

# 「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」ご案内

令和4年11月

公益社団法人静岡県薬剤師会

## 1 目的

「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（平成30年厚生労働省、令和元年7月改訂）では、緊急避妊に係る診療について産婦人科医または厚生労働省が指定する研修を受講した医師が初診からオンライン診療を行うことが許容され得ると示されており、また、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、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る。このことを受け、対応できる薬剤師を養成するための研修会を開催する。

2 日時：令和5年2月5日（日）午後1時～午後4時40分（予定）

※【厳守】開始時刻15分前までに受け付け（接続）をお願いいたします。

3 開催方式：Zoom ウェビナーを利用したリアルタイムWEB配信

4 内容：別紙プログラムのとおり

5 対象者：オンライン診療に伴う緊急避妊薬の調剤を行う薬剤師。終了証受領後に勤務する薬局に緊急避妊薬を備蓄する必要がある。

※（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」をご確認ください。

6 定員：200名

7 受講料：（1）静岡県薬剤師会会員 1,000円  
（2）非会員 5,000円

※振込先は後日連絡します。

※納入された受講料は、理由を問わず返金いたしませんのでご注意ください。

## 8 申込方法

（別紙2）「受講申込書」（Word形式）に（別紙3）「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）」（PDFまたは画像）を添付し、12月5日（月）までにメールにてお申込みください。締切日以前でも定員になり次第締め切らせていただきますので、お早めにお申込みください。

申込先E-mail： syokunou@shizuyaku.or.jp

## 9 研修修了証の発行

研修修了者には後日本会より研修修了証を発行します。申込書に記載の薬局へ送付します。

## 10 問合せ先

静岡県薬剤師会事務局 担当：泉 電話 054-203-2023 E-mail: syokunou@shizuyaku.or.jp

## 11 その他

- ・ 本研修会は、日本薬剤師研修センター「研修認定薬剤師制度」の対象になりません。
- ・ 空白地域及び地域偏在を避けるため、受講の可否について調整する場合があります。
- ・ 研修修了者については、オンライン診療における緊急避妊薬の調剤に携わる薬局・薬剤師として申込書の内容を厚生労働省のホームページに公表予定です。

# 「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」

## プログラム

日時：令和5年2月5日（日）13：00～16：40

開催方式：Zoom ウェビナーを利用したリアルタイム Web 配信

司会：静岡県薬剤師会常務理事 天野 雄一郎

13：00～13：05 開会挨拶（5分）

静岡県薬剤師会会長 石川 幸伸

13：05～13：25 「オンライン診療の適切な実施に関する指針と緊急避妊薬の調剤について」（20分）

13：25～15：25 「オンライン診療に伴う緊急避妊薬処方上の留意点」（120分）

（1）13：25～14：10 緊急避妊について（45分）

公益社団法人日本産婦人科医会副会長

前田産科婦人科医院理事長・院長 前田 津紀夫

（2）14：10～14：50 月経、月経異常、ホルモン調節機序（40分）

静岡赤十字病院産婦人科部長 根本 泰子

（3）14：50～15：25 OC全般と避妊法（35分）

宮崎クリニック副院長 宮崎 千恵子

15：25～15：35 休憩（10分）

15：35～16：35 オンライン診療に伴う緊急避妊薬の調剤について（60分）

（1）薬局での対応について（20分）

（2）患者対応等について（40分）

16：35～16：40 閉会挨拶（5分）

静岡県薬剤師会副会長 岡田 国一

(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)

申込先 E-mail : syokunou@shizuyaku.or.jp (Word 形式にて添付)

## 「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」 受講申込書

申込日 令和 年 月 日

静岡県薬剤師会 御中

【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】

※ 該当する項目の□をクリックしてください。数字は半角で記載してください。

薬局名	
郵便番号	
薬局所在地	
電話番号	
F A X 番号	
開局時間	
時間外対応の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
時間外の電話番号	※上記が「有」の場合に記載

【受講申込者】

※ 該当する項目の□をクリックしてください。数字は半角で記載してください。

所属区分	<input type="checkbox"/> 1 静岡県薬剤師会 会員 (所属 薬剤師会) <input type="checkbox"/> 2 日本保険薬局協会会員 <input type="checkbox"/> 3 日本チェーンドラッグストア協会会員 <input type="checkbox"/> 4 日本女性薬剤師会会員 <input type="checkbox"/> 5 その他 ( )	
(ふりがな) 申込者氏名	( )	性 別 <input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
薬剤師名簿登録番号		
E-mail アドレス	本研修会に係る連絡を受信するメールアドレスを記載してください。 @	

※ 1 受講の可否は、申込締切日以降、メールにて連絡いたします。

※ 2 ご提供いただいたメールアドレスは本研修以外の目的では使用しません。

※ 3 欠席される場合は、県薬事務局までご連絡ください。

※ 4 <Zoom ウェビナーを利用したリアルタイム WEB 配信 注意事項>に同意の上、お申込みください。

## <Zoom ウェビナーを利用したリアルタイム WEB 配信 注意事項>

- ウェブ利用研修受講者は、「参加時間（ログイン・ログアウトの時刻）」及び「本研修会終了後の報告いただいたアンケート回答」を確認したうえで受講とみなします。下記の（１）～（５）の一つでも該当する場合、受講したとみなしませんので、予めご了承ください。
  
  - （１） 事前申込みされた方以外が視聴された場合
  - （２） 遅刻、途中退出された場合（通信環境の都合による通信切断等の事態も含む）（ウェブ利用研修の受講状況は常時記録（参加時刻・退出時刻・接続時間等）しております。）
  - （３） 受講申込時と実際の視聴時に登録する氏名、メールアドレス等に相違があった場合
  - （４） 指定した時間（受講当日の 24 時）内にアンケート回答されなかった場合
  - （５） 不正受講を行った場合
- 
- 機器や回線の不具合等により受講できなかった場合でも対応いたしかねますので、予めご了承ください。
- 
- 研修会の録音・録画は禁止とさせていただきます。

(別紙 3)

**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 日

薬局名 \_\_\_\_\_

薬局所在地 \_\_\_\_\_

薬剤師名 \_\_\_\_\_

管理薬剤師名 \_\_\_\_\_ 印

開設者名 \_\_\_\_\_

以上