

健康サポート薬局研修につきましては、平成 28 年 7 月 22 日付で第三者確認機関に対し研修実施機関としての確認申請を行いました。同年 8 月 10 日付で第三者確認機関より「改善すべき点等について」と題する文書で改善の指摘と質問等があり、同月 18 日付で「改善すべき点等についての回答」を日本保険薬局協会より送付し、第三者確認機関への対応を行いました。第三者確認機関からの指摘等と協会からの回答文書等を公表いたします。

平成 28 年 8 月 10 日

一般社団法人 日本保険薬局協会 御中
中 村 勝 殿

公益社団法人 日本薬学会

改善すべき点等について

平成 28 年 7 月 22 日に届出のありました第三者確認申請について、第三者確認委員会において確認したところ改善すべき点及び疑義が指摘されました。

別添を確認のうえ、下記の期限までにご回答ください。

記

提出期限： 平成 28 年 8 月 24 日

以上

実施要領

1. 実施体制について

- 1) 「1. 本研修に関する実施要領」 P2. 1.2.5 受講経費が無料であり、又、「健康サポート薬局研修に係る実施要領関連文書」P5 においては、研修登録管理料が正会員 6000 円、非会員 12000 円となっています。これらの算定根拠をお示してください。
- 2) 「1. 本研修に関する実施要領」 P3. 1.3.5 研修後の事後評価体制に関してですが、事後評価する具体的な時期を明示してください。
- 3) 「1. 本研修に関する実施要領」 P4. 1.3.6 受講者の意見聴取に関してですが、大まかな計画および実施時期を明記してください。
- 4) 「1. 本研修に関する実施要領」 P4. 1.3.7 記録の保存に関して、研修の質保証において必要と考えます。そういった観点で、記録方法を更に具体的に明示してください。

2. 研修内容について

- 1) 「1. 本研修に関する実施要領」 P8. 2.1.5 到達度に関して、技能習得型研修の評価計画を具体的にお示してください。又、到達しなかった場合への対応方法が、正答になるような確認誘導のみで良いかご検討いただくと共に、すでに実施されている研修への到達度評価についても、記載していただく必要があると考えます。
- 2) 「1. 本研修に関する実施要領」 P9. 2.1.8 研修実施場所、環境条件に関してですが、具体的な場所をお示してください。もし具体的な場所が未定の場合には、場所の設備条件を詳細にお示してください。
- 3) 「1. 本研修に関する実施要領」 P9. 2.1.9 講師の選定方法や選定された講師に関しては選定根拠（経歴、地区などの確認方法）が必要です。選定にかかる基本フォーマットと合わせてご説明ください。

3. 研修修了証について

- 1) 「1. 本研修に関する実施要領」 P9. 3.1.2 研修受講記録の方法に関して、記録の保存が10年間である根拠をお示してください。又、受講した年月日についての記載も必要かと思われます。さらに地域包括ケア研修については、受講者がどの都道府県の研修内容を行ったかについての記録が必要ではないでしょうか。
- 2) 受講記録の受講者への開示方法についても記載が必要ではないでしょうか。プログラムに問題が生じた場合の、受講者への連絡方法について記載についてもお考えいただければと思います。
- 3) 「1. 本研修に関する実施要領」 P10. 3.1.6 研修終了証の記載事項として、受講者への連絡先が必要と考えます。又、更新に係る経費も記載していただければと考えます。
- 4) 勤務地が変更した場合の受講ルールの記載が見当たりませんので、記載してください。
- 5) 「1. 本研修に関する実施要領」 P10. 3.1.7 研修終了取消し条件に関してですが、取消に当たっては受講生に不利がないよう、取消しの適切性を委員会にて検証する必要がありますので、ご検討ください。

平成 28 年 8 月 18 日

公益社団法人 日本薬学会
第三者確認委員会 御中

一般社団法人 日本保険薬局協会

改善すべき点等についての回答

平成 28 年 8 月 10 日にご指摘いただいた改善すべき点及び疑義について回答申し上げます。下記の書類をご確認くださいませようお願い申し上げます。

記

- ・ 回答書
- ・ 健康サポート薬局に係る研修実施要領
- ・ 別添 1 NPhA 健康サポート研修登録・確認・管理システム全体概要
- ・ 別添 2 研修実施会場一覧
- ・ 別添 3 技能習得型研修ワークシート

各 1 部

以 上

平成 28 年 8 月 10 日付貴会発出の「改善すべき点等」について、回答申し上げます。

貴会文書において、「根拠を示す」「明示する」「明記する」「具体的に示す」「検討いただく」「記載する」「条件を示す」「説明が必要」「記録が必要」「考えただけならば」「記載していただければ」等、異なる性格のご指摘をいただきました。

「明記する」「明示する」「記載する」等、文脈上、実施要領の変更を指摘されていると認められているものにつきましては、同要領の変更をもって対応させていただきます。その他のご指摘につきましても、本回答を実施要領の「付属文書」とする位置づけで作成しており、実質的に実施要領文書としてお読みいただければと思っております。この点につきましては、ホームページ等で貴会文書と本書を公表し、受講者並びに関係者に説明する予定です。

改めてご指摘に深く感謝申し上げます、別紙のように回答いたします。ご査収の程、よろしくお願い申し上げます。

平成 28 年 8 月 19 日

一般社団法人日本保険薬局協会 中村 勝



回答責任者 皆川 尚史(健康サポート薬局統括)

1. (受講経費無料、研修管理登録料正会員 6000 円、非会員 12000 円の根拠をお示してください。)

今回の研修システムの構築に当たっては、具体的研修プログラムの策定から研修教材の作成、eラーニング音声の入力等に至るまで、会員企業の研修責任者、研修担当者のボランティアな活動によりこれを行ってまいりました。1400 枚近いパワーポイントや技能習得型研修の教材の作成、40 時間以上かけた音声入力等は、協会役員会社の研修担当者等 100 人近くが 4 か月間以上無料で奉仕をした成果物です。また、研修会場についても基本的には協会会員企業が研修で使用する研修会場を無料で開放・使用するものです。さらに、講師やファシリテーターについても、研修で長年の実績を有する薬剤師等がボランティアでその役割を担うこととしております。このため、研修の内容、実施にかかわる部分については大きな費用の発生はなく、会員のボランティアな活動に報いるためにも、研修受講そのものにつきましては無料とさせていただいた次第です。

一方、研修参加者の募集、研修参加・進捗管理、登録情報管理、研修受講者との連絡・調整等については、新たに専用のシステムを構築し、ホームページ等を通じてウェブで運用することとしております(概念図別添 1 参照)。これについては、初期のシステム構築費用に 400 万円強、毎年の運用費用に 200 万円強を要し、その他日本薬学会への申請・更新手数料などがあります。初年度については、合計 700 万円程度の経費に対し、管理登録料で約半分の費用を賄い、残り半分を協会負担とすることとし、6000 円の管理登録料を研修参加者に求めることといたしました。非会員につきましては、協会負担分を含めた管理登録料とし、結果として 12000 円とした次第です。次年度以降の経費は運用経費が中心となり、研修参加人数にもよりますが、費用の半分程度を管理登録料で賄えるよう努力していくこととしております。

2. (事後評価する具体的な時期を明示してください。)

実施要領 P3. 1.3.5 に事後評価に関する具体的な時期を明示することといたしました。

★『事後評価として、受講生及び講師からの意見について年度ごとに健康サポート研修企画委員会にて検討し、その内容に基づき、必要に応じて計画を立てて研修内容の見直しを図る。』

3. (意見聴取に関し大まかな計画、実施時期を明示してください。)

研修実施要領 P4. 1.3.6 に意見聴取に関する大まかな計画と実施時期を明示することといたしました。

★『受講者へのアンケート実施は次のとおりとする。

技能習得型研修に関するアンケートは集合研修終了時、その場で紙面にて実施し、知識習得型研修においては全ての研修を修了した後、webにて実施することとする。なお、集計は当該年度末の健康サポート薬局研修企画委員会検討時までに行うこととする。

4. (記録の保存に関し、記録方法をさらに具体的に明示してください。)

健康サポート薬局研修に使用するテキスト、教材は電子データとして保管します。e-ラーニングの受講記録は、受講者毎に、受講終了日等の受講履歴を電子データとして記録します。技能習得型研修の集合研修受講記録は、開催会場毎に、受講者名、受講日、受講した地域包括ケア研修の都道府県名等を記録し、受講成果物であるワークシート、レポート等はスキャンないし撮影を行い電子データとして保管します。集合研修受講者へのアンケート結果は、開催会場毎に集計を行い、集計結果を電子データとして保管します。e-ラーニングの受講者アンケート結果は、開催年度毎に集計し、集計結果を電子データとして保管します。電子データは、日本保険薬局協会のサーバーに、日本保険薬局協会の他の業務と区別して保管します。

5. (到達度に関し、評価計画を具体的にお示してください)

研修実施要領 P9. 2.1.5 における具体的な到達度の評価計画につきましては、次のとおり実施いたします。

技能習得型研修時に、受講者から別添のワークシートを提出させ、研修講師がその内容から可否を判断する。内容が不十分な場合は、その場でフィードバックを行って内容改善を求め、到達度を確実なものとする。

6. (具体的研修実施場所をお示ください。未定の場合、場所の設備条件を詳細にお示ください。)

集合研修につきましては、スモールグループディスカッション及びロールプレイング形式で実施することから、参加人数は多くとも 100 名程度の研修会場を予定しております。また、こうした研修形式に適したテーブルの配置とするため、各会場とも収容キャパシティの 70%程度を募集定員とし、余裕を持った会場運営を目指しております。各研修会場とも照明対応、空調対応、音響対応、プロジェクターの設置等環境設備に対しても十分配慮していま

す。なお、現在決定している集合研修の日時、会場は、別添2のとおりです。

7. (講師の選定方法や選定根拠を基本フォーマットに合わせご説明ください。)

提出済みの職務経歴書確認フォーマットに則り、行政担当者や大学での講師履歴がある者又は各企業における薬剤師教育に携わっている経験が5年程度ある者を講師として選定する予定です。特に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に係る講師においては、当該地域に薬局を出店している企業の地域医療に精通した教育担当者を選定する予定です。

8. (研修受講記録について保存期間10年の根拠をお示しください。受講年月日の記載、受講都道府県の記録が必要ではないでしょうか。)

研修修了証の有効期間が6年間であり、研修受講記録は6年間以上の保存期間が必要と判断しました。なお、行政文書の最低保存期間は、文書の内容により1年、3年、5年、10年、30年となっており、行政機関からの問い合わせに適切に回答するには、修了証の有効期間である6年以上で、かつ行政文書の保存期間を勘案し、適切な期間は10年といたしました。ご指摘の通り、受講年月日、地域包括ケア研修の都道府県名の記録は重要であり、先述した登録情報管理システムの記載事項としております。

9. (受講者への記録の開示方法についての記載が必要ではないでしょうか。受講者への連絡方法について記載についても考えていただければと思います)

受講者の受講記録や受講者の登録情報は、受講者毎に作成される(受講者)マイページで管理されており、ウェブを通じ、受講者は自身のID、パスワードで記録を閲覧することができますようになっております。受講者への連絡は、受講者のマイページに記載された、受講者の連絡用メールアドレスを使用することによって、最新情報の提供が可能となっております。なお、研修修了者リストは当協会ホームページ上に開示することとするとしております。

10. (研修修了証の記載事項について、受講者への連絡先が必要と考えます。更新に係る経費も記載していただければと考えます。)

「受講者への連絡先」の意味するところが不明ですが、研修修了証の記載事項として、プログラム等に問題が生じた際の受講者からの連絡先として、当協会の連絡先(ホームページ

URL等)を付記することとしています。

なお、更新にかかる費用につきましては、研修実施要領P10. 3.1.4にあるとおり別途規定する手数料と同等額を予定しておりますが、厚生労働省の通知においても研修修了証の必要的記載事項と位置付けられてはいないため、当協会のホームページにおいて必要情報として開示すること予定しております。その旨をP10. 3.1.4の修了証等に関する経費に盛り込むことといたします。

★『なお、研修更新にかかる費用についても同様とする。その内容については協会のホームページで公開するとともに、変更があった場合は速やかに開示することとする。』

11. (勤務地が変更した場合の受講ルールを記載してください。)

都道府県を超えて勤務地に変更があった場合は、受講者の求めに応じ、当該地域における「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」におけるワークシートを成果物として提出させ、その内容を健康サポート薬局研修企画委員会にて判断し、当該地域に係る研修修了者として記録追加を行うことといたします。

★研修要領 3.1.5 への追加

なお、修了を受けた地域包括ケア都道府県外への勤務地に変更があった場合、受講者は当協会へその事実を報告し、当該地域における「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」におけるワークシートを提出することとし、その内容を健康サポート薬局研修委員会にて相応しい内容であるものであることを確認後、当該都道府県地域包括ケアに係る研修修了者として記録追加を行うこととする。

12. (取り消しの適切性を委員会にて検証する必要がありますのでご検討ください。)

実施要領 p10. 3.1.7 の研修修了取り消し条件に該当すると判断された場合、必要に応じて当該薬剤師へ事情聴取を行い、弁明の機会を与えることとします。事情聴取の内容、弁明の内容を健康サポート研修企画委員会で検証し、取り消しの適切性を担保いたします。

健康サポート薬局に係る研修実施要領

1. 実施体制

1.1 研修事業の目的・構想

1.1.1 目的と構想

平成27年9月に取りまとめられた「健康サポート薬局のあり方について」（「健康拠点薬局（仮称）のあり方に関する検討会」報告書）の内容を踏まえ、健康サポート薬局に係る研修（以下本研修）の実施要領を定める。

健康サポート機能を有する薬局は、かかりつけ薬剤師・薬局として以下の基本機能を備えることが必要である。①服薬情報の一元的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導、②24時間対応、在宅対応、③かかりつけ医を始めとした医療機関等との連携強化である。その中で健康サポート機能を有する薬局には、一定の研修を修了したかかりつけ薬剤師が常駐し、当該薬剤師が、④一般用医薬品や健康食品等の適切な使用に関する助言や、⑤健康の維持・推進に関する相談応需、⑥適切な専門職種や関係機関への紹介等を適切に実施し、地域包括ケアシステムに対応できることが求められる。本研修は、こうした、健康サポート機能を発揮するかかりつけ薬剤師の資質を確保するために、一般社団法人日本保険薬局協会が実施するものである。

1.2 研修事業の実施機関（組織・運営）

一般社団法人日本保険薬局協会

1.2.1 実施機関の性格

一般社団法人日本保険薬局協会は、安全性、利便性、経済性のキーワードの基に、国民の利益を再優先に考える保険薬局の役割を明確にするため、国民の視点に立った保険薬局の育成、関連情報と業務の効率化及びそれらに付随する各種基盤整備等を行い、真に国民から信頼と満足が得られる保険薬局の実現に寄与するための活動を行うものである。

設立年月日：平成16年4月27日

1.2.2 運営の責任体制

一般社団法人日本保険薬局協会会長を運営責任者とする。

1.2.3 個人情報保護

プライバシーポリシー

・日本保険薬局協会（以下当協会）は、本人から個人情報を収集する場合、収集目的を明らかにし、同意を求めるものとする。また、収集目的以外に利用することはなく、本人の同意なく第三者に個人情報を提供することはしない。

・当協会は、個人情報への不正アクセス、個人情報の紛失、破壊、改ざん、及び漏えい等を予防するため、合理的な安全対策を講じるとともに必要な是正処置を講じる。

・当協会は、個人情報の保護に関する法律や関連法規、及びその他の規範を遵守する。

・当協会は、個人情報の取り扱いについて法律や環境の変化あるいは組織の変化に応じて、コンプライアンス・プログラムを見直す。

・問い合わせ先

東京都中央区八重洲 2-2-10 八重洲名古屋ビル 8 階

日本保険薬局協会事務局 個人情報保護相談窓口 03-3243-1075

メールでのお問い合わせ info@nippon-pa.org

©プライバシーポリシーは、当協会ホームページに明示する。

1.2.4 運営に関する広報

健康サポート薬局に係る研修実施要領等は、日本保険薬局協会ホームページに公開する。日本保険薬局協会が実施する他の研修会等と誤認されるような案内はしない。

1.2.5 受講経費

本研修の受講料は無料とする。

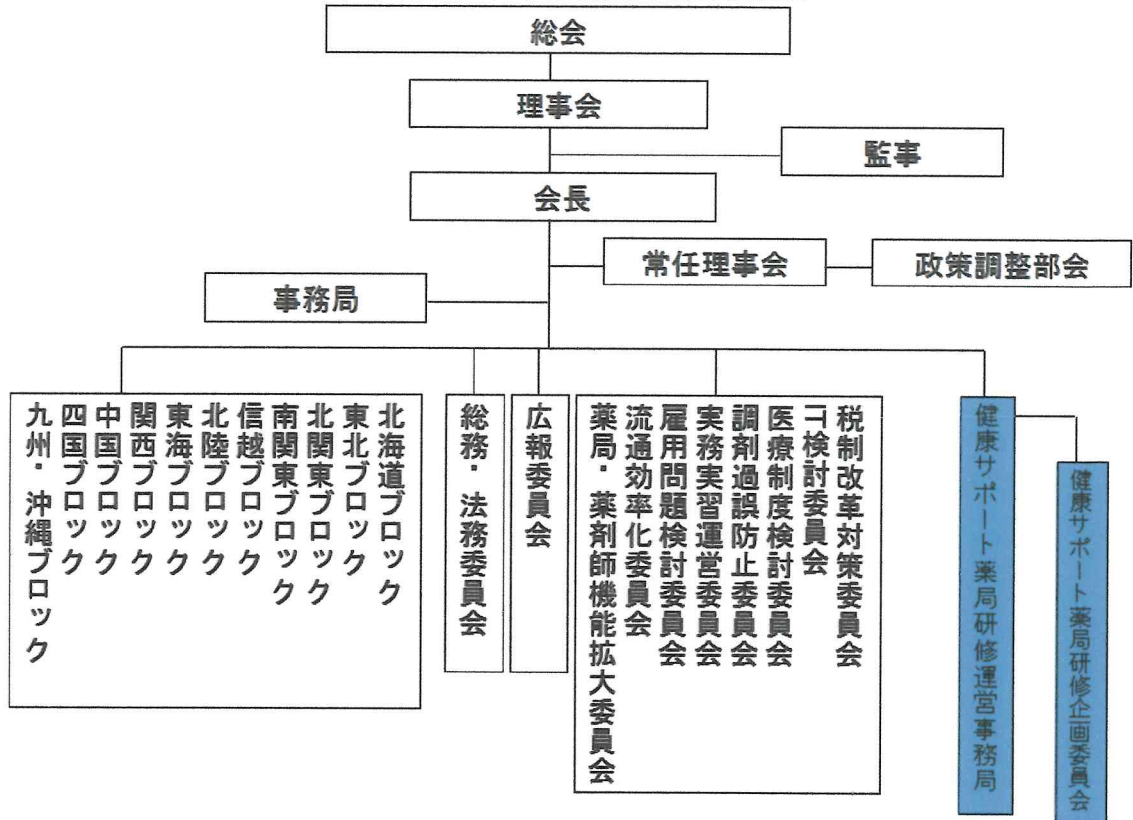
1.3 研修事業の全体像（方針・体制等）

1.3.1 企画決定機関

日本保険薬局協会内に、常設の健康サポート薬局研修運営事務局及び健康サポート薬局研修企画委員会を設置し、研修内容の企画、検討、研修実施計画の作成及び研修事業の運営等を行う。

健康サポート薬局運営事務局及び健康サポート薬局研修企画委員会の構成員等は別途定める。

一般社団法人日本保険薬局協会組織図



1.3.2 研修事業実施上の諸規定

研修事業実施上の諸規定は実施要領に定める。

1.3.3 研修の対象

薬局の薬剤師として、本研修申込み日時点で5年以上の勤務経験がある全ての薬剤師とする。研修受講者の募集は日本保険薬局協会のホームページに公開する。

1.3.4 実施要領の作成

実施要領の作成に当たっては、健康サポート薬局研修企画委員会の委員に教育、学術関係者が参画するものとし、研修内容およびその実施体制の客観性を保つ。

1.3.5 研修の事後評価体制

健康サポート薬局研修の実施後、健康サポート薬局研修企画委員会において研修内容の事後評価を行い、次回の研修計画にフィードバックする。事後評価として、受講生及び講師からの意見について年度ごとに健康サポート研修企画委員会にて

検討し、その内容に基づき、必要に応じて計画を立てて研修内容の見直しを図る。

1.3.6 受講者の意見聴取

健康サポート薬局研修の実施にあたっては、受講者へのアンケート等を行い、受講者の感想、クレーム等の意見を聴取し、健康サポート薬局研修企画委員会で評価、検討する。技能習得型研修に関するアンケートは集合研修終了時、その場で紙面にて実施し、知識習得型研修においては全ての研修を修了した後、web上にて実施することとする。なお、集計は当該年度末までに開催する健康サポート薬局研修企画委員会検討時までに行うこととする。

1.3.7 記録の保存及び開示等

健康サポート薬局研修に使用するテキスト、教材は電子データとして保管する。e-ラーニングの受講記録は、受講者毎に、受講終了日等の受講履歴を電子データとして記録する。技能習得型研修の集合研修受講記録は、受講者毎に、受講日、受講した地域包括ケア研修の都道府県名等を記録し、開催会場ごとに成果物であるワークシート、レポート等はスキャンニング又は撮影を行い電子データとして保管する。受講者へのアンケート結果は、集計結果を電子データとして保管する。受講者の受講記録や受講者の登録情報は、受講者毎に作成される（受講者）マイページで管理され、ウェブを通じ、受講者は自身のID、パスワードで記録を閲覧することができる。なお、研修修了者リストは当協会ホームページ上に開示することとする。電子データは、日本保険薬局協会のサーバーに、日本保険薬局協会の他の業務と区別して保管する。

1.3.8 共同運営

該当なし。

2. 研修内容

2.1 研修制度の実施内容

2.1.1 研修項目(別紙健康サポート薬局カリキュラム一覧を参照)

- ・健康サポート薬局の基本理念
- ・薬局利用者の状態把握と対応
- ・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
- ・地域住民の健康維持・増進
- ・要指導医薬品等概説
- ・健康食品、食品

- ・禁煙支援
- ・認知症対策
- ・感染対策
- ・衛生用品、介護用品等
- ・薬物乱用防止
- ・公衆衛生
- ・地域包括ケアシステムにおける先進的な取組事例
- ・コミュニケーション力の向上

2.1.2 学ぶべき事項（別紙健康サポート薬局カリキュラム一覧を参照）

- ・健康サポート薬局の概要（理念、各種施策・制度、背景等）
- ・健康サポート薬局のあるべき姿に関する演習
- ・薬局利用者の相談内容から適切に情報を収集し、状態、状況を把握するための演習
- ・薬局利用者の状態、状況に合わせた適切な対応を行うための演習
- ・地域包括ケアシステムにおける当該地域の医療・保健・介護・福祉の資源と役割の現状
- ・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・機関との連携に関する演習
- ・健康増進施策の概要（健康日本21、国民健康・栄養調査の概要等）
- ・健康診断の概要（がん検診、特定健康診断を含む。）
- ・健康づくりの基準の概要（「健康づくりのための身体活動基準2013」、「健康づくりのための睡眠指針2014」、「食生活指針」、「食事バランスガイド」等）
- ・薬局、医薬品販売業及び医療機器販売業並びに医薬品等の取扱いに関する「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」の規定
- ・要指導医薬品等の基本的な薬効群を中心とした代表的な製剤の成分、効能効果、副作用、用法用量、使用方法（お薬手帳の活用を含む。）等
- ・薬局利用者の個々の訴え別に、適切に情報を収集し状態、状況を把握するための知識（病態生理学、薬理学等）
- ・要指導医薬品等に関する情報収集の方法（PMDAメディナビ等）
- ・特別用途食品及び保健機能食品並びに機能性表示食品制度の概要
- ・健康食品による有害作用並びに食品及び健康食品と医薬品の相互作用
- ・健康食品の最新情報
- ・健康食品に関する適正使用と情報提供
- ・健康食品、食品の情報収集・評価の手法
- ・喫煙の健康影響（症状、疾患等）

- ・薬剤師が行う禁煙支援の方法
- ・禁煙の薬物治療
- ・認知症関連施策（認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）等）の概要及び薬剤師の役割
- ・認知症の早期発見、早期対応に関する薬剤師の取組
- ・認知症の薬物治療
- ・標準予防策の概要
- ・季節ごとに流行する代表的な感染症の病態、感染経路、予防方法
- ・流行している感染症情報の収集方法
- ・代表的な予防接種の意義と方法
- ・代表的な消毒薬の使用法（用途、使用濃度及び調製時の注意点）
- ・衛生材料、介護用品の製品知識、取扱い方法
- ・衛生材料、介護用品に関する情報収集の方法
- ・介護保険サービスにおける介護用品の提供方法
- ・依存性のある主な薬物、化学物質（飲酒含む）の摂取による健康影響
- ・覚醒剤、大麻、あへん、指定薬物等の乱用防止に関する法律の規定
- ・薬物等の依存、乱用防止、過量服薬対策や自殺防止における薬剤師の役割
- ・地域における精神、福祉、保健センターの役割
- ・日用品などに含まれる化学物質とその危険性の摂取による健康影響
- ・誤飲や誤食による中毒の対応
- ・学校薬剤師の位置づけと業務
- ・食中毒の原因となる細菌、ウイルス、自然毒、原因物質、症状、対応方法
- ・地域包括ケアシステムの概要（理念、各種施策、制度、背景等）
- ・地域包括ケアシステムにおける先進的な取組の現状
- ・来局者への対応、相談対応等の接遇

2.1.3 研修の形態

技能習得型研修は、講義および演習により行うものとする。演習は、スモールグループディスカッションなど受講者の参加型演習とする。技能習得型研修Ⅲは、受講者を地域ごとにグループ分けを行い実施する。知識習得型研修は、講義又はeラーニングにより行う。

2.1.4 達成目標（別紙健康サポート薬局研修カリキュラム一覧を参照）

- ・健康サポート薬局の社会的な位置付けを説明できる。
- ・健康サポート薬局の社会的ニーズを的確に把握でき、健康サポート薬局及び薬剤師のあるべき姿に向けて努力することができる。

- ・薬局利用者との対話により収集した情報や身体所見などに基づき、薬局利用者の状態、状況を把握することができる。
- ・薬局利用者の相談内容から薬局利用者のニーズをくみ取り、解決策を提案することができる。
- ・薬局利用者の状態、状況に合わせた適切な対応（かかりつけ医や医療機関への受診勧奨、要指導医薬品等の推奨、生活習慣の改善のための助言、適切な対応先の紹介等）を判断し、実践できる。
- ・相談対応後のフォローアップができる
- ・地域包括ケアシステムにおける当該地域の医療・保健・介護・福祉の資源と役割の現状について、地域住民の目線でわかりやすく説明できる。
- ・薬局利用者から健康の保持・増進に関する相談等を受けた際、適切な職種・機関へ紹介することができる。
- ・地域包括ケアシステムの中で各職種・機関と連携した対応を行うことができる。
- ・健康増進施策の概要について、住民の目線でわかりやすく説明できる。
- ・健康診断の概要について、住民の目線でわかりやすく説明できる。
- ・健康診断の受診が必要な薬局利用者を発見した際に、適切な対応（かかりつけ医や医療機関への受診勧奨、適切な対応先の紹介）を判断し、実践できる。
- ・健康づくりの基準の概要について、住民の目線でわかりやすく説明できる。
- ・薬局、医薬品販売業及び医療機器販売業並びに医薬品等の取扱いに関する「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」の規定について、住民の目線でわかりやすく説明でき、住民の理解を得ることができる。
- ・要指導医薬品等の基本的な薬効群を中心とした代表的な製剤の成分、効能効果、副作用、用法用量、使用方法（お薬手帳の活用を含む。）等について熟知し、地域住民が適切に使用できるように提供、指導できる。
- ・要指導医薬品等の重篤な副作用の早期発見や認められた場合の対応について、地域住民にわかりやすく説明できる。
- ・薬局利用者の状態に合わせた適切な対応（かかりつけ医や医療機関への受診勧奨、要指導医薬品等の推奨、生活習慣の改善のための助言、適切な対応先の紹介等）を判断し、実践できる。
- ・新しく販売された要指導医薬品等について、住民の目線でわかりやすく説明できる。
- ・特別用途食品及び保健機能食品並びに機能性表示食品制度について、説明できる。
- ・健康食品による有害作用並びに食品及び健康食品と医薬品の相互作用について、地域住民の目線でわかりやすく説明できる。
- ・健康食品の最新情報を含め健康食品に関する適正使用と情報提供について、地

域住民の目線でわかりやすく説明できる。

- ・健康食品、食品の情報収集、評価の手法について、地域住民の目線でわかりやすく説明できる。
- ・喫煙による健康影響（喫煙による症状、疾病への影響）や医薬品との相互作用を薬学的な観点から説明できる。
- ・喫煙者に対し、禁煙へ向けた適切な対応（助言による禁煙誘導等）や禁煙支援（禁煙補助剤の適正使用等）を行うことができる。
- ・認知症関連施策及び薬剤師の役割を説明できる。
- ・認知症の疑いがある薬局利用者を発見した際に、適切な対応（かかりつけ医や医療機関への受診勧奨、適切な対応先の紹介）を判断し、実践できる。
- ・認知症の薬物治療について理解し、実践できる。
- ・標準予防策を実践できる。
- ・流行している代表的な感染症の病態、感染経路、予防方法について、住民の目線でわかりやすく説明できる。
- ・代表的な予防接種の意義と方法について、住民の目線でわかりやすく説明できる。
- ・代表的な消毒薬の使用方法について、住民の目線でわかりやすく説明できる。
- ・衛生材料、護用品の製品知識、取扱い方法について熟知し、地域住民が適切に使用できるように提供、指導できる。
- ・ニーズの高い衛生材料、介護用品について、住民の目線でわかりやすく説明できる。
- ・衛生材料、介護用品を必要とする薬局利用者へ、適切な対応（衛生材料・介護用品の供給・提供、適切な行政サービス等の紹介）を判断し、実践できる。
- ・依存性のある薬物等やその規制について説明することができる
- ・薬物乱用、医薬品の不適正使用のおそれ等の相談を受けた際に、適切な対応（地域の支援策や支援の仕組みの説明、適切な行政の支援事業等の対応先の紹介）を判断し、実践できる。
- ・日用品などに含まれる化学物質による健康影響を薬学的な観点から説明できる。
- ・日用品に含まれる化学物質の危険性から回避するための方法を住民の目線でわかりやすく説明できる。
- ・誤飲や誤食による中毒に対して住民の目線でわかりやすく助言できる。
- ・学校薬剤師の役割と活動を説明できる。
- ・食中毒の原因となる細菌、ウイルス、自然毒、原因物質、症状、対応方法について、住民の目線でわかりやすく説明できる。
- ・地域包括ケアシステム及び地域包括支援センターの役割を地域住民の目線でわかりやすく説明できる。

- ・地域包括ケアシステムにおける当該先進的な取組について、地域住民の目線でわかりやすく説明できる。

- ・薬や健康に関する気軽に安心できる相談相手として、相談者の気持ちを配慮した対応を行い薬局利用者や地域住民、他職種の人々と良好な信頼関係を築くため、専門職として適切なコミュニケーションがとれる。

2.1.5 到達度評価

受講者の到達度を測定にあたっては、技能習得型研修では、成果物をもって到達度を評価する。知識習得型研修では、試験形式で到達度の評価を行うものとし、誤答の項目については正答になるようテキスト等の確認誘導を行い、到達度を確実なものとする。

2.1.6 研修時間

技能習得型研修研修は8時間、知識習得型研修は22時間の研修を行う。

研修項目毎の研修時間は、健康サポート薬局カリキュラム一覧に詳細を記載する。

2.1.7 テキスト、教材等

各研修項目毎に、研修テキストを作成する。演習形式で実施する、技能習得型研修、講義形式で実施する知識習得型研修では、研修時に研修テキストを受講者に配布する。eラーニング形式で実施する知識習得型研修に関しては、eラーニング受講用ホームページ等で、研修テキストを閲覧、印刷できるようにする。

2.1.8 研修の実施場所、環境条件

研修の実施場所は、受講者数に合わせて、環境、設備等を考慮し、健康サポート薬局研修運営事務局、健康サポート薬局研修企画委員会において選定する。

2.1.9 講師の選定

研修の講師は、講師の専門的知識、経験を考慮して、健康サポート薬局研修運営事務局、健康サポート薬局研修企画委員会にて選定する。

3. 研修修了証

3.1 研修修了証の発行体制

3.1.1 研修修了証の発行適否評価体制

健康サポート薬局研修運営事務局は、研修受講者が、全ての技能習得型研修および知識習得型研修を修了した事を確認し、研修修了証を発行する。

3.1.2 研修受講記録の方法

研修受講者氏名、薬剤師名簿登録番号、生年月日、研修受講会場、研修受講項目、研修受講日、地域包括ケア研修受講都道府県名、研修登録番号を電子媒体等に記録保存する。研修記録の保存期間は研修終了後 10 年間とする。

3.1.3 その他の修了の条件

本研修は、薬局での勤務経験が 5 年間以上あるすべての薬剤師を対象とし、特定の団体に所属すること等を求めない。

3.1.4 修了証等に関する経費

研修修了者は、研修修了証の発行、記録管理に関し、別途規定する手数料を支払う。なお、3.1.5 に定める再履修にかかる費用についても同様とする。その内容については日本保険薬局協会のホームページで公開するとともに、変更があった場合は速やかに開示することとする。

3.1.5 研修修了証の有効期限、再履修の規定

研修修了証は、研修終了から 6 年間に限り有効なものとし、有効期限の 2 年前から有効期限の間に研修を再履修、修了した場合には、研修修了証の有効期限を 6 年間延長できる。再履修の必修研修項目は、技能習得型研修の「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」とするが、その他の研修内容についても、再履修することが望ましい。研修修了証の有効期限が延長された場合は、延長された有効期限が記載された、研修修了証を発行する。なお、修了を受けた地域包括ケア都道府県外への勤務地に変更があった場合、受講者は当協会へその事実を報告し、当該地域における「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」におけるワークシートを提出することとし、その内容を健康サポート薬局研修企画委員会にて相応しい内容であるものであることを確認後、当該都道府県地域包括ケアに係る研修修了者として記録追加を行うこととする。

3.1.6 研修修了証の記載事項

研修修了証には、研修修了者の氏名、薬剤師名簿登録番号、研修修了登録番号、生年月日、研修実施機関名、研修修了証の発行日、研修修了証の有効期限を記載する。研修修了証を再発行した場合は、最初の研修修了証の発行日、再発行日を記載する。

3.1.7 研修修了取消し条件

研修会への参加申し込み、研修会への参加、e-ラーニングの受講等において不正

行為があった場合や、薬剤師の資格を失った者、薬事に関し犯罪または不正な行為があった者、薬剤師として不適正な行為があった者等は、研修修了証の発行を取り消す。なお、研修修了取り消し条件に該当すると判断された場合、必要に応じて当該薬剤師へ事情聴取を行い、弁明の機会を与えることとする。事情聴取の内容、弁明の内容を健康サポート研修企画委員会で検証し、取り消しの適切性を担保する。

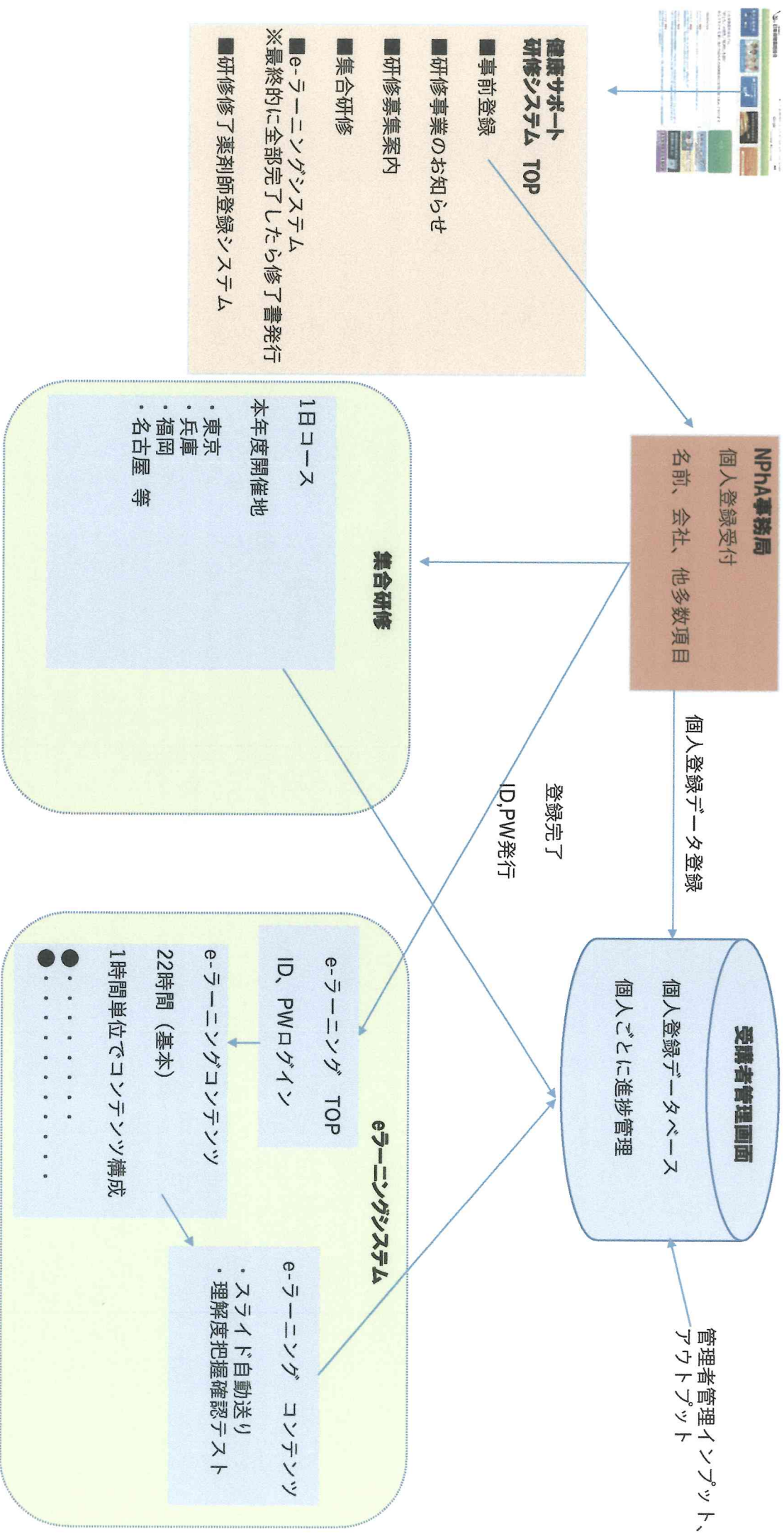
平成 28 年 7 月 19 日制定

別添 1

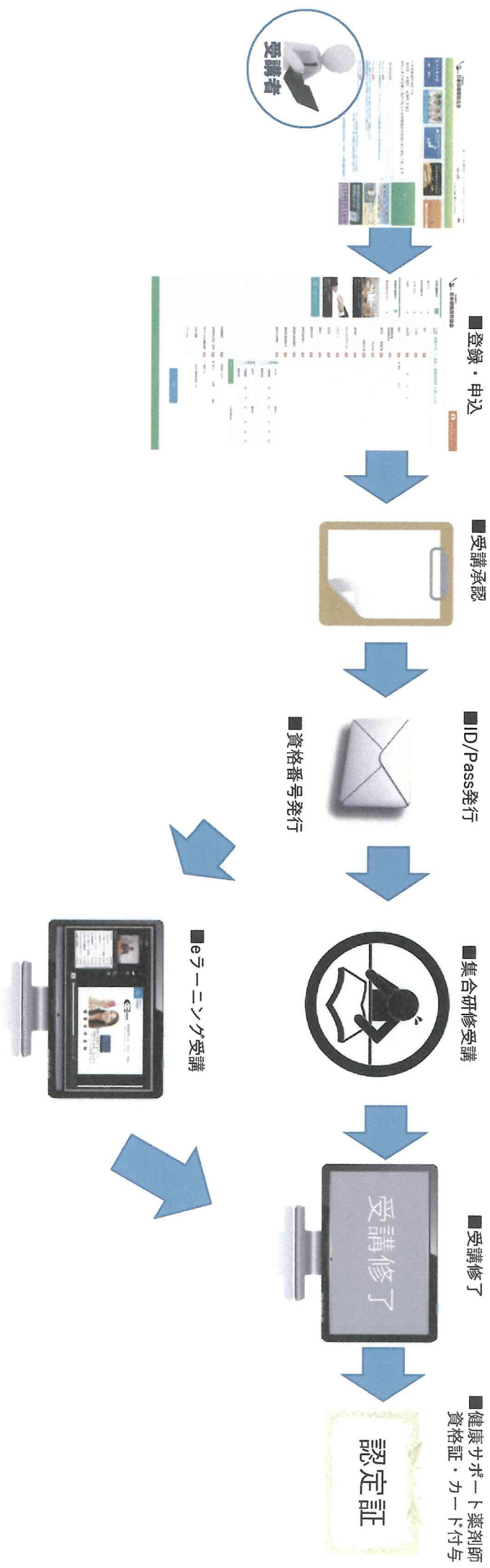
NPhA健康サポート研修 登録・確認・管理システム全体概要

2016年8月12日

健康サポート研修登録・確認・管理システム構築イメージ

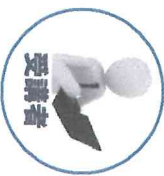


健康サポート研修登録・確認・管理システムフロー（受講フロー）



健康サポート研修登録・確認・管理システムデータ管理フロー

■登録・申込



■集合研修受講

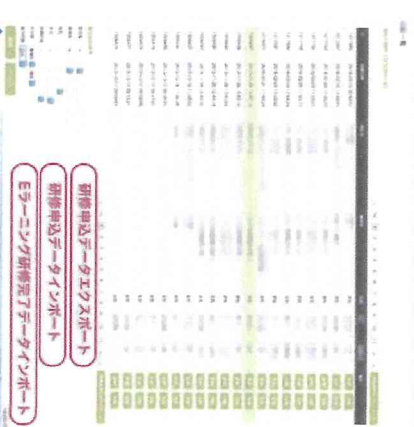


■eラーニング



受講データ取込

■受講者データ管理画面 (イメージ)



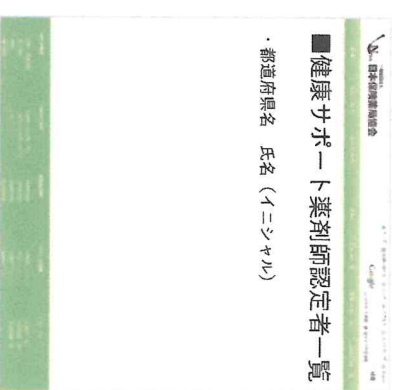
氏名	ID	性別	年齢	所属	登録	受講	退会	備考
山田 太郎	1001	男	25	東京都	○	○	○	
田中 花子	1002	女	28	東京都	○	○	○	
佐藤 一郎	1003	男	30	東京都	○	○	○	
鈴木 美咲	1004	女	22	東京都	○	○	○	
高橋 健太	1005	男	27	東京都	○	○	○	
橋本 真由	1006	女	24	東京都	○	○	○	
石川 大輔	1007	男	29	東京都	○	○	○	
渡辺 千尋	1008	女	26	東京都	○	○	○	
中村 隆夫	1009	男	31	東京都	○	○	○	
森田 由香	1010	女	23	東京都	○	○	○	

受講データ入力

認定者掲載

■健康サポート薬剤師認定者一覧

・都道府県名 氏名 (イニシャル)



健康サポート研修登録・確認・管理システム受講者申込項目詳細

申し込みデータ管理項目	フォームで入力	入力時 必須	ユーザによる 編集	備考
氏名	テキスト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
フリガナ	テキスト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
生年月日	日付	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
性別	ラジオボタン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
現住所(都道府県)	都道府県プルダウン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
現住所(市区町村)	テキスト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
現住所(それ以降)	テキスト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
電話番号	テキスト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eメール※ログイノID	テキスト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NPIAサイトへのログイノIDとして使用します ※EラーニングサービスとのログイノIDとは別
Eメール(確認用)	テキスト	<input type="checkbox"/>	-	初回申込時のみの確認用項目/テキストのペーストを禁止します。
パスワード	テキスト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自動生成はせず、ユーザに任意のパスワードを入力してもらいます。 ※Eラーニングサービスのパスワードとは別 初回申込時のみの確認用項目
パスワード(確認用)	テキスト	<input type="checkbox"/>	-	
勤務先の有無	ラジオボタン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
会社名	テキスト	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	「勤務先有り」の時 必須/無しの時 任意 会員企業/非会員企業一受講費用が異なる
会員企業所属	ラジオボタン	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
薬局名	テキスト	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	勤務先有り」の時 必須/無しの時 任意
勤務先住所	テキスト	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	勤務先有り」の時 必須/無しの時 任意
勤務先電話番号	テキスト	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	勤務先有り」の時 必須/無しの時 任意
薬剤師名簿登録番号 都道府県	都道府県プルダウン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
薬剤師名簿登録番号	テキスト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
薬剤師名簿登録年月	テキスト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年月日一年月に変更6/28
薬局での実務歴	※複数レコード ※右に添付したイメージ参照	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	実務歴を最大10レコード記入可能。在籍期間を選択入力することで、勤務年数を自動計算 ※申込時点で実務歴合計5年未満の方は、エラーにする。
薬局での実務歴合計	※自動計算	-	<input type="checkbox"/>	
実務歴確認に相違ありません!	チェックボックス	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	各勤務年数をもとに自動計算

申し込みデータ管理項目	フォームで入力	入力時 必須	ユーザによる 編集	備考
実地研修の会場(選択)	ラジオボタン	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2016年度は、東京、兵庫、福岡、今後の増減や変更のメンテナンスをしやすいです。 ※管理画面では編集できません
地域包括ケア 研修 都道府県	都道府県プルダウン	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	健康サポート薬局の薬剤師として、就業する都道府県
サイト上へ情報掲載の確認	チェックボックス	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	研修終了時点で「研修終了健康サポート薬剤師」として、協会ホームページで公開する内容とすることについての本人了解。 1. 氏名 2. 出身地及び現住所(都道府県のみ) 3. 研修受講までの実務歴登録年数合計 4. 健康サポート薬剤師確認有効期間
氏名の掲載を希望しない イニシャル	チェックボックス	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	氏名の掲載をしない場合、必須。 後日、管理画面から入力 後日、管理画面から入力 後日、管理画面から入力 後日、管理画面から入力 申込完了時、自動設定。 (例) 100001(受検回数(無条件で1)+連番5桁) 機関コードは不要(削除) ↑この“連番5桁”部分のみシステムで連番で自動付番 ※健康サポート薬剤師確認番号、修了番号として使用。 後日、管理画面から入力 あらかじめ個人登録番号に紐付けたパスワードをセット ※研修受講費用入力年々月日に日付が入っている場合のみ、 Eラーニング受講完了年月日 登録回数コード(個人登録番号内 コード) Eラーニング受講完了年月日 登録回数コード(個人登録番号内 コード) 機関コード(個人登録番号内コード) 無し

実務歴入力欄 (案)

薬局での実務歴

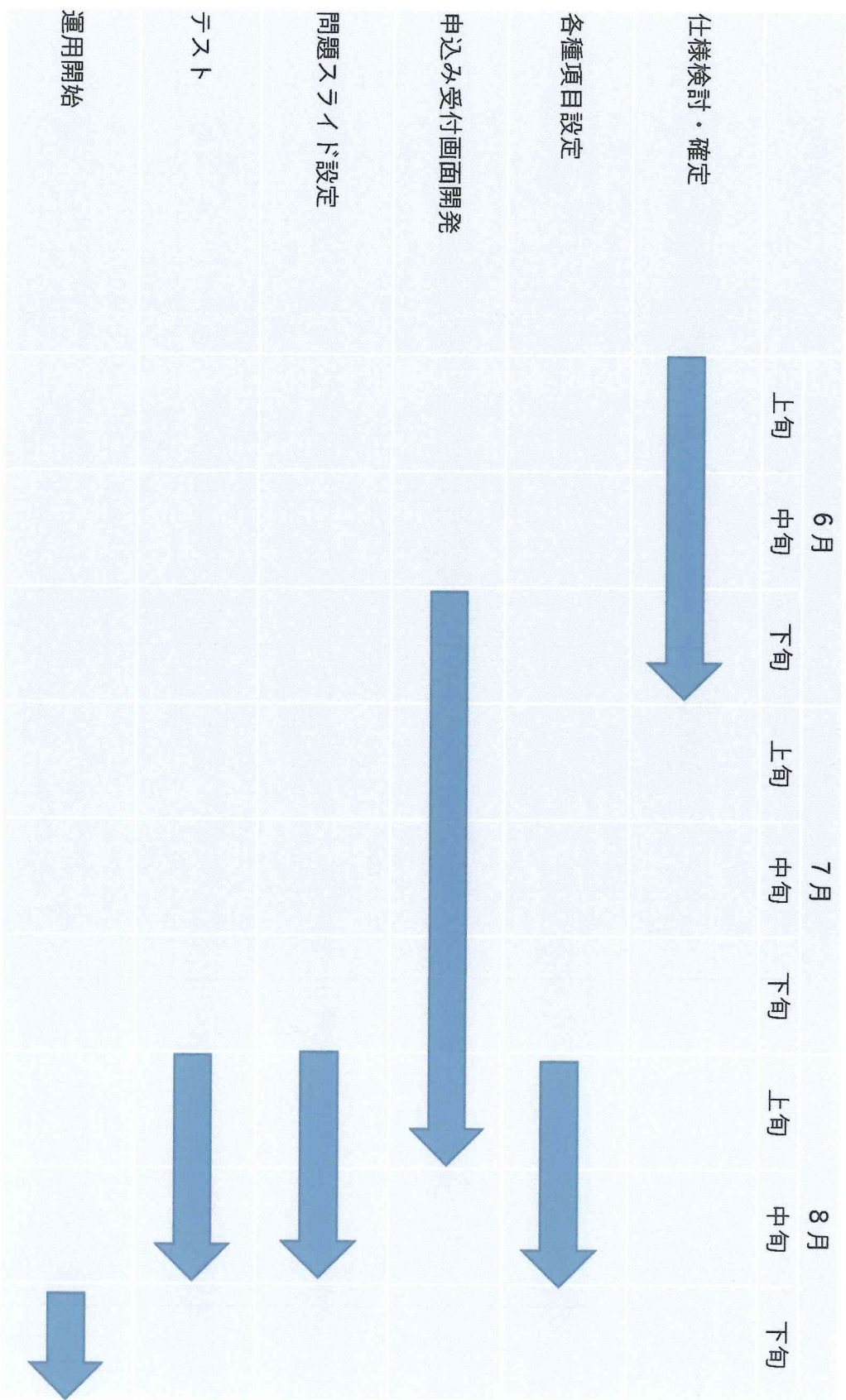
実務歴	会社名	在籍期間	勤務年数
1	<input type="text"/>	年 月 日 ~ 年 月 日	年
2	<input type="text"/>	年 月 日 ~ 年 月 日	年

合計勤務年数:

健康サポート研修登録・確認・管理システム画面仕様詳細

ユーザ画面	対象	必要なページ	必要な機能	備考
	研修終了健康サポート薬剤師一覧	“健康サポート薬剤師認定年月日”が入っている方を一覧で表示。 インシヤル表示を希望している方は、氏名のかわりにニックネームを表示。	表示する項目 1. 氏名又はインシヤル 2. 出身地及び居住所(都道府県のみ) 3. 研修受講までの実務経験年数合計 4. 健康サポート薬剤師確認有効期間	
	申し込みフォーム	入力～確認～完了 自動送信メール送信(申込者/管理者)	入力～確認～完了 自動送信メール送信(申込者/管理者)	パスワード再設定は、登録済みメールアドレスにメール送信
	ログイン画面	パスワード再設定機能	パスワード再設定機能	変更可能にする項目は検討中 変更可能にする項目は検討中
	マイページ パスワード再設定画面	メールアドレス宛にパスワード再設定用URLを送付 登録情報の確認/変更 ログアウト	メールアドレス宛にパスワード再設定用URLを送付 登録情報の確認/変更 ログアウト	エクセルレポートで、研修年月日等を一括更新可能にします。
管理画面	申込情報管理	申込情報編集	一覧表示/絞り込み検索 エクセルレポート エクセルエクスポート	データレアウトはEラーニングサービスIDと研修完了日のみを予定
	Eラーニング完了データインポート	Eラーニング完了データのデータをインポート可能にします。	Eラーニング完了データのデータをインポート可能にします。	10,000件程度、ランダムなパスワードを登録して、個人登録番号と紐付いたします。 パスワード要件:8ケタ 英語大文字、英語小文字、数字を組み合わせて(記号なし) 登録したデータを、一覧でお渡し致します。 ※10,001件以降の追加は、依頼対応といたします。
管理画面外 (システム)	Eラーニングサービス用パスワード管理	Eラーニングサービス用パスワード管理	Eラーニングサービス用パスワードを管理します。 個人登録番号に対するEラーニングサービス用パスワードを紐付いたパスワードを自動付与します。	実施研修の会場と、会場ごとの申込人数上限を管理します。 (管理画面で操作できるようにはいたしません) 依頼ページで、会場の追加や人数の変更を可能にします。
	実施研修の会場と、会場ごと受付人数の管理ツォーム制御	会場ごとの設定した上限に達した場合、その会場を選択できないようにします。 例:東京(定員に達したため、受付終了) ムグリアウト	会場ごとの設定した上限に達した場合、その会場を選択できないようにします。 例:東京(定員に達したため、受付終了) ムグリアウト	

健康サポート研修登録・確認・管理システム開発スケジュール (案)



別添2 研修実施会場一覧

都道府県	開催地	会場名	住所	電話番号	研修開催予定日
1 北海道	帯広会場	東洋薬品株式会社 つがやす薬局 会議室	北海道帯広市東2条南8丁目14番地	0155-22-7355	平成28年11月13日
2 北海道	札幌会場	株式会社アイソフナー・マシース 本社会議室	北海道札幌市白石区東札幌5条2丁目4-30	011-814-1000	平成28年11月5日・6日
3 東京都	東京会場	クオール株式会社 日本橋ラーニングセンター	東京都中央区日本橋2-14-1 フロンティアビル日本橋	03-6430-9058	平成28年9月17日・18日・19日 平成28年11月3日・23日 平成29年2月5日・19日
4 神奈川県	横浜会場1	株式会社わかば 会議室	神奈川県横浜市港北区新横浜2-12-10	045-475-3251	平成28年10月23日
5 神奈川県	横浜会場2	株式会社ココカラフアイン 会議室	神奈川県横浜市港北区新横浜3-17-6 アイテックビル	045-548-5929	平成28年11月20日
6 愛知県	名古屋会場	協和ケミカル株式会社 会議室	愛知県名古屋市長区泉2-26-2	052-931-9015	平成28年10月22日・23日
7 京都府	京都会場	ワタキューセイモア株式会社 会議室	京都府京都市下京区烏丸通高辻下ル薬師前町707	075-361-4089	平成28年10月10日
8 大阪府	大阪会場	株式会社 アイソフナー・マシース 大阪事務所 会議室	大阪府大阪市北区角田町8-1 梅田阪急ビルオアシスタワー25F	06-6363-0011	平成28年11月20日
9 大阪府	富田林会場	株式会社せいぎ 会議室	大阪府富田林市向陽台2-2-15	0721-28-6261	平成28年12月4日
10 兵庫県	神戸会場	神戸国際会館	兵庫県神戸市中央区御幸通8丁目1番6号	078-231-8161	平成28年9月24日・25日
11 兵庫県	芦屋会場	阪神調剤ホールディング株式会社 会議室	兵庫県芦屋市大槻町1-18	0797-32-3202	平成28年11月27日
12 広島県	福山会場	株式会社 ヲアーツイ 会議室	広島県福山市沖野上町四丁目13番27号	084-931-0160	平成28年10月16日 平成28年11月27日
13 福岡県	福岡会場	総合メディアカル株式会社 会議室	福岡市中央区天神2-14-8 福岡天神センタービル16階	092-713-7061	平成28年10月1日・2日
14 沖縄県	沖縄会場	株式会社薬正堂 会議室	沖縄県沖縄市知花6-25-12	098-934-3654	平成28年12月11日

別添 3

技能習得型研修 コークシート

●健康サポート薬局のあるべき姿に関する演習3

所属

氏名

技能 I

※健康サポート薬局への取組み計画。
 ・施行通知 業生発0212第5号 平成28年2月12日 P19、P20 できていないことについて、実施計画を作成する。

添付届出書類

	通知該当頁	チェック	実施計画 年月
I. 当該薬局の業務実態を踏まえて、以下の事項に関することを記載した省令手順書			
i. 患者がかかりつけ薬剤師を選択できることとし、かかりつけ薬剤師が薬剤に関する情報提供・指導等を一元的・継続的に行うこと。	p4-5(1)①		
ii. 患者がかかりつけ薬剤師を選択した際、その旨及び選択した薬剤師が分かるよう薬剤服用歴に記録しておくこと。	p4-5(1)①		
iii. 患者が現在受診している医療機関を全て把握するよう取り組むこと。	p5(1)②		
iv. 患者に使用された医薬品・服用している医薬品の一元的・継続的な把握に取り組むこと。	p5(1)②		
v. 患者に対し残薬確認、残薬解消、残薬発生の原因聴取とその対応に取り組むこと。	p5-6(1)③		
vi. 毎回、患者に服薬状況や体調変化を確認し、新たな情報や薬剤服用歴の記録を参照した上で、必要に応じて確認・指導内容を見直し、患者の理解度等に応じて薬剤に関する情報提供・指導等を実施するよう取り組むこと。	p5-6(1)③		
vii. 患者に対し、お薬手帳の意義及び役割等を説明するとともに活用を促すこと。	p6-7(1)④		
viii. お薬手帳利用者には、適切な利用方法を指導すること(医療機関・薬局への提示、体調の変化等の記録、自身で購入した薬の記入等)。	p6-7(1)④		
ix. お薬手帳の複数冊所持者に対し、お薬手帳の集約に努めること。	p6-7(1)④		
x. 薬剤師の基本的な役割の周知やかかりつけ薬剤師・薬局の意義、役割等の説明を行い、かかりつけ薬剤師・薬局を持つよう促すこと。	p7-8(1)⑤		
x i. 開店時間外の電話相談等にも対応すること。かかりつけ薬剤師を持つ患者からの電話相談等に対しては当該薬剤師が対応すること。	p8(1)⑥		
x ii. 医療機関に対して、患者の情報に基づいて薬歴照会を行い、必要に応じて、副作用等の情報提供、処方提案に適切に取り組むこと。	p8-9(1)		
x iii. 上記の iii、iv、v、vi、x i、x ii の実施に関して、薬剤服用歴に記載すること。			
II. 当該薬局に従事する薬剤師の氏名、勤務日及び勤務時間を示した勤務表	p4-5(1)①		
III. お薬手帳の意義、役割及び利用方法の説明又は指導のための適切な資料	p6-7(1)②		
IV. かかりつけ薬剤師・薬局の意義及び役割等の説明のための適切な資料	p7-8(1)⑤		
V. 当該薬局薬剤師に24時間直接相談できる連絡先電話番号等について、事前に患者等に対して説明し交付するための文書	p8(1)⑥		
VI. 直近1年間の薬剤服用歴の記録や薬学的管理指導計画書の写し等の在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績が確認できる書類	p8(1)⑦		
VII. 医療機関に対して情報提供する際の文書様式	p8-9(1)⑧		
I. 当該薬局の業務実態を踏まえて、以下の事項に関することを記載した健康サポート業務手順書			
i. 要指導医薬品等及び健康に関する相談に適切に対応した上で、そのやり取りを通じて、必要に応じて医療機関への受診勧奨を行うこと。	p9-10(2)①		
ii. 健康に関する相談を受けた場合は、かかりつけ医等の有無を確認し、かかりつけ医がいる場合等には、かかりつけ医等に連絡を取り、連携して相談に対応すること。特に、要指導医薬品等による対応が困難であることが疑われる場合には、受診勧奨を適切に実施すること。	p9-10(2)①		
iii. 健康の保持増進に関する相談に対し、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所及び訪問看護ステーション、健康診断や保健指導の実施機関、市区町村保健センター等の行政機関、介護予防・日常生活支援総合事業の実施者等の地域の連携機関を薬局利用者に紹介するよう取り組むこと。	p10(2)②		
iv. 上記 i～iii に基づき受診勧奨又は紹介を行う際、必要な情報を紹介先の医療機関その他の連携機関に紹介文書により提供すること。	p11-12(2)②		

かかりつけ薬局の基本機能

健康サポート機能

●健康サポート薬局のあるべき姿に関する演習3

所属

氏名

※健康サポート薬局への取組み計画。

・施行通知 業生発0212第5号 平成28年2月12日 P19、P20 できていないことについて、実施計画を作成する。

		添付届出書類	
		通知該当頁	チェック 実施計画 年月
V. 以下のような場合に受診勧奨すること。		p14-15:(6)①	
・医師の診断がなされている場合に、医師の指示に従わずに受診していないことが判明した場合に、受診勧奨すること。			
・かかりつけ医がいるにもかかわらず、一定期間受診していないことが判明した場合に、受診勧奨すること。			
・定期健診その他必要な健診を受診していないことが判明した場合に、受診勧奨すること。			
・状態が悪い場合など要指導医薬品等による対応が困難であることが疑われる場合に、受診勧奨すること。			
・要指導医薬品等を使用した後、状態の改善が明らかでない場合に受診勧奨すること。			
VI. 要指導医薬品等又は健康食品等に関する相談に対し、薬局利用者の状況や当該品目の特性を十分に踏まえた上で、専門的知識に基づき説明すること。		p15:(6)②	
II. 以下の事項を満たした医療機関その他の連携機関先のリスト		p10-11:(2)③	
・地域における医療機関、地域包括支援センター、介護事業所、訪問看護ステーション、健康診断等の実施機関、市区町村保健センター及び介護予防・日常生活支援総合事業の実施者が含まれていること。			
・医療機関その他の連携機関の名称、住所及び連絡先(電話番号、担当者名等)が記入できる形式であること。			
Ⅲ. 以下の内容を記載できる紹介文書			
・紹介先に関する情報、紹介元の薬局・薬剤師に関する情報、紹介文書を記載した年月日、薬局利用者に関する情報、相談内容及び相談内容に関わる使用薬剤等がある場合にはその情報、薬剤師から見た紹介理由、その他特筆すべき事項		p11-12:(2)④	
IV. 地域の薬剤師会と密接な連携を取り、地域の行政機関及び医師会、歯科医師会、薬剤師会等が実施又は協力する健康の保持増進その他の各種事業等への参加実績又は参加予定が確認できる資料(事業の概要、参加人数、場所及び日時並びに当該薬局の薬剤師の参加内容などが分かるもの)		p12:(2)⑤	
V. 有効な健康サポート薬局に係る研修の研修修了証及び勤務体制が確認できる資料		p13:(3)⑥	
VI. 個人情報に配慮した相談窓口を設置していることが確認できる写真等の資料		p13:(4)②	
Ⅶ. 薬局の外側に掲示予定のもの(健康サポート薬局、要指導医薬品等に関する助言や健康に関する相談を積極的にを行っている旨)が確認できる資料		p13-14:(5)①	
Ⅷ. 薬局の中で提示予定のもの(実施している健康サポートの具体的な内容)が確認できる資料		p14:(5)②	
Ⅸ. 要指導医薬品等の備蓄品目を薬効群毎に分類したリスト		p14-15:(6)①	
X. 衛生材料及び介護用品等の備蓄品目リスト		p14-15:(6)①	
XI. 開店している営業日、開店時間を記載した文書		p15-16:(7)③	
XII. 要指導医薬品等及び健康食品等に関する助言や健康に関する相談に対応した対応内容の記録の様式が確認できる資料		p16:(8)①	
XIII. 積極的な健康サポートの取組等の実績が確認できる資料(取組の概要、参加人数、場所及び日時等が分かるもの)		p16:(8)②	
XIV. 薬局において取組を発信していること等の実績が確認できる資料(取組の概要等が分かるもの)		p16-17:(8)③	
XV. 国、地方自治体、関連学会等が作成する健康の保持増進に関するポスターの掲示やパンフレットの配布が確認できる資料		p17:(8)④	

健康サポート機能

SOAP薬学的臨床判断シート

S: 来局者情報		
★使用者(本人・他)		★年齢 (才)
★性別(男・女)		
★症状	L: 部位	
	Q: 性状	
	Q: 重症度	
	T: 時間的経過	
	S: 状況	
	F: 寛解・増悪因子	
	A: 随伴症状	
	★その症状に関して医師の診断を	受けた(診断内容) 受けない)
★基礎疾患	現にかかっている) 他疾患) 有(★病名) 無)	
★併用薬		
体質(胃が弱い、便秘ぎみ等)		
アレルギー歴		
★副作用歴		
★妊娠中(週数 週)		★授乳中
今までのセルフケア		有() 無)
★その他確認が必要な事項		
O: お客様の見た目、検査値、バイタルサインなど		
A: 評価		
P: 対応方法、セルフケアの実際と情報提案など		
①OTC販売 ②医療機関受診勧奨 ③生活指導 ★購入者に確認 <input type="checkbox"/> 提供した情報及び指導の内容を理解したこと <input type="checkbox"/> 質問		

★印 薬局医薬品、要指導医薬品、第一類医薬品の場合確認必須

ワーク④ 聞き取りメモ

【連携先向け】

紹介先施設	
職種(氏名)	
連絡手段・連携方法	
紹介目的	
基本情報	
本人希望	
家族希望	
医療情報(既往歴、保険情報など)	
生活情報(ADLなど)	
現サービス提供体制	
備考	

【患者、家族向け】

紹介の同意	
紹介目的	
紹介職種の役割説明	
その他伝達事項	
備考	