

# 学校薬剤師講演活動等実施要領

平成 23 年 4 月 1 日 施 行

平成 26 年 11 月 1 日 一部改正

平成 26 年 12 月 1 日 一部改正

平成 30 年 4 月 1 日 一部改正

## (目的)

第 1 条 一般社団法人佐賀県薬剤師会（以下「県薬」という。）学校・保健委員会（以下「県薬学保委員会」という）は、学校から講演依頼があった場合は担当学校薬剤師（以下「担当学薬」という。）をして児童・生徒及び職員等に対し「防煙教育」「薬物乱用防止教育」及び「くすり教育」等の講演を実施するなどの学校における講演活動の推進を図ることを目的とする。

## (講演依頼)

第 2 条 学校からの講演依頼は、担当学薬に依頼をしてもらう。

- 2 県薬又は他の薬剤師等が学校から講演依頼を受けたときは、担当学薬に依頼するように説明する。
- 3 依頼を受けた担当学薬は、日時等について直接学校と協議する。
- 4 担当学薬は、日時調整等でどうしても都合がつかない場合は、次の手順により代替講師を選定する。
  - ① 担当学薬は、地域の他の学校薬剤師又は薬物乱用防止指導員等に代理講師の依頼をする。
  - ② 担当学薬は、①により代理講師が見つからない場合は、地域の学校・保健委員会委員（以下「地域学保委員」という。）又は地域薬剤師会会長（以下「地域薬会長」という。）に相談する。
  - ③ 地域学保委員又は地域薬会長は、地域薬剤師会内の他の学校薬剤師又は薬物乱用防止指導員等に依頼し、講師が決まれば担当学薬に連絡する。
  - ④ 地域薬剤師会で講師が決まらない場合は、他の地域薬剤師会の地域学保委員又は地域薬会長に依頼する。
  - ⑥ 他の地域薬剤師会で講師が決定した場合は、依頼を受けた地域学保委員は、依頼した地域学保委員又は地域薬会長に連絡する。
  - ⑦ 依頼した地域学保委員又は地域薬会長は、担当学薬に連絡する。
- 5 講演の日時及び講師が決定した場合は、学校から正式な講師依頼書をいただく。
- 6 講師を依頼された薬剤師は、依頼先から講師依頼文をもらい、学校薬剤師講演活動事前報告書（様式 1 号）と合わせて県薬学保委員会に提出する。

## (小学館集英社からの依頼)

第 3 条 小学館集英社から依頼があった場合（薬物乱用防止教室に限る。）は、県薬学保委員会は担当学薬に通知する。

- 2 前条第 3 項及び第 4 項を準用する。
- 3 担当学薬は、講師名等を県薬学保委員会に連絡する。
- 4 県薬学保委員会は、講師名・勤務先等を小学館集英社に報告する
- 5 小学館集英社は、講師となった薬剤師に直接連絡し、必要な手続きを行う。

- 6 小学館集英社からの依頼の場合は、講師依頼文は小学館集英社から県薬宛にいただくことになっている。

(講演の報告)

- 第4条 講演を行った薬剤師は、講演終了後、すみやかに学校薬剤師講演活動報告書(様式2号)を作成し、県薬学保委員会に提出する。
- 2 報告を受けた県薬学保委員会は、地域薬会長に報告書を提出する。
- 3 県薬学保委員会は、学校薬剤師講演活動報告書(様式2号)の「感想・気づき」をまとめ、学薬メーリングリスト等で情報提供する。

(日当：講師謝礼)

- 第5条 講師謝礼については、地域薬剤師会の取り決めによる。

(雑則)

- 第6条 資料等が必要な場合は、薬務課及び県薬に相談する。
- 2 小学館集英社からの依頼でない場合でも、小学館集英社のDVD/パワーポイントを使用することができる。ただし、パワーポイントの編集等はできない。なお、小学館集英社への薬物乱用防止啓発事業報告書(様式3)の送付をお願いします。

- 第7条 この実施要領の改廃は、三役会の議を経て決定する。

(附 則)

この実施要項は、平成23年4月1日から施行する。

この実施要領は、平成26年11月1日から施行する。

- ・講演前(3)小学館集英社から依頼があった場合(薬物乱用防止教室に限る)追加
- ・その他追加

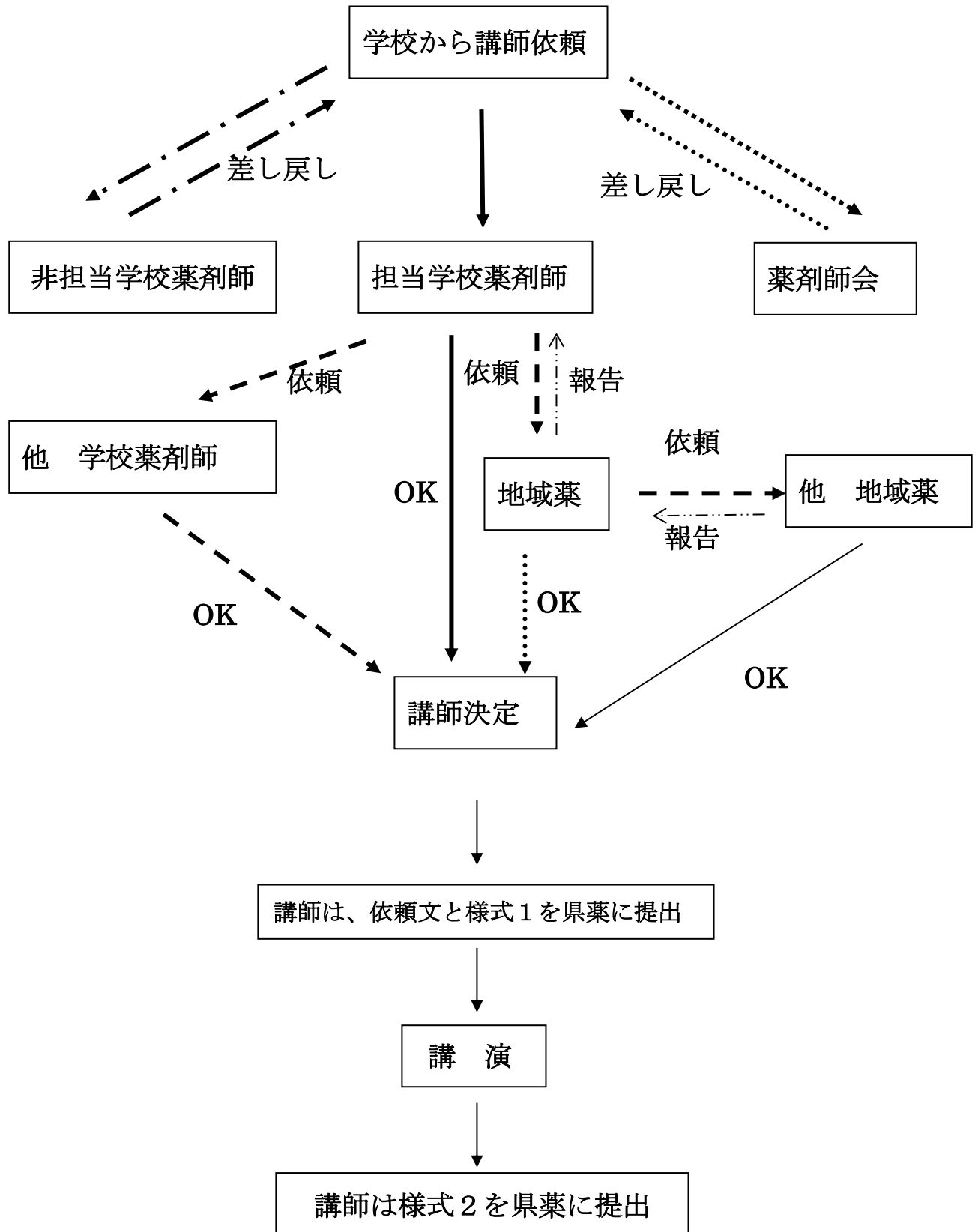
この実施要領は、平成26年12月1日から施行する。

- ・日当(講師謝礼)追加

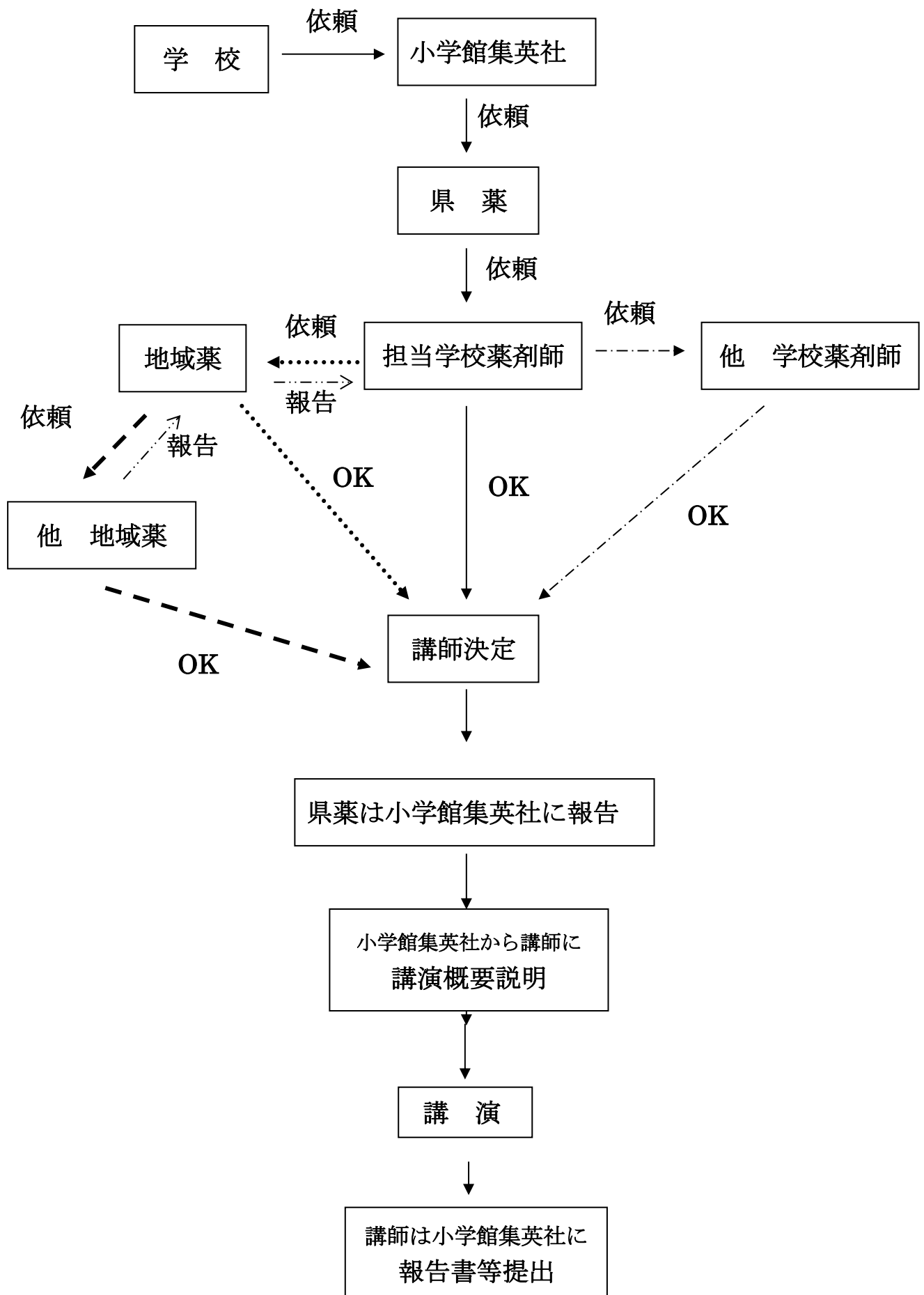
この実施要領は、平成30年4月1日から施行する。

- ・県薬への依頼・派遣の削除
- ・日当の変更

1. 薬剤師及び薬剤師会に依頼があった場合



2. 小学館集英社から依頼があった場合（薬物乱用防止教室に限る）



(様式1号)

一般社団法人佐賀県薬剤師会 学校・保健委員会 宛

## 学校薬剤師講演活動事前報告書

報告日：平成 年 月 日

報告者名	( )地域薬 勤務先( )氏名( ) TEL ( ) FAX ( )		
講演日時	平成 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分		
講演学校	( 担当 非担当 )		
出席者	名	対象者	
講演内容	防煙教育 薬物乱用防止教育 くすり教育 その他 ( )		
必要教材 *必要な方のみ記入	DVD ( No. 麻薬犬 依存 ) 副読本 ( ) 冊 小学生のみ 粗品 ( 必要 ( 児童数 人 ) 不要 ) *児童数は正式人数		

(様式2号)

一般社団法人佐賀県薬剤師会 学校・保健委員会 宛

## 学校薬剤師講演活動報告書

依頼を受けました下記学校で講演をいたしましたので、報告いたします。

報告日：平成 年 月 日

報告者名	( )地域薬 勤務先( )氏名( ) TEL ( ) FAX ( )
講演日時	平成 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分
講演学校	( 担当 非担当 )
出席者	名 対象者
講演内容	防煙教育 薬物乱用防止教育 くすり教育 その他 ( )
感想 気づき	

### 【非担当校の方のみお書きください】

謝金 (依頼者様より受 領した謝礼金額)	円 (*なかった場合は「0」とご記入下さい。)	・現金にて受領済 ・振込みにて受領済 ・あとで¥ 円振込みがある予定
支払方法	現金 振込 *どちらかに○	
振込先	いずれか○をつける ( ) 銀行・信用金庫 ( ) 支店・出張所  普 当 貯 そ の 通 座 蓄 他 口座番号 ( ) 名義 ( ) ふりがな	

\*「名義のふりがな」は必ずお書きください。  
\*支店、口座番号の記入誤り等で組戻し手数料がかかった場合は、謝金から差し引かせていただきますので、書き間違いのないようご注意ください。

(様式 3 号)

薬物乱用啓発事業事務局 御中

## 薬物乱用防止啓発事業 報告書

薬物乱用防止啓発訪問事業「STOP the 薬物！～断る勇気が未来をつくる～」  
DVD 及びパワーポイントを使用させていただきましたので、報告いたします。

報告者名	佐賀県 勤務先 ( ) 氏名 ( ) TEL ( ) FAX ( )
講演日時	平成 年 月 日 ( ) ( 時 分 ~ 時 分)
講演場所	
出席者	名 対象者

### 【講師アンケートについて】

1. 授業の流れ
2. 授業を行ったときに工夫点
3. 生徒の反応
4. その他、気づいた点

薬物乱用防止啓発事業事務局

TEL : 03-5330-3043 FAX : 03-5330-3377 MAIL : d-info@spb.co.jp

