

「オンライン診療に伴う緊急避妊薬の調剤」への対応研修会について

香川県薬剤師会地域医療部

薬局における「オンライン診療に伴う緊急避妊薬の調剤」については、その薬剤の特性や患者の状況等に鑑み、患者は研修を修了した薬剤師による調剤を受けることが求められています。これを受け、処方箋の応需体制を整備しておく必要があるため、標記研修会を昨年度に引続き下記の通り開催いたします。

参加をご希望の方は、以下の受講申込（申込フォーム）より4月30日（火）までにお申し込みください。

なお、本研修を修了した薬剤師及び所属する薬局の情報は、緊急避妊薬を調剤できる薬剤師・薬局として厚生労働省ホームページへ公表される予定です。

※別紙2（※1）オンライン診療に伴う緊急避妊薬の調剤への対応及び緊急避妊薬の在庫について（薬局・薬剤師確認書）を申込時に一旦FAXしていただき、研修会当日に持参ください。

日 時：令和6年5月19日（日） 13：30～17：30（受付13：00～13：25）

※定員をオーバーした場合は、追加の研修会の開催を検討します。

場 所：香川県薬剤師会朝日町会館 2階会議室（会場でDVD研修）

対象者：原則としてオンライン診療に伴う緊急避妊薬の調剤を行う予定の薬局に従事する薬剤師 **※新規受講者のみ**（修了者に修了証を交付します。）

受講料：会員2,200円（内消費税200円） 非会員8,800円（内消費税800円）

インボイス登録番号 T6470005001263 （研修シールは交付しない）

定 員：120名【先着順】

※受講決定者には、受付完了・振込依頼のメールを送付します。

内 容：DVD研修（2021年3月版日本薬剤師会作成DVDによる）

1. オンライン診療ガイドラインと緊急避妊薬の調剤について
2. オンライン診療に伴う緊急避妊薬処方上の留意点
3. オンライン診療に伴う緊急避妊薬の調剤について

講演：「性暴力被害者のワンストップ支援センターの役割」

かがわ被害者支援センター 支援局長 伊藤好美 先生

受講申し込みURL：<https://forms.gle/EiQgfW3AfuPdeuAm6>

添付：（別紙1）オンライン診療に伴う緊急避妊薬の調剤に関する研修会受講にあたって
（別紙2）（※1）オンライン診療に伴う緊急避妊薬の調剤への対応及び緊急避妊薬の在庫について（薬局・薬剤師確認書）

※申込時にFAX送付→研修会当日ご持参ください

(別紙1)

オンライン診療に伴う緊急避妊薬の調剤に関する研修会受講にあたって
(受講薬剤師向け)

◆本研修会の目的

「オンライン診療の適切な実施に関する指針」において、初診は「かかりつけの医師」が行うこと、直接の対面診療を組み合わせることが原則とされておりますが、緊急避妊薬については、初診からオンライン診療を行うことが許容されています。その際、薬局では、研修を受けた薬剤師が調剤を行い、面前で服用させることとされております。本研修会は、本取扱いに対応するための研修といたします。

◆薬局での対応事項

- ・ 緊急避妊薬の確実な在庫
- ・ オンライン診療を実施する医師および緊急避妊薬の調剤を希望する患者への対応
- ・ 必要に応じ、地域の産婦人科医、ワンストップ支援センター等との連携

◆薬局・薬剤師情報に変更があった場合

厚生労働省ホームページには、オンライン診療指針に伴う緊急避妊薬の調剤が対応可能な薬局として、以下が掲載されます。

都道府県

薬局名

郵便番号

薬局所在地

電話番号

FAX 番号

開局時間

時間外対応の有無

時間外の電話番号

対応可能薬剤師数

薬剤師名

これら内容に変更が生じた場合、**速やかに**薬局の所在する都道府県薬剤師会に連絡し、常に正確な情報が一覧に掲載されるよう努めてください。

なお、緊急避妊薬の在庫を行わない場合には、同一覧からの削除を行う必要があるため、都道府県薬剤師会に連絡をお願いいたします。

(別紙2)

**オンライン診療に伴う緊急避妊薬の調剤への対応及び
緊急避妊薬の在庫について (薬局・薬剤師確認書)**

「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に基づき、以下の薬剤師が研修を修了した場合には、

- ①緊急避妊薬の確実な在庫
- ②研修を修了した薬剤師による適切な対応
- ③地域の産婦人科医、ワンストップ支援センター等と適切に連携した対応

を行うことを確認し、厚生労働省ホームページ「オンライン診療に係る緊急避妊薬の調剤が対応可能な薬剤師及び薬局の一覧」に掲載されることについて了承いたしました。

また、これら対応のほか、研修修了薬剤師の異動や開局時間の変更等、同一覧に変更が生じた際には、薬局の所在する都道府県薬剤師会に速やかに変更または取り下げの連絡をいたします。

令和 年 月

薬局名 _____

薬剤師名 _____

管理薬剤師名 _____ 印

開設者名 _____

以上

【送付先：香川県薬剤師会 FAX087-831-0070】

※申込時に、FAX 送信 → 研修会当日ご持参ください。