

会員各位

八葉発第1号
令和2年4月21日
一般社団法人八尾市薬剤師会
会長 中野 道雄

[やお薬だより]

<http://www.ypa21.or.jp/>

陽春の候、先生方には益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。
心新たに第一号をお届けします。今年度も宜しくお願い致します。

5・6月の行事予定

* 5月9日(土) 薬剤師会事務所
理事会—午後19時30分～ 中止

* 5月24日(日) 保健センター4階会議室
第6回 通常社員総会 午前11時～

※新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点より、時間を短縮して開催します。事業報告等一部説明を割愛して進行いたします。

休日診療委員会—午後1時30分～
例会—午後2時～
学術研修会—午後2時20分～
総会后懇親会— } 中止

* 6月14日(日) 保健センター4階会議室
学校薬剤師委員会研修会 午後1時～
保育所委員会—午後1時30分～(中止)(添付資料あり)
例会 午後2時～
学術研修会 午後2時20分～
地域医療研修会 午後3時30分～

現時点での予定です。
今後の状況により
中止になることもあります。

第6回 通常社員総会

★ 通常社員総会

日時：令和2年5月24日(日) 11時～

場所：保健センター4階 会議室

(一社)八尾市薬剤師会総会

報告事項第一号 令和元年度庶務及び一般報告

報告事項第二号 令和元年度一般会計収入支出報告

報告事項第三号 令和元年度監査報告

議案事項第一号 細則追加(案)の件

議案事項第二号 選出理事および監事承認の件

(一社) 大阪府薬剤師会八尾支部総会
報告事項第一号 第 139 回代議員会報告
報告事項第二号 令和元年度庶務及び一般報告
報告事項第三号 令和元年度会計収入支出報告
報告事項第四号 令和元年度監査報告

★ 懇親会は中止といたします

お知らせ

1. **新型コロナウイルス感染症関連情報のメール配信について**

各薬局に八尾市保健所などからの新型コロナウイルス感染症関連情報を随時メール配信しております。ご確認を宜しくお願い致します。

2. **八尾市保健所への寄贈について**

新型コロナウイルス感染症対応において、保健所職員の皆様が非常に大変な業務を続けておられます。執行部で話し合い、薬剤師会より慰労の品を寄贈することといたしました。

事後報告になりますが、ご理解いただけますよう宜しくお願い致します。

(寄贈品)

チオビタドリンク 100 本

ボディメンテドリンク(大塚) 120 本

ボディメンテゼリー(大塚) 30 個

3. **4月27日に会費(4・5月分)等の引き落としがあります。**

残高確認を宜しくお願い致します。第 I 期実務実習の受入薬局は薬局外実習費(医師同行、ケアマネジャー同行)も合わせて徴収させていただきます。

4. **5月24日(日) 第6回通常社員総会**を行います。

追って総会のご案内状をご送付いたします。なお、今般の新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点より、時間を短縮して進行するため、事業報告等一部説明を割愛させていただきます。ご了承いただきますよう宜しくお願い致します。

同日に予定されておりました例会、研修会、懇親会は中止といたします。

5. **JPALS研修**について

八尾市薬剤師会研修会の JPALS コードが使えます。コードを使っていただくことにより、ポートフォリオ記入時に研修会情報を入力する手間が省けます。

6. **プラスチック製買物袋削減の取り組みについて(再掲)**

7月1日より「プラスチック製買物袋有料化制度」が開始されます。

八尾市薬剤師会では、環境問題に前向きに取り組むことが大切だと考え、7月1日の改正省令開始に先立ち、来局者への意識付けと理解を得ることを目的とし、PRポスターを作成いたしました。

各薬局2部ずつロッカーに配付しておりますので、来局者へのプラスチック製買物袋の使用削減に取り組んでいただけますようご協力を宜しくお願いいたします。

理事会だより

4月12日(日) 理事会 中止

学校薬剤師委員会

1. 大阪府学校薬剤師会総会中止

5月9日(土)に総会の予定でしたが、中止となり書面議決となりました。

2. 「おおさかがくやく」会報投稿へのお願い

題材 大会・研修会参加報告、学薬活動、がくやく随感など

原稿締め切り R2.5月29日(金) 字数制限なし

提出先 大阪府薬剤師会学校薬剤師部会 担当:出来島

〒540-0019 大阪市中央区和泉町1-3-8 または

「おおさかがくやく原稿」 opa.so@gao.ne.jp までお願いもうしあげます。

3. 八尾市学校薬剤師委員会

4月の委員会が中止となりましたので、ご意見・提案・質問などありましたら乾かグループメールか八尾市薬剤師会の事務所までよろしく願いもうしあげます。

4. 学校薬剤師を引き受けてくださる先生を募集しています。

まだまだ、学校薬剤師を引き受けてくださる先生が不足しています。

小学校 幼稚園 中学校の教室の環境検査と「お薬教室」が主な業務です。

一緒に活動に参加していただける先生は、事務所までご連絡下さい。

5. お薬教育については市内全校実施を目指しています。

「薬の正しい使い方、薬物乱用、禁煙等」について引続き出前授業(指導、助言)を行なってください。各学校より連絡が入りましたら事務所まで実施日等ご連絡ください。

授業が終わりましたら当日の内容を報告用紙に書いて提出をお願いいたします。報告用紙は事務所にあります。

*薬物乱用については危険ドラッグなどの問題もあり、学校から依頼が増えています。

資料など事務所にありますので、お薬教育の実施お願い申しあげます。

保育所委員会

1. 6月14日(日) 午後1:30～に保育所委員会の開催を予定していましたが、

新型コロナウイルス感染症拡大防止のため中止します。(巻末に資料添付 添付①)

認定こども園等の施設における大腸菌群検査及び環境衛生検査(ホルムアルデヒド検査・ダニ・ダニアレルゲン検査・飲料水残留塩素測定)は昨年同様実施していただく予定です。

2. 認定こども園さくら保育園の嘱託薬剤師は酒井敏行先生に決まりました。

令和2年3/9 八尾市こども未来部より上記園の嘱託薬剤師の推薦依頼がありましたので前任の方に担当していただくことになりました。

さくら保育園(福万寺町4-14)は平成31年度の一年間休園、令和2年4月より園運営を再開することとなりました。

3. “こども園等薬剤師”が不足しています。

新規の方を募集しています(正会員限定)

4. 保育所(園)委員会内規を添付いたします。

ホームページにも掲載しますのでご確認ください。

保険薬局委員会

1. 調剤報酬改定関係 配付物のお知らせ

下記配付物が4月24日(金)に事務所に届く予定となっております。ロッカーに配付いたしますので宜しくお願いいたします。

配付物	冊子(A4) 「令和2年4月からの調剤報酬改定に伴う請求方法について」	1冊
	冊子(A4) 「令和2年度調剤報酬改定に係る疑義解釈について」	1冊

2. 地域支援体制加算の施設基準における 地域の多職種と連携の会議 について

厚労省から発表されたQ&Aより「地域の多職種と連携する会議」について明確に認められる会議が判明しました。それにより、薬剤師会で8月頃企画しておりましたケアマネ等との意見交換会・研修会などでは認められないこととなりました。

なお認められる会議に参加できない場合は、服薬情報提供料の年間12件以上の算定が必要となります。算定の具体例など巻末に掲載いたしますのでご確認ください。(添付②)

8月に企画しておりました多職種連携研修会は中止といたしますので、合せてお知らせいたします。

3. 薬剤服用歴管理指導料 吸入指導加算(新)(30点(3月に1回まで))に使用していただけの吸入指導報告書様式(例)を作成しました。

*初回版 *汎用版 *お薬手帳版 の3種類あります。巻末及びホームページに掲載いたしますのでご活用下さい。

地域医療委員会

1. 献血サポート活動

<実施報告>

4/4(土)場所: リノアス2階インフォメーション前~駐車場入り口前

①11:30~14:00 長井富美子(欠席)

②14:00~16:30 勝山千男 サポート数(3人)血色素低値

<予定> 5/2(土) 中止

6/6(土) ①11:30~14:00 森田圭一

②14:00~16:30 乾麻衣子

7/4(土) ①11:30~14:00 辻正志(東光第一薬局高安店)

②14:00~16:30 山崎高(太田店) 【敬称略】

8月以降のシフトは“2020年度献血サポートシフト表”添付③にて確認をお願いします。

(シフト表に一部変更が発生しました。改めて確認お願いいたします。変更した個所には※を記載しています)

2. 地域医療研修会 3月の研修会が中止になりましたので6月に同じ内容で行います。

【日時】 令和2年6月14日 午後3:30~4:30

【演題①】地域ケアケース会議 出席者からの報告

発表者: 5つのブロック代表者一名ずつ(5人)

第1(木村) 第2(山村) 第3(乾) 第4(山下) 第5(堀江) 【敬称略】

※ 発表者以外の方も全員紹介いたします。発表しない先生(2020年度担当者)も必ず出席してください。

【演題②】地域医療委員会の活動報告

演題 1:・予防が大切スキン-ケアについて～脆弱な皮膚の方への接し方～ 演者:乾麻衣子

演題 2:コミセン祭り・健康展・献血サポートなどの報告 演者:長井富美子

3. お薬の講演

①<報告> 2019年度分一覧表 **添付④**

【日 時】 令和2年4月8日(水) ➡中止(延期)

②<予定>

【日 時】 令和2年8月27日(木) 10:45～11:30

【依頼者】久宝寺地区本町1・2・3町会「いきいき体操」

【講演場所】八尾市本町第2公園研修室(八尾市本町3-9-3)

【講師】アップルプラス薬局北本町店 酒谷歌奈子

【対象者】平均75歳の高齢者(町内会)20名程

【内容】ジェネリック・高齢者の薬(薬とうまく付き合うポイント等)

3. 介護認定審査委員(令和2年度)の紹介

月曜日(豊口、平井、児玉広、岸口、寺本)

火曜日(奥村、長井、石田、森田)

水曜日(山下、山村、乾、南)

木曜日(勝山、小林、池松、稲村)

金曜日(小西、岩井、松倉) 以上 20人

待機者➡潮田龍一郎

【敬称略 順不同】

現在待機中の先生は、潮田龍一郎先生お一人です。(2021年4月から審査委員になっていただく予定です)

2021年4月には合計2名の方に新しく認定審査委員になっていただけます。(但し正会員のみ)

介護認定審査委員になって介護度決定の業務を希望する先生は是非申し出てください。

休日診療委員会

1. 5月24日(日) 午後1:30～に休日診療委員会の開催を予定していましたが、**新型コロナウイルス感染症拡大防止のため中止します。**
昨年同様アンケートをFAX送信致しますので、休日診療に対するご意見等ございましたら
よろしく願います。(内容はまとめて業務連絡会に報告します。)
2. 新型コロナウイルス感染予防のため、出務される先生方は、マスク着用・手洗い・手指消毒の徹底をよろしくお願いいたします。防護服の用意もありますので、着用は行政の指示に従ってください。また、新型コロナウイルス感染者対応マニュアルを作成中ですので、出来ましたらお知らせいたします。
3. 4月よりカラーの薬情と手帳シールが発行されています。
領収書発行のプリンターとは別のプリンターから発行されるので、薬剤師がとるようになりました。
渡し間違いのないように確認願います。

4. GW（5月3日～6日）の出務者が減員されました。

コロナ感染拡大に伴い、3月末より患者数が激減しているため、小児科が1診になりました。感染拡大のリスクも考え、薬剤師会も2名体制に変更させていただきました。急な変更で、出務を予定されておられた先生方にはご迷惑をおかけいたしますが、ご了承のほどお願いいたします。

5. 令和2年度 棚卸し当番について

6月7日	児玉先生	寺本先生	豊口先生
9月6日	長井先生	森田先生	山崎先生
12月6日	山村先生	篠原先生	奥村先生
3月7日	南先生	稲村先生	巽先生

上記の先生方 宜しくお願い致します。

6. 休日診療に従事して下さる先生を募集しています

土曜日 午後4時30分～9時

日曜日 午前9時30分～午後4時 / 午後4時30分～9時

お盆(8月14日～16日) ※年末年始(12月30日～1月4日)

順番制で従事しています。(※年末年始は希望制です)

一緒に活動に参加していただける先生は、事務所までご連絡下さい。

土曜日 日曜日のみ従事の先生はできるだけ両日勤務を検討してください。

学術委員会

1. 5月研修会は中止となりました

学生実務実習委員会

1. 第Ⅰ期実務実習、4/7 緊急事態宣言発令にて、4/8～5/6まで中断となりました。

今のところ、5/7から再開予定ですが、今後延長になった場合は、近畿調整機構、大学から連絡があると思います。よろしくをお願いいたします。

第Ⅰ期として、後18日分位実習日数が残っていると思われます(各薬局にて差異あり)

2. 実習中断に伴い、5/7の報告会は延期とさせていただきます。

また、集合学習、交換学習なども、中止&延期になっております。

再度の実施予定など、わかり次第 FAX&メールにてお知らせいたします。

3. 今年度の受入れ学生が決定いたしました。

第Ⅱ期1人、第Ⅲ期2人追加

合計 第Ⅰ期 11名 第Ⅱ期 11名 第Ⅲ期 13名となります。

ご指導よろしくをお願いいたします。

4. 実務実習指導薬剤師のワークショップへの推薦を募集しております。

ご希望の方は事務局までお知らせください(実務経験5年以上、そのうち薬局または 病

院での実務年数が継続して3年以上の先生対象)

会員文化委員会

1. 春の新規B会員入会キャンペーン実施

5月6月7月の3ヶ月間にB会員新規入会の方入会金1万円免除と致します。
この機会に是非入会お声かけ宜しくお願い致します。

2. 新規会員募集

八尾市薬剤師会への新規入会者を募っています。
ご近所・職場等の薬剤師で学校薬剤師や休日診療、又地域での活動や研修会、入会特典等に興味を持っている方、一度話だけでも聞いてみたいという方がいらっしゃいましたら事務所まで連絡お願いいたします。

防災委員会

<おさらい防災>災害発生時に備え各薬局で作成されている業務継続計画(BCP)の新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の発生を踏まえた改訂はお済でしょうか?(参考https://www.nichiyaku.or.jp/assets/uploads/activities/20200228_01.pdf)薬局内での感染防止対策について早急に再点検を行い、国民の皆様が緊急時にあっても安心して薬局を活用できる体制の確保を図りましょう。

<再掲>八尾市薬剤師会会員の発災時の対応(薬局および薬剤師の安否確認):2種類の報告書(①発災後の状況報告書②薬局の業務継続状況報告書)の提出をお願いします。様式は八尾市薬剤師会ホームページにあります。(会員のページ→防災委員会→各種書類様式→[PDF]発災後状況報告書)※報告が無く確認がとれない場合は八尾市薬剤師連盟の各地区班長が中心となり現状確認をお願いいたします。応援薬剤師の派遣・学校薬剤師の避難所での対応等は府薬と協議のうえ情報を発信いたします。

会員の異動

[入会] 準会員 上田由美子(プラザ薬局太田店)
準会員 中山大也(プラザ薬局太田店)
準会員 麻野小百合(うめ薬局市立病院前店)
[退会] 準会員 林洋平(八尾日本薬局)
準会員 谷口聡巳(みどり薬局)
準会員 田積美栄子(みどり薬局)

連絡事項

【講演会の講師を募集しています】

会員皆様には是非講演会講師をお願いしたいと思います。地域の方とお話をする機会も出来ます。ちょっとお話をしてみようと思われる方は事務所までご連絡ください。ご協力宜しくお願い致します。

~~~~~

## 《八尾市薬剤師連盟》

➤ 4月より班長が交代になります。

1年間班長をしてくださった先生方、どうも有難うございました。新班長は下記の薬局様となります。ご協力の程よろしくお願いたします。各班の名簿は資料配布のお願いのときにお知らせいたします。

- 1 班 紀北薬局
- 2 班 ながお大和橋薬局
- 3A 班 アップルプラス薬局八尾モール店
- 3B 班 アップルプラス薬局八尾店
- 4 班 サンライト薬局
- 5 班 美好橋薬局
- 6 班 アイン薬局
- 7 班 安心堂薬局
- 8 班 ゆうあい薬局
- 9 班 あんず薬局
- 10 班 青龍堂薬局
- 11 班 ライフ八尾南薬局



会 務 報 告

2020年3月度

| 月日   | 氏名                     | 表題         | 内容                                                                              |
|------|------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 3月1日 | 入江 小倉 岸口 長井            | 休日診療所定期棚卸し | ・定期棚卸し ・期限の点検                                                                   |
| 3月4日 | 中野 豊口 奥村<br>稲村 森田 篠原 乾 | 保険薬局打合せ会   | ・日薬学会大会口頭発表について ・入退院情報共有事業請求書作成について<br>・新型コロナウイルス対策 ・地域フォーミュラー研修会の件 ・多職種連携研修会の件 |
| 3月7日 | 大橋(前半)<br>森田(後半)       | 献血サポート     | ・サポート人数5名(血色素低値、オペ後3年、右手傷)<br>・受付77名、採血可65名(1日の集計) 午後の採血不可6名 指導5名(アトピー等)        |

府薬八尾支部／府学校薬剤師関係

| 月日 | 氏名 | 表題 | 内容 |
|----|----|----|----|
|    |    |    |    |

連盟

| 月日 | 氏名 | 表題 | 内容 |
|----|----|----|----|
|    |    |    |    |

# 令和2年 八尾市薬剤師会 保育所委員会 研修資料

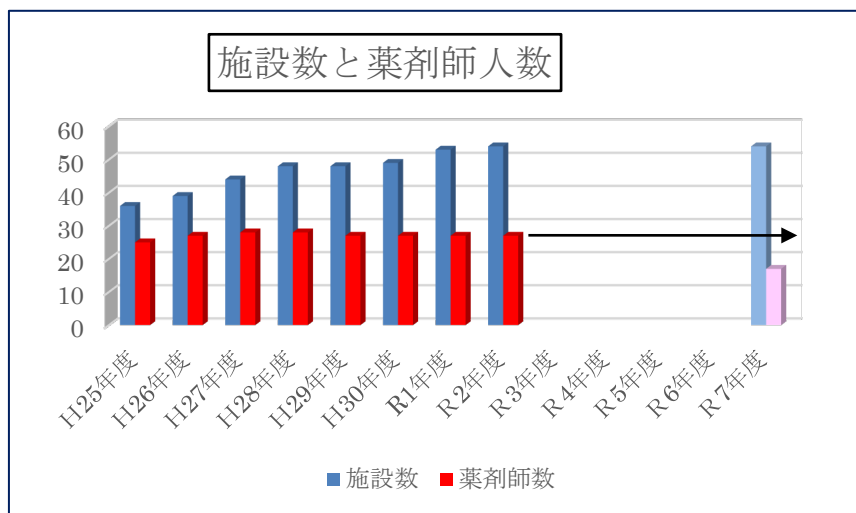
保育所委員長  
副委員長

## 1. 保育所(園)・認定こども園の数→56 ・薬剤師数→27

【内訳】 公立認定こども園→5 私立認定こども園→37

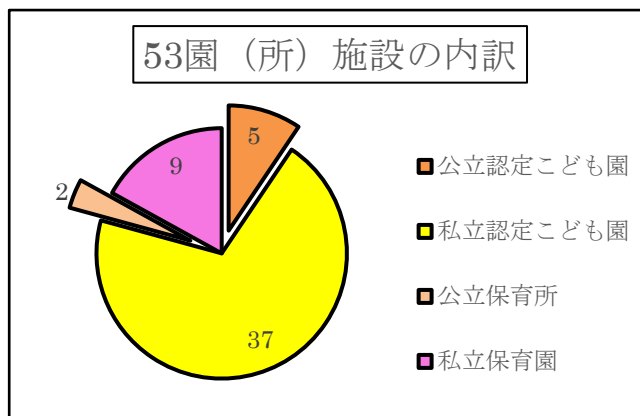
公立保育所→2 私立保育園 →9

☆その他:3園→→(八尾市薬剤師会会員以外の薬剤師が担当。認定こども園志紀学園幼稚園・認定こども園みなみ幼稚園・認定こども園八尾平和幼稚園)  
まだ 認定こども園に移行していない私立の幼稚園は白鳩幼稚園(末広町)のみです。



☆保育所薬剤師には定年制度があり 新規の薬剤師数を増やさないと **5年後**には薬剤師の数が **17名**になってしまいます。

|          |    |
|----------|----|
| 公立認定こども園 | 5  |
| 私立認定こども園 | 37 |
| 公立保育所    | 2  |
| 私立保育園    | 9  |
|          | 53 |



**2 報酬** 保育所嘱託薬剤師には 51500 円／年（但し 源泉徴収の差額分）が年度末に支払われる。（検査後すぐに支払う園もあります）

支払い方法は薬剤師会を通さず担当者の口座等に直接入金されるので

年度末に 保育園等から 入金されているか各自確認してください。

**3.職務期間** 令和2年4/1～令和3年3/31の1年間です（次年度も引き続き同じ園・保育所を担当していただきます） 年度途中の職務の辞退（交代）は原則認められません。但し、年度の途中で 休職、八尾市外への転職、A会員からB会員に変更するなどの理由で 保育所薬剤師をやめることになった場合 すぐに薬剤師会に連絡して下さい。

#### 4.職務内容

①保育所（園）生活における感染症対策などの指導

②コンパクトドライによる大腸菌群検査の実施（調理室の水道水の残留塩素測定も）

注意点：調理室の検査の時には頭髪の落下を防ぐためにキャップを被ること。コンパクトドライ及びふき取り綿棒 頭髪落下防止キャップは園にあります。

③ダニ・ダニアレルゲンの検査（1～2か所） 検査用判定キットは園にあります。冷所に保管されていることを確認してください。

・ダニ：温度 25℃、湿度 75%で最もよく生育します。時期をみて実施して下さい。

④ホルムアルデヒドの検査

・温度 25℃以上、検査前 5 時間しめきり。

日程が決まりましたら事務所までお知らせ下さい。検査器具に制限がありますので、ご希望に叶わない場合があります。ご了承ください。

⑤調理室以外の給水栓の飲料水の残留塩素測定。（調理室は大腸菌の検査時に実施すること） 検査機器及びタブ（冷所保存）は薬剤師会にあります。

⑥： ③④⑤の検査方法は学校環境衛生基準に準ずること。

⑦大腸菌群検査・ダニ・ダニアレルゲン検査・ホルムアルデヒド検査・飲料水の残留塩素 其々の検査結果報告書を 各保育所（園）、薬剤師会の両方に提出し結果に対

する適切な指導を必ず行ってください。

⑧ 実施時期 夏期(7月上旬～8月上旬)

【重要】八尾市では これらの検査項目は 幼稚園型・幼保連携型認定こども園だけでなく全ての認定こども園及び保育所(園)においても 実施することになっています。

## 5. 保育所委員会内規について

会員：(一社)八尾市薬剤師会の正会員であること (一社)大阪府薬剤師会会員であること

定年制：保育所(園)委員会員が満70才になった年の年度末(3月31日)で勇退するものとする

別添

## 幼保連携型認定こども園 文部科学大臣が定めた要項

政府は、教育水準の均等化とサービスの効率化を目指し、幼稚園と保育園(所)の一元化政策を推進しています。「認定こども園法」の改正により、学校及び児童福祉施設としての法的位置づけを持つ単一の施設として、新たな「幼保連携型認定こども園」が創設されました。認定こども園は、学校薬剤師の職務や必置について学校保健安全法を準用することとされていますが、特に「幼保連携型認定こども園」における学校薬剤師の配置等に関する理解に、全国的に差が生じているのが現状です。

そこで、園の担当者や保護者向けに、学校薬剤師が必置であることやその職務内容に関し一般の人でも理解できる資料を作成しましたので、ご活用下さい。

### 幼保 連携型認定こども園には 学校薬剤師が必置です

幼保連携型 認定こども園では、乳幼児や教職員の健康や安全を守るために、「学校薬剤師」の設置が義務づけられています。(認定こども園法第27条、(学校保健安全法の準用)) 学校薬剤師は、衛生管理の専門知識を持ち、保健管理に従事します。具体的な職務は文部科学省令で定められ、環境衛生の検査や維持・改善に必要な指導・助言、健康相談や保健指導、薬品等の管理についての指導・助言などを行います。(学校保健安全法第23条、同法施行規則第24条)

学校薬剤師は、学校環境衛生基準※に基づいて、清潔、換気、飲料水、プール、照明、騒音等について定期検査や臨時検査を行います。また、食事の提供にあたって調理や配膳における衛生管理に協力します。その検査結果から、安全を確認し、環境を維持または改善するための指導や助言を行います。

◆ **アトピーなどのアレルギー疾患の発症や、ぜん息発作などの呼吸器疾患の予防**  
ダニ・ダニアレルゲン検査を行い、寝具や畳、カーペット、ぬいぐるみなど、ダニが発生しやすい物について、清掃の方法などの指導を行います。粉じんや空気の流れ、温度や湿度を検査して、細かいほこりやカビなどの発生予防について指導・助言します。

◆ **化学物質による体調不良の予防**  
ホルムアルデヒドなどの化学物質は、室内の家具や建材、塗料などから発生し、シックハウス症候群の原因となることがあります。揮発性有機物の検査をして、室内の状況を把握し、安全の確認または改善方法・対策について指導・助言します。

◆ **水遊びやプールでの感染症の予防**  
水を介して感染する病気に、プール熱(咽頭結膜熱)や はやり目(急性結膜熱)などがあります。残留塩素濃度などを確認し、消毒や水の衛生管理、感染予防について指導・助言します。

◆ **インフルエンザや ノロウイルスなどの感染症の予防**  
二酸化炭素や温度・湿度などの空気環境についての検査を行います。調理器具や食器の清潔さや食材管理等を検査して、食の安全を守ります。また、トイレやおむつ交換台、おむつ入れ、ドアノブや水道の蛇口の適切な消毒について助言し、嘔吐物の処理や正しい手洗い方法などについて指導します。

◆ **快適な教育環境の維持**  
快適に教育や保育を受けられるように、室内の明るさや照明を検査します。また、外部からの騒音は、学習能率の低下や乳幼児の心理状況にも影響をもたらすため、騒音レベルを測定します。基準に合わない場合は、改善や対応策について指導・助言します。

学校環境衛生基準(子どもたちや職員の健康を守るために、法律に基づいて文部科学大臣が定めた環境の基準) (学校保健安全法第6条) 2019年4月

### 【所管】

- 保育所(園)⇒厚生労働省
- 幼稚園⇒文部科学省
- 認定こども園⇒内閣府
- 幼保連携型認定こども園 ⇒ 内閣府

### 【根拠法令】

- 保育所⇒児童福祉法に基づく児童福祉施設
- 幼稚園⇒学校教育法に基づく学校
- 認定こども園⇒就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の 推進に関する法律
- 幼保連携型認定こども園⇒「認定こども園法」の改正により、学校及び児童福祉施設としての法的位置づけを持つ

政府は、教育水準の均等化とサービスの効率化を目指し、幼稚園と保育園(所)の一元化政策を推進しています。「認定こども園法」の改正により、学校及び児童福祉施設としての法的位置づけを持つ単一の施設として、新たな「幼保連携型認定こども園」が創設されました。認定こども園は、学校薬剤師の職務や必置について学校保健安全法を準用することとされていますが、特に「幼保連携型認定こども園」における学校薬剤師の配置等に関する理解に、全国的に差が生じているのが現状です。

そこで、園の担当者や保護者向けに、学校薬剤師が必置であることやその職務内容に関し一般の人でも理解できる資料を作成しましたので、ご活用下さい。(日本薬剤師会ホームページより)

会員薬局各位

八尾市薬剤師会

## 地域支援体制加算の施設基準において地域の多職種連携の会議について

先日、厚労省から発表されたQ&Aから、「地域の多職種と連携する会議」について明確に認められる会議が通知されました。それにより、薬剤師会で8月頃企画しておりましたケアマネ等との意見交換会・研修会などでは認められないことが判明致しましたのでお知らせいたします。

なお、認められる会議に参加できない場合は、服薬情報等提供料の算定回数が保険薬局当たりで直近1年間に12回以上であることとなっております。また、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となる場合がありますので、詳しくは下記をご参照ください。

服薬情報提供料とは（別紙参照）

- ・服薬情報等提供料1・・・30点
- ・服薬情報等提供料2・・・20点

注1 1については、保険医療機関の求めがあった場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も当該患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に月1回に限り算定する。

注2 2については、患者若しくはその家族等の求めがあった場合又は保険薬剤師がその必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、患者、その家族等又は保険医療機関へ必要な情報提供、指導等を行った場合に算定する。なお、保険医療機関への情報提供については、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月1回に限り算定する。

これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。

「服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務」とは次のものをいう。

- 薬剤服用歴管理指導料及びかかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算2
- 薬剤服用歴管理指導料の調剤後薬剤管理指導加算
- 服用薬剤調整支援料2
- かかりつけ薬剤師指導料または、かかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者に対し、調剤後薬剤管理指導加算及び服薬情報等提供料の算定に相当する業務を実施した場合（薬剤服用歴の記録に詳細を記載するなどして、当該業務を実施したことが遡及して確認できるものでなければならないこと。）

「吸入薬指導」は含まない

# 服薬情報等提供料に係る情報提供書

情報提供先医療機関名

担当医

殿

令和 年 月 日

情報提供元保険薬局の所在地及び名称

〒

電話

(FAX)

保険薬剤師氏名

印

患者氏名

性別(男・女)

生年月日 大・昭・平

年

月

日生( 歳)

職業

住所

電話番号

処方箋発行日 令和 年 月 日

調剤日 令和 年 月 日

## 1. 処方薬の情報▼

薬剤名等:

併用薬等(一般用医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む)の情報(有・無)▼

薬剤名等

## 2. 処方薬剤の服薬状況(アドヒアランス)及びそれに対する指導に関する情報

## 3. 患者の訴え(アレルギー、副作用と思われる症状等)、患者の薬剤服用に係る意向に関する情報

## 4. 症状等に関する家族、介護者からの情報

## 5. 薬剤に関する提案

## 6. 薬剤師からみた本情報提供の必要性

## 7. その他特記すべき事項(薬剤保管状況等)



# 【吸入指導評価報告書】

薬剤師 → 医師

医療機関名

担当医師

患者ID

患者氏名

年齢

才

性別

病院

先生

## ① 1回目の吸入指導 指導日 年 月 日 薬剤師名

本人に指導した  本人が来局せず指導ができなかった  本人以外[ ]に説明した

|                                                                                                                                                                                                                                 |       |                   |         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------|---------|
| 薬効分類                                                                                                                                                                                                                            |       |                   |         |
| 薬剤名                                                                                                                                                                                                                             |       |                   |         |
| 吸入指導をしましたか？                                                                                                                                                                                                                     | 指導済   | 指導未               | 指導済 指導未 |
| <input type="checkbox"/> 練習器／実薬で指導(確認)した <input type="checkbox"/> 口頭で指導(確認)した <input type="checkbox"/> その他[ ]<br><input type="checkbox"/> 補助器具を使用 <input type="checkbox"/> 併用禁忌薬剤[ ] <input type="checkbox"/> 吸入困難です(変更をご考慮下さい) |       |                   |         |
| 発作の回数(この4週間で)                                                                                                                                                                                                                   |       | SABA 使用回数(この4週間で) |         |
| 喫煙の状況                                                                                                                                                                                                                           |       | 次回の受診日(来局予定日)     |         |
| <指導に対する理解の程度>                                                                                                                                                                                                                   | <備考欄> |                   |         |

## ① 病状確認 指導日 年 月 日 薬剤師名

調子が良くなった  調子が悪くなった  変わりなし  その他[ ]

※ 下記②の「1回目の吸入指導の評価」は、最低限(★)マークの付いている3項目は必ず評価してください

## ② 1回目の吸入指導の評価【指導前に確認して下さい】※ できる…◎/まあまあできる…○/できない…△

|                    |       |                   |                   |
|--------------------|-------|-------------------|-------------------|
| 薬効分類               |       |                   |                   |
| 薬剤名                |       |                   |                   |
| ★ デバイスの操作          | ◎     | ○                 | △                 |
| 吸入前の息吐き            | ◎     | ○                 | △                 |
| 吸入時の姿勢と吸入のタイミング    | ◎     | ○                 | △                 |
| 吸入後の息止めと息吐き        | ◎     | ○                 | △                 |
| ★ うがいはできているか       | ◎     | ○                 | △                 |
| 吸入器の管理(残数管理を含む)    | ◎     | ○                 | △                 |
| 継続(再)指導の必要性        | 必要    | 不必要               | 必要 不必要            |
| 知識の評価              |       | 理解度               | 服薬アドヒアランスの評価      |
| 使用薬剤の名前と用法用量が言える   |       | ◎ ○ △             | 処方どおり吸入している ◎ ○ △ |
| コントロール薬と発作時の薬の使い分け |       | ◎ ○ △             |                   |
| ★ 副作用についての理解       | ◎ ○ △ | 発作の回数(この4週間に)     |                   |
|                    |       | SABA 使用回数(この4週間で) |                   |

副作用出現:  口内炎  嘔声  尿閉  口渇  動悸  振戦  その他[ ]

## ③ 2回目の吸入指導

本人に指導した  本人が来局せず指導ができなかった  本人以外[ ]に説明した

|                                                                                                                                                                                                                                 |       |               |         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------|---------|
| 薬効分類                                                                                                                                                                                                                            |       |               |         |
| 薬剤名                                                                                                                                                                                                                             |       |               |         |
| 吸入指導をしましたか？                                                                                                                                                                                                                     | 指導済   | 指導未           | 指導済 指導未 |
| <input type="checkbox"/> 練習器／実薬で指導(確認)した <input type="checkbox"/> 口頭で指導(確認)した <input type="checkbox"/> その他[ ]<br><input type="checkbox"/> 補助器具を使用 <input type="checkbox"/> 併用禁忌薬剤[ ] <input type="checkbox"/> 吸入困難です(変更をご考慮下さい) |       |               |         |
| 喫煙の状況                                                                                                                                                                                                                           |       | 次回の受診日(来局予定日) |         |
| <指導に対する理解の程度>                                                                                                                                                                                                                   | <備考欄> |               |         |

# 【吸入指導評価報告書】

薬剤師 → 医師

医療機関名

担当医師

患者ID

病院

先生

患者氏名

年齢

才

性別

男性

\_\_\_\_回目・\_\_\_\_力月後 指導日 年 月 日 薬剤師名 (印)

## ① 病状確認

調子が良くなった  調子が悪くなった  変わりなし  その他 [ ]

※ 下記②の「吸入指導の評価」は、最低限(★)マークの付いている3項目は必ず評価してください

## ② 吸入指導の評価【指導前に確認して下さい】※ できる…◎/まあまあできる…○/できない…△

|                 |    |     |   |    |     |   |
|-----------------|----|-----|---|----|-----|---|
| 薬効分類            |    |     |   |    |     |   |
| 薬剤名             |    |     |   |    |     |   |
| ★ デバイスの操作       | ◎  | ○   | △ | ◎  | ○   | △ |
| 吸入前の息吐き         | ◎  | ○   | △ | ◎  | ○   | △ |
| 吸入時の姿勢と吸入のタイミング | ◎  | ○   | △ | ◎  | ○   | △ |
| 吸入後の息止めと息吐き     | ◎  | ○   | △ | ◎  | ○   | △ |
| ★ うがいはできているか    | ◎  | ○   | △ | ◎  | ○   | △ |
| 吸入器の管理(残数管理を含む) | ◎  | ○   | △ | ◎  | ○   | △ |
| 継続(再)指導の必要性     | 必要 | 不必要 |   | 必要 | 不必要 |   |

|                    |       |                   |       |
|--------------------|-------|-------------------|-------|
| 知識の評価              | 理解度   | 服薬アドヒアランスの評価      |       |
| 使用薬剤の名前と用法用量が言える   | ◎ ○ △ | 処方どおり吸入している       | ◎ ○ △ |
| コントロール薬と発作時の薬の使い分け | ◎ ○ △ | 発作の回数(この4週間に)     |       |
| ★ 副作用についての理解       | ◎ ○ △ | SABA 使用回数(この4週間で) |       |

副作用出現:  口内炎  嘔声  尿閉  口渇  動悸  振戦  その他 [ ]

## ③ 吸入指導

本人に指導した  本人が来局せず指導ができなかった  本人以外 [ ] に説明した

|                                                                                                                                                                                                                                   |         |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------|
| 薬効分類                                                                                                                                                                                                                              |         |               |
| 薬剤名                                                                                                                                                                                                                               |         |               |
| 吸入指導をしましたか?                                                                                                                                                                                                                       | 指導済 指導未 | 指導済 指導未       |
| <input type="checkbox"/> 練習器/実薬で指導(確認)した <input type="checkbox"/> 口頭で指導(確認)した <input type="checkbox"/> その他 [ ]<br><input type="checkbox"/> 補助器具を使用 <input type="checkbox"/> 併用禁忌薬剤 [ ] <input type="checkbox"/> 吸入困難です(変更をご考慮下さい) |         |               |
| 喫煙の状況                                                                                                                                                                                                                             |         | 次回の受診日(来局予定日) |
| <指導に対する理解の程度>                                                                                                                                                                                                                     | <備考欄>   |               |

吸入指導評価報告書 八尾薬業連携 2020.03作成

|                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                |                                     |  |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| 指導日:                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                | 薬剤師名                                |  | ㊟ |
| <input type="checkbox"/> 初回                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 再指導 ( )回目  |  |   |
| <input type="checkbox"/> 本人に指導                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 本人以外[ ]に説明 |  |   |
| 薬効分類                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                |                                     |  |   |
| 薬剤名                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                |                                     |  |   |
| <input type="checkbox"/> 練習器／実薬で指導(確認)した<br><input type="checkbox"/> 口頭で指導(確認)した <input type="checkbox"/> 補助器具を使用<br><input type="checkbox"/> 吸入困難です(変更をご考慮下さい) |                                                                                                                                                                                                                |                                     |  |   |
| デバイスの操作                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                | ◎ ○ △                               |  |   |
| 吸入前の息吐き                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                | ◎ ○ △                               |  |   |
| 吸入時の姿勢と吸入のタイミング                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                | ◎ ○ △                               |  |   |
| 吸入後の息止めと息吐き                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                | ◎ ○ △                               |  |   |
| うがいはできているか                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                | ◎ ○ △                               |  |   |
| 吸入器の管理(残数管理を含む)                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                | ◎ ○ △                               |  |   |
| 継続(再)指導の必要性                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                | ◎ ○ △                               |  |   |
| 使用薬剤の名前と用法用量が言える                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                | ◎ ○ △                               |  |   |
| コントロール薬と発作時薬の使い分け                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                | ◎ ○ △                               |  |   |
| 副作用についての理解                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                | ◎ ○ △                               |  |   |
| 副作用出現                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 嘔声 <input type="checkbox"/> 尿閉<br><input type="checkbox"/> 口渇 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 振戦<br><input type="checkbox"/> その他( ) |                                     |  |   |
| <指導に対する理解の程度>                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                     |  |   |

吸入指導評価報告書 八尾薬業連携 2020.03作成

|                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                |                                     |  |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| 指導日:                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                | 薬剤師名                                |  | ㊟ |
| <input type="checkbox"/> 初回                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 再指導 ( )回目  |  |   |
| <input type="checkbox"/> 本人に指導                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 本人以外[ ]に説明 |  |   |
| 薬効分類                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                |                                     |  |   |
| 薬剤名                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                |                                     |  |   |
| <input type="checkbox"/> 練習器／実薬で指導(確認)した<br><input type="checkbox"/> 口頭で指導(確認)した <input type="checkbox"/> 補助器具を使用<br><input type="checkbox"/> 吸入困難です(変更をご考慮下さい) |                                                                                                                                                                                                                |                                     |  |   |
| デバイスの操作                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                | ◎ ○ △                               |  |   |
| 吸入前の息吐き                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                | ◎ ○ △                               |  |   |
| 吸入時の姿勢と吸入のタイミング                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                | ◎ ○ △                               |  |   |
| 吸入後の息止めと息吐き                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                | ◎ ○ △                               |  |   |
| うがいはできているか                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                | ◎ ○ △                               |  |   |
| 吸入器の管理(残数管理を含む)                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                | ◎ ○ △                               |  |   |
| 継続(再)指導の必要性                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                | ◎ ○ △                               |  |   |
| 使用薬剤の名前と用法用量が言える                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                | ◎ ○ △                               |  |   |
| コントロール薬と発作時薬の使い分け                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                | ◎ ○ △                               |  |   |
| 副作用についての理解                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                | ◎ ○ △                               |  |   |
| 副作用出現                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 嘔声 <input type="checkbox"/> 尿閉<br><input type="checkbox"/> 口渇 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 振戦<br><input type="checkbox"/> その他( ) |                                     |  |   |
| <指導に対する理解の程度>                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                     |  |   |

吸入指導評価報告書 八尾薬業連携 2020.03作成

|                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                |                                     |  |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| 指導日:                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                | 薬剤師名                                |  | ㊟ |
| <input type="checkbox"/> 初回                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 再指導 ( )回目  |  |   |
| <input type="checkbox"/> 本人に指導                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 本人以外[ ]に説明 |  |   |
| 薬効分類                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                |                                     |  |   |
| 薬剤名                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                |                                     |  |   |
| <input type="checkbox"/> 練習器／実薬で指導(確認)した<br><input type="checkbox"/> 口頭で指導(確認)した <input type="checkbox"/> 補助器具を使用<br><input type="checkbox"/> 吸入困難です(変更をご考慮下さい) |                                                                                                                                                                                                                |                                     |  |   |
| デバイスの操作                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                | ◎ ○ △                               |  |   |
| 吸入前の息吐き                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                | ◎ ○ △                               |  |   |
| 吸入時の姿勢と吸入のタイミング                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                | ◎ ○ △                               |  |   |
| 吸入後の息止めと息吐き                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                | ◎ ○ △                               |  |   |
| うがいはできているか                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                | ◎ ○ △                               |  |   |
| 吸入器の管理(残数管理を含む)                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                | ◎ ○ △                               |  |   |
| 継続(再)指導の必要性                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                | ◎ ○ △                               |  |   |
| 使用薬剤の名前と用法用量が言える                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                | ◎ ○ △                               |  |   |
| コントロール薬と発作時薬の使い分け                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                | ◎ ○ △                               |  |   |
| 副作用についての理解                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                | ◎ ○ △                               |  |   |
| 副作用出現                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 嘔声 <input type="checkbox"/> 尿閉<br><input type="checkbox"/> 口渇 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 振戦<br><input type="checkbox"/> その他( ) |                                     |  |   |
| <指導に対する理解の程度>                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                     |  |   |

吸入指導評価報告書 八尾薬業連携 2020.03作成

|                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                |                                     |  |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| 指導日:                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                | 薬剤師名                                |  | ㊟ |
| <input type="checkbox"/> 初回                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 再指導 ( )回目  |  |   |
| <input type="checkbox"/> 本人に指導                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 本人以外[ ]に説明 |  |   |
| 薬効分類                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                |                                     |  |   |
| 薬剤名                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                |                                     |  |   |
| <input type="checkbox"/> 練習器／実薬で指導(確認)した<br><input type="checkbox"/> 口頭で指導(確認)した <input type="checkbox"/> 補助器具を使用<br><input type="checkbox"/> 吸入困難です(変更をご考慮下さい) |                                                                                                                                                                                                                |                                     |  |   |
| デバイスの操作                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                | ◎ ○ △                               |  |   |
| 吸入前の息吐き                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                | ◎ ○ △                               |  |   |
| 吸入時の姿勢と吸入のタイミング                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                | ◎ ○ △                               |  |   |
| 吸入後の息止めと息吐き                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                | ◎ ○ △                               |  |   |
| うがいはできているか                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                | ◎ ○ △                               |  |   |
| 吸入器の管理(残数管理を含む)                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                | ◎ ○ △                               |  |   |
| 継続(再)指導の必要性                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                | ◎ ○ △                               |  |   |
| 使用薬剤の名前と用法用量が言える                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                | ◎ ○ △                               |  |   |
| コントロール薬と発作時薬の使い分け                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                | ◎ ○ △                               |  |   |
| 副作用についての理解                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                | ◎ ○ △                               |  |   |
| 副作用出現                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 嘔声 <input type="checkbox"/> 尿閉<br><input type="checkbox"/> 口渇 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 振戦<br><input type="checkbox"/> その他( ) |                                     |  |   |
| <指導に対する理解の程度>                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                     |  |   |

| 2020年度 献血サポートシフト表【場所：リノアス2階インフォメーション前から駐車場入り口前スペース】 |            |                      |                     |              |
|-----------------------------------------------------|------------|----------------------|---------------------|--------------|
| NO                                                  | 実施日        | 担当者                  |                     |              |
|                                                     |            | 午前11:30～午後2:00       | 午後2:00～4:30         |              |
| 1                                                   | 2020年4月4日  | 長井富美子                | ※勝山千男               |              |
| 2                                                   | 2020年5月2日  | 山下章子                 | 矢野康子                |              |
| 3                                                   | 2020年6月6日  | 森田圭一                 | ※ 乾麻衣子              |              |
| 4                                                   | 2020年7月4日  | 辻正史(東光第一薬局高安店)       | ※ 山崎 (太田店)          |              |
| 5                                                   | 2020年8月1日  | 大出麻奈美(サエラ薬局)         | 弘田久勝(ココカラファイン薬局八尾店) |              |
| 6                                                   | 2020年9月5日  | 成松幾代(アップルプラスバントモール店) | 堀江隆弘                |              |
| 7                                                   | 2020年10月3日 | 入江史江                 | ※ 梶川淳子(太田店)         |              |
| 8                                                   | 2020年11月7日 | 小西滋子                 | 酒井 敏行(かりん薬局)        |              |
| 9                                                   | 2020年12月5日 | 平田 健二                | 中谷理恵子(アップルプラス八尾店)   |              |
| 10                                                  | 2021年1月2日  | 小林美智夫                | 篠原裕子                | 最も血液が不足する時期! |
| 11                                                  | 2021年2月6日  | 潮田龍一郎                | 藤倉なお子               |              |
| 12                                                  | 2021年3月6日  | 藪根 彩                 | 豊口雅子                |              |

献血をおこなう場所：リノアス2階インフォメーション前から駐車場入り口前スペース】

◎女性団体連合会が主催です（但し1月を除く）

◎都合のつかないときは 各自で交代していただきますよう よろしく願います。

連絡先:①薬剤師会072-994-9159 ②長井携帯090-4035-6089 ③乾携帯090-7751-6792 献血サポート担当代表 長井・乾

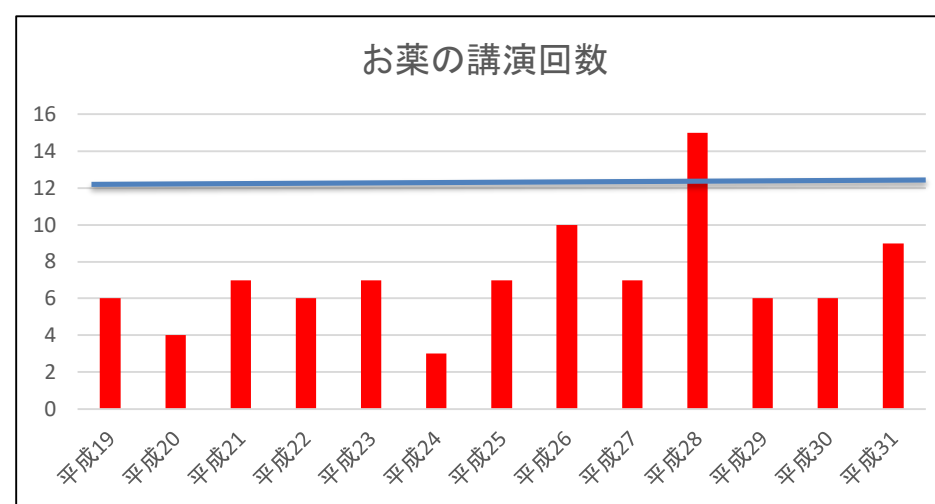
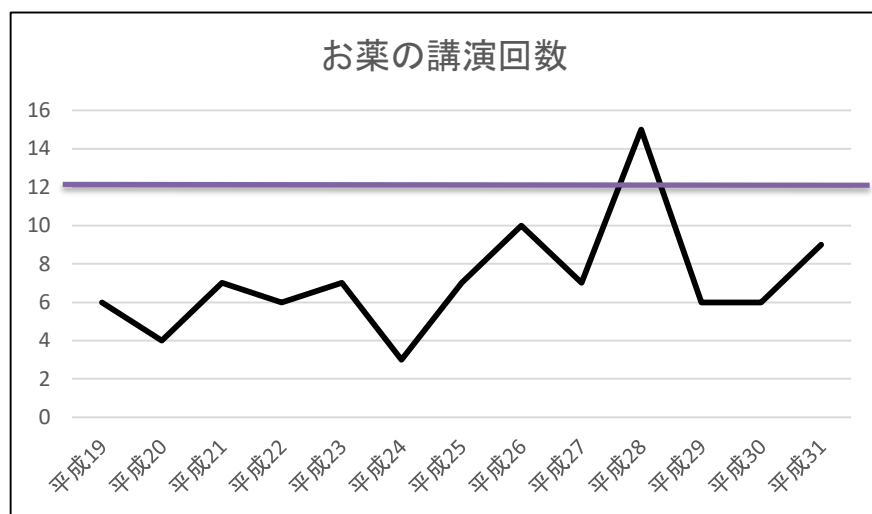
～献血サポートについて～

- ・午前の方は11:30～14:00 午後の方は 14:00～16:30
- ・用意するもの：白衣・名札・「献血サポートファイル」（薬剤師会に置いてあります）
- ・終了後は献血サポート記録表を大阪府赤十字血液センター及び薬剤師会にFAXする。
- ・薬剤師会には 出務報告書も同時に提出してください
- ・最後に！「献血サポートファイル」をできるだけはやく薬剤師会に返却して下さい。後日 参加証明書をお渡しします。

添付④2019年度 お薬の講演一覧表 (2).xlsx  
「お薬の出前講座」

(一社 八尾市薬剤師会)

|    | 日時                          | 依頼者                   | 講演場所           | 講師    | 講演内容                                 | 参加者人数           |
|----|-----------------------------|-----------------------|----------------|-------|--------------------------------------|-----------------|
| n1 | R1年7月19日(金)<br>10:30~12:15  | みんなの子育て広場 八尾南         | みんなの子育て広場 八尾南  | 池松千佳  | 夏の子供の感染症・抗菌剤適正使用                     | 大人6名<br>小人3名    |
| n2 | R1年8月8日(木)<br>11:00~11:30   | あーいあい広場               | ポレミックホール       | 山村万里子 | お薬の正しい使い方・誤飲に注意等                     | 大人15名<br>小人11名  |
| n3 | R1年9月12日(木)<br>14:00~15:45  | 八尾市地域包括支援センターあおぞら     | 沼弥生会館          | 乾     | お薬について・湿布の貼り方等                       | 18名 スタッフ・学生8名含む |
| n4 | R1年10月15日(火)<br>14:00~16:00 | 八尾市地域包括支援センターあおぞら     | 東町会集会所         | 高松裕子  | お薬の使い方・副作用・在宅医療・1包化                  | 19名<br>男3名女16名  |
| n5 | R1年12月9日(月)<br>14:00~16:00  | 八尾市地域包括支援センターあおぞら     | 市営大正住宅集会所      | 高松    | お薬の使い方・副作用・期限・飲み間違えた時の対応・在宅医療        | 19名<br>男2名女17名  |
| n6 | R1年12月16日(月)<br>10:30~11:45 | あけぼの広場                | あけぼの文化教室       | 小西滋子  | 乳児の感染症・アレルギー・胃腸炎など                   | 大人8名小人8名・他4名    |
| n7 | R2年1月24日(金)<br>13:30~15:00  | 八尾市地域包括支援センター長生園      | 長生園2階フロア       | 森田圭一  | 薬剤師から学ぶ役立つ生活知識(便秘、頻尿、湿布の貼り方、薬の保管方法等) | 34名             |
| n8 | R2年1月25日(土)<br>13:30~14:30  | 八尾市地域包括支援センターホーム太子堂   | ホーム太子堂喫茶室      | 松原秋恵  | 知って納得お薬について・高齢者と薬、副作用、在宅医療、かかりつけ薬剤師  | 13名             |
| n9 | R2年1月28日(火)<br>13:30~14:30  | 八尾市地域包括支援センタースローライフ八尾 | スローライフ八尾 1階会議室 | 木村玲子  | ジェネリック医薬品・お薬手帳・お薬についての質問相談           | 15名             |



## 1章 会員

1. (一社)八尾市薬剤師会の正会員であること
2. (一社)大阪府薬剤師会会員であること

## 2章 推薦について

1. 新規従事希望者は、市保育課への推薦名簿提出月(2月初旬)の半年前(7月31日)までに(一社)八尾市薬剤師会に入会し、保育所園委員会入会申込書を提出していること
2. 八尾市に在住もしくは勤務地が八尾市内であること
3. 委嘱期間は1年間である為、勤務薬剤師の場合、雇用主の承諾が必要である。よって薬剤師会所定の承諾書に記入の上12月末日までに提出する事
4. 委員会長は次年度の推薦名簿を1月の理事会に提出する

## 3章 会費

1. 会費の徴収はない (但し 必要に応じて検討する)

## 4章 研修会等の参加について

1. 新規の従事者を含む全従事者は、会が定める保育所園委員会研修会を、必ず受講すること。
2. 八尾市薬剤師会主催の研修会に積極的に参加すること
3. 「健康・医療・福祉展」並びに各事業へ積極的に参加すること
4. 総会等、薬剤師会活動へ積極的に参加すること

## 5章 担当所(園)について

1. 担当所(園)は1人1所(園)とする
2. 担当所(園)数より会員数が少ない場合は、1人2所(園)以上持つ事が出来る
3. 保育所(園)より会員数が多い場合は、新規希望者があっても担当所(園)を持ってない状態が起きるが会員とする

## 6章 定年制について

1. 当会は定年制を採用し、保育所(園)委員会員が満70才になった年の年度末(3月31日)で勇退するものとする

**(一社)八尾市薬剤師会運営細則**

**第5章 委員会規定**

第14条 定款第38条により次の委員会を設ける。

第16条 保育所（園）薬剤師委員会は、保育所（園）の保健衛生の向上を目的とする。

- 2 本委員会は、保育所（園）薬剤師を以って構成し、委員長は担当理事とする。
- 3 保育所（園）薬剤師に欠員を生じたる場合、或は保育所園が新設されたときは委員長が正会員よりこれを推薦し、市保育課に届け出るものとする。

平成27年2月8日作成  
平成27年3月8日理事会承認  
平成27年6月14日委員会承認  
平成27年7月1日施行