

食の相談支援薬剤師の養成と相談事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は一般社団法人島根県薬剤師会（以下、「薬剤師会」という。）が、薬局や薬剤師が常駐する店舗販売業（以下、「薬局等」という。）において、薬剤師による地域住民の食に関する簡易な相談・助言体制の整備を行い、相談に応じることによって食育の推進に資するための事業（以下、「食の相談支援事業」という。）の実施に関して必要な事項を定めるものとする。

(指導の目標)

第2条 薬剤師には地域包括ケアシステムの一翼を担い、薬は当然ながら健康全般に関していつでも気軽に相談できる広範な対応が求められており、このうち食に関しての基本的な知識・技能の修得を行い、以て、患者又は相談者（以下、「相談者等」という。）からの相談に対して簡易な助言を行う等を通して地域住民の健康増進に寄与するものとする。

(事業の実施)

第3条 この事業は薬剤師会が、島根県の支援と公益社団法人島根県栄養士会（以下、「栄養士会」という。）等の協力を得て実施するものとする。

(事業の内容)

第4条 薬剤師会は、会員が所属する薬局等に対して事前に当該年度の事業計画（助言の分区分（以下、「区分」という。）を示した上で、参加を希望する県内の薬局等に勤務する薬剤師に対して研修を行う。

2 研修は、栄養士会から招聘した管理栄養士等を講師として各年度、2回実施することとし、研修に充てる時間は各回4時間程度とする。

(認定等)

第5条 薬剤師会は、前条の規定によって当該年度に実施した区分の2回の研修の過程を全て修了した薬剤師について、本人からの申請（様式-1）によって、当該区分に係る「食の相談支援薬剤師」として認定する。

2 薬剤師会は、前項の規定によって認定を受けた食の相談支援薬剤師が職員として常勤で所属する薬局等を、その開設者から申請（様式-2）によって当該年度以降、当該区分ごとの「食の相談支援薬局等」と認定し、称し、標榜することを認める。

3 食の相談支援薬局等の開設者は、初回認定以降の年度において、常勤で所属する薬剤師が新たな区分の認定薬剤師として認定された場合には、当該区分の追加を申請（様式-2）することができる。

4 前項の規定によって認定された食の相談支援薬局等において、第1項によって認定された食の相談支援薬剤師が常勤で勤務することがなくなった場合は、その時点で第2項に規定する認定は失効するものとする。

(事業の実施)

第6条 食の相談支援薬剤師は、患者等の求めに応じて相談に応需するのみでなく、患者等の状況から判断して、助言等の必要性を認めた場合には積極的に提案するものとする。

(事業の実施計画)

第7条 研修の実施分野は、年度ごとに別途に計画することとする。

(事業実施報告)

第8条 食の相談支援薬局等の管理者は、事業が完了した日から起算して10日を経過した日、又は事業実施年度の3月31日の何れか早い日までに当該年度に行った相談応需・助言等の回数等をまとめて、(様式-3の1)及び(様式-3の2)によって薬剤師会長に報告するものとする。

(届出)

第9条 食の相談支援薬局等の管理者は、第5条第1項によって認定された食の相談支援薬剤師が常勤で勤務することがなくなった場合は速やかに薬剤師会に届け出ることとする。

(様式-4)

(補則)

第10条 事業の実施にあたっては、相談者や来局者等に対して不必要に医薬品を始め健康食品等の購入を働きかけてはならない。

2 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は会長が別に定める。

付 則

この要綱は、平成27年11月1日から施行する。

この要綱は、平成28年7月1日から施行する。

この要綱は、平成29年8月15日から施行する。

この要綱は、平成30年7月30日から施行する。

(様式－1)

平成 年度 食の相談支援薬剤師認定申請書

一般社団法人島根県薬剤師会
会 長 様

私は、島根県薬剤師会の平成 年度食の相談支援薬剤師の養成のための講習会の全課程を受講修了したので、食の相談支援事業薬剤師の養成と相談事業実施要綱第5条第1項の規定によって認定を申請します。

平成 年 月 日

1. 薬剤師の氏名

2. 受講日・会場 第1回 平成 年 月 日

会場名：

第2回 平成 年 月 日

会場名：

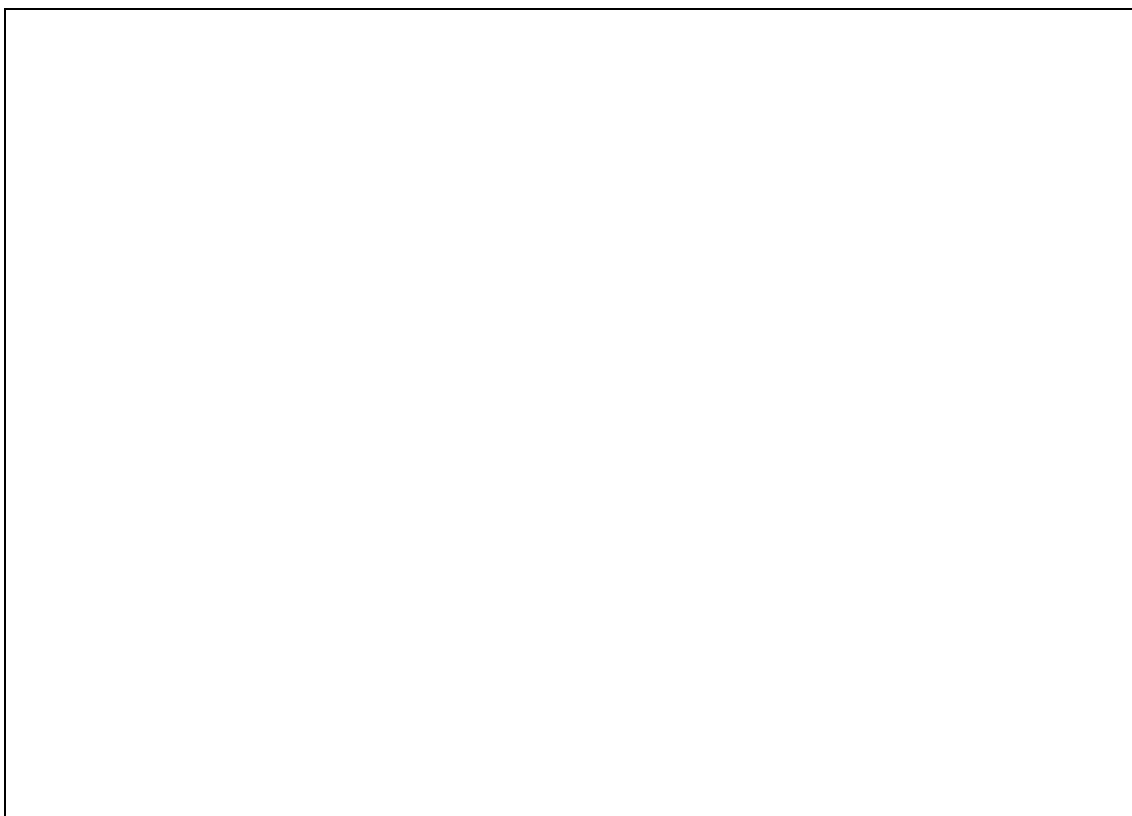
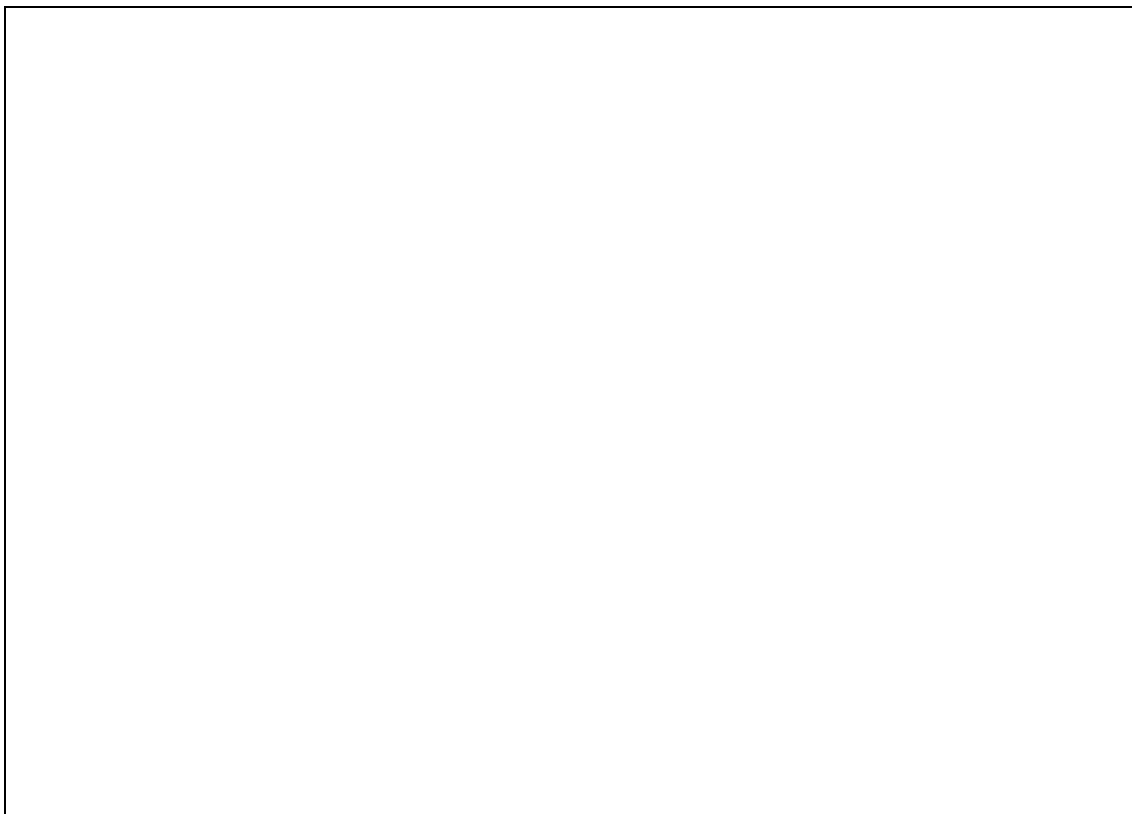
申請者 住 所

氏 名

(注意)

1. 申請者氏名は本人の署名、若しくは記名押印としてください。
2. 申請は最終の講習会が終了してから、概ね1ヶ月以内に行うこと。
3. 裏面に2回分の受講証(2枚)を貼付してください。

(様式 - 1 の裏面)



(様式－２)

食の相談支援薬局等（新規・区分追加）認定申請書

一般社団法人島根県薬剤師会
会長 様

当薬局等に勤務する下記の薬剤師が、島根県薬剤師会の平成 年度食の相談支援薬剤師の養成のための講習会の全課程を修了し、食の相談支援薬剤師として認定されたので、食の相談支援事業薬剤師の養成と相談事業実施要綱第 5 条第（2 項・3 項）の規定によって認定を申請します。

平成 年 月 日

申請者 住所

氏名

薬局等の名称

認定を受けた薬剤師の氏名

同上が認定を受けた区分名

(注意)

1. 申請者住所は主たる事務所の所在地を記入してください。
2. 同上 氏名は法人にあっては法人名と代表者氏名を記入してください。
3. 申請は当該薬剤師が認定を受けてから概ね 1 ヶ月以内に行うこと。
4. 当該薬剤師の認定証の写しを添付してください。

(様式－３の１)

食の相談支援薬局等に係る事業実績報告書

一般社団法人島根県薬剤師会長 様

当薬局等において認定薬剤師が実施した平成 年度における食の支援相談の実施状況については以下のとおりですので、食の相談支援薬剤師の養成と相談事業実施要綱第８条の規定によって報告します。なお、相談内容等の概要は別紙のとおりです。

助言等の区分	相談応需	外部機関紹介	認定薬剤師の氏名（複数可）
乳・幼児食 (27年度認定)	回	回	
高血圧予防食 (28年度認定)	回	回	
糖尿病予防食 (29・30年度認定)	回	回	
	回	回	
合 計	回	回	

平成 年 月 日

薬局等の住 所

氏 名

薬局等の名称

(注意)

1. 申請者住所は主たる事務所の所在地を記入してください。
2. 同上 氏名は法人にあっては法人名と代表者氏名を記入してください。
3. 外部機関紹介回数は相談応需回数の内数とする。
4. 報告は当該年度が終了してから 10 日以内に島根県薬剤師会事務局へ提出してください。

(様式－３の２)

区 分	相 談 内 容 等 の 概 要
乳・幼児食	
高血圧予防食	
糖尿病予防食	

(注意)

- １．相談内容の概要を記入してください。また、可能であれば相談者に対して回答した内容も併せて記載してください。
- ２．上記の欄だけでは足りない場合は、コピーして記入して頂きますようお願いいたします。

(様式－４)

一般社団法人島根県薬剤師会長 様

当薬局において勤務していた下記の食の相談支援薬剤師について、常勤の実態がなくなったので、食の相談支援薬剤師の養成と相談事業実施要綱第9条の規定によって届け出ます。

記

食の相談支援薬剤師の氏名 :

常勤の実態がなくなった期日 :

平成 年 月 日

薬局等の住所

氏名

薬局等の名称

(注意)

1. 届出者住所は主たる事務所の所在地を記入してください。
2. 同上 氏名は法人にあっては法人名と代表者氏名を記入してください。
3. 届出は当該薬剤師が常勤で勤務することがなくなってから1ヶ月以内に提出してください。