏

4. レポート作成（18：55～19：10【15分】）

研修会 B

10/25「健康サポートのための薬剤師の対応研修」
参加申込書

ふりがな 氏名		薬剤師番号	
携帯電話番号			
所属	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）		

- ※ 【研修会 A】を受講希望の場合は、【研修会 A】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：令和2年10月15日（木）
 申込先：栃木県薬剤師会 FAX028-658-9847