

地区薬剤師会 会長 殿

公益社団法人 東京都薬剤師会  
会長 高橋 正夫

## 令和 8 年度 第 1 回地区薬剤師研修会の実施について

平素より本会会務にご尽力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、令和 8 年度第 1 回地区薬剤師研修会につきましては、例年どおり、東京都の委託による「かかりつけ薬局育成事業」の一環として実施いたします。

つきましては、別紙 1「令和 8 年度 地区薬剤師研修会実施要領」のとおり開催していただきますよう、お願い申し上げます。

また、第 1 回及び第 2 回地区研修会はいずれも東京都薬剤師会認定基準薬局の必須講習会となっておりますので、貴会会員への周知につきましてもよろしくお願い申し上げます。

**第 1 回研修会の開催期間は、令和 8 年 7 月 15 日から同年 9 月 30 日まで**としておりますので、期間内での開催をお願いいたします。

なお、「都薬アワー」の講師派遣の都合上、以下の日程につきましては、原則として開催をお控えいただきますようお願い申し上げます。

## 【開催回避日】

- ・毎週木曜日 都薬常務会・理事会
- ・令和 8 年 7 月 4 日、9 月 5 日 地区及び職域会長会 ※会議終了後（19 時以降）の開催は可能です。
- ・令和 8 年 7 月 18 日（土）から同月 20 日（月・祝）まで  
関東地区調整機構主催認定実務実習指導薬剤師養成ワークショップ
- ・令和 8 年 7 月 26 日（日） 基準薬局中央研修会
- ・令和 8 年 8 月 2 日（日）より質の高い実務実習を目指すための ADWS
- ・令和 8 年 8 月 30 日（日）薬学講習会
- ・令和 8 年 9 月 19 日（土）から同月 21 日（月・祝）まで  
関東地区調整機構主催認定実務実習指導薬剤師養成ワークショップ

## 【参考】第 2 回研修会について

なお、第 2 回研修会は令和 8 年 11 月 1 日から、実施要領では令和 9 年 2 月 28 日までとしておりますが、令和 9 年 3 月上旬までの間の開催とする予定です。

日程調整のご参考として、主な関連行事は以下のとおりです。

## （主な日程）

- ・毎週木曜日 都薬常務会・理事会
- ・令和 8 年 10 月 3 日、11 月 7 日、12 月 5 日  
令和 9 年 2 月 6 日、3 月 6 日 地区及び職域会長会 ※会議終了後（19 時以降）の開催は可能です。
- ・令和 8 年 10 月 11 日（日）から同月 12 日（月・祝）まで 日本薬剤師会学術大会
- ・令和 8 年 11 月 15 日（日）（仮）かかりつけ薬剤師研修会
- ・令和 9 年 1 月 9 日（土）から同月 11 日（月・祝）まで  
関東地区調整機構主催認定実務実習指導薬剤師養成ワークショップ
- ・令和 9 年 3 月 13 日（土）から同月 14 日（日）まで 日本薬剤師会臨時総会
- ・令和 9 年 3 月 27 日（土） 第 111 回臨時総会

このほか、薬局業務研修会につきましては現在日程調整中です。

## 令和 8 年度 地区薬剤師研修会実施要領

## 1. 開催区割り（従来どおり）

区部については区単位（23 地区）とし、市部については以下のとおりとする。

- 多摩第 1 地区（小金井地区・国分寺地区・三鷹地区・武蔵野地区）
- 多摩第 2 地区（府中地区・調布地区・狛江地区）
- 多摩第 3 地区（北多摩地区・西多摩地区）
- 多摩第 4 地区（八王子地区・南多摩地区・町田地区）
- 多摩第 5 地区（西武地区）

## 開催回数、開催時期及び開催場所

各地区において、以下のとおり年 2 回開催するものとする。

- （1）第 1 回 令和 8 年 7 月 15 日から同年 9 月 30 日までの間に 1 回
- （2）第 2 回 令和 8 年 11 月 1 日から令和 9 年 2 月 28 日までの間に 1 回

## 2. 研修会内容及び講師について

|                   |        |        |                                                                                                                                       |
|-------------------|--------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 必須項目<br>(年 2 回とも) | 都薬アワー  | 60 分   | 講師は、 <u>東京都薬剤師会より派遣</u> する。<br>【令和 8 年度の当会活動テーマ】<br>変化する地域とともに、広がる薬剤師の役割<br>～多様なニーズに応えるサポートの実現へ～                                      |
|                   | 社会保険講習 | 30 分以上 | 講師は、 <u>地区薬剤師会の医療保険担当役員</u> （地区医療保険指導者）とする。                                                                                           |
|                   | 臨床薬学講習 | 60 分以上 | 講師は、地域医師会、地域歯科医師会、病院薬剤師会等と連携のうえ選定し、 <u>原則として医師、歯科医師又は薬剤師（※1）</u> とする。なお、「かかりつけ薬剤師・かかりつけ薬局」としての資質向上及び「身近な健康相談システム」の相談機能に資するテーマで実施すること。 |

※1 「かかりつけ薬剤師・薬局」の資質向上や「身近な健康相談システム」の相談機能に資する内容であれば、多職種連携や職能理解を目的として、その他の職種を講師として招へいすることも可能とする。

## &lt;留意事項&gt;

- （1）東京都委託事業であることから、「地区薬剤師研修会」の開催時間内に、メーカー担当者による製品説明等を含めないこと。
- （2）講義にあたっては、プロジェクター、スクリーン及びパワーポイントを使用できる環境（PC 等）を整備すること。

### 3. 開催計画等の提出（開催前）

地区薬剤師研修会の開催にあたっては、従来どおり実行委員会を組織すること。  
実行委員長は、開催予定が決定次第、下記書類を提出先へ電子メールにより提出すること。

#### （１）提出書類

- ①実行委員会委員報告書（様式１）
- ②開催予定書（様式２）
- ③助成金支払先指定書（様式３）

#### （２）提出先

公益社団法人東京都薬剤師会 薬局業務課（和泉・土谷）  
E-mail : [gyoumu@toyaku.or.jp](mailto:gyoumu@toyaku.or.jp)

### 4. 助成金等について

助成金の範囲及び取扱いについては、「別紙２ 助成金の範囲と取扱いについて」を参照すること。  
なお、社会保険講習については、各回につき１万円の助成金を交付する。

### 5. 研修認定（単位シールを必要とする場合）

「別紙３ 東京都薬剤師会 薬剤師生涯研修認定制度（G26）認定研修申請手順について」を参照すること。  
本制度は、日本薬剤師研修センターの認定制度と同等の取扱いとするため、「東京都薬剤師会 薬剤師生涯研修認定制度（G26）」を利用すること。

### 6. 提出実施報告書等の提出（開催後）

開催終了後は、下記書類を提出先へ提出すること。

なお、各様式は以下のリンクよりダウンロードすること。

[https://drive.google.com/drive/folders/1cT\\_umj07wl0oGc914MW5Tou55Ji4yr--?usp=sharing](https://drive.google.com/drive/folders/1cT_umj07wl0oGc914MW5Tou55Ji4yr--?usp=sharing)

#### （１）提出書類

- ①地区薬剤師研修会 実施報告書（様式４）
- ②実施概要（様式５）
- ③出席者確認名簿（別途配布）
- ④収支決算書（様式６）
- ⑤助成金受領書及び開催経費に係る領収書（７万円以上）
- ⑥保険講習助成金受領書（１万円）〔内訳：会場費 5,000 円、地区指導者講師料 5,000 円〕
- ⑦研修会当日配布資料一式（都薬アワーを除く）１部（東京都提出用）

※各地区においても１部保管すること。

#### （２）郵送先

〒101-0054 東京都千代田区神田錦町１－21  
公益社団法人東京都薬剤師会 薬局業務課（和泉・土谷）

## 助成金の範囲と取扱いについて

## 1. 助成の範囲及び送金時期

開催1回につき、次の経費を対象として、各回8万円を上限に助成する。

(1) 対象経費

- ①会場費
- ②開催スタッフ出勤費
- ③講師謝礼（東京都委託事業であるため、都薬アワールの講師を除く）
- ④保険講習講師謝礼（5,000 円）
- ⑤保険講習会場費相当額（5,000 円）
- ⑥資料印刷費
- ⑦通信費

(2) 助成額の内訳

開催助成金 70,000 円

保険講習会場費相当額 5,000 円

地区保険指導者講師料 5,000 円

(3) その他

- ①送金時期は、開催予定書及び助成金支払先指定書の提出後とする。  
②開催費用が助成額に満たない場合は、残額を当会へ返金すること。

## 2. 助成対象経費に係る領収書の取扱い

(1) 開催スタッフ出動費

- ①開催スタッフに出動費を支払った場合は、開催スタッフ出動費領収書（様式7）を使用し、当該スタッフの署名を受けること。
- ②出動費は、社会通念上妥当な範囲で支給すること（源泉徴収は不要とする）。

(2) 講師料

- ①講師料の支払いにあたっては、支払額の 10.21%を源泉徴収のうえ支払うこと。  
また、講師の現住所、マイナンバー、署名及び押印を受けること（様式 8）。
- ②源泉徴収税については、各地区薬剤師会において納税及び支払調書の作成を行うこと。  
なお、インボイス制度の施行に伴い、従来の源泉税の代理納付は行わないため、各地区薬剤師会において税理士等の指示に従い適切に処理すること。
- ③保険講習の講師料（地区指導者への支払い）については定額（5,000 円）であるため、源泉徴収は不要とする。
- ④都薬アワーの講師に対する交通費等は当会にて負担するため、支給は不要とする。

### (3) その他の領収書

- ②飲食を伴う会議費の領収書は、委託金の精算対象に含めることができないため、留意すること。

## ① 従来通り研修単位を研修シールとして発行する場合

地区薬剤師研修会等の開催に際し、本会の薬剤師生涯研修認定制度の認定研修として「認定単位（以下、単位シール）」の発行を希望される場合には、開催地区ごとに本会 生涯学修支援センター宛てに以下の手続きを行ってください。

**ポイント:**認定研修の申請は、必ず研修会開催日の3週間前(必着)までに行う必要があります。

## 1. 認定研修開催申請書を作成する

本会ホームページ (<https://cpec.toyaku.or.jp/download/>) から認定研修開催申請書をダウンロードいただき、申請書を作成してください。現地開催のほかにオンライン等での開催も申請可能です。なお、一つの研修会等で現地開催とオンライン開催を併用する場合は、それぞれ申請が必要となります。また、申請に際しては、開催日時や講演内容、演題ごとの講演時間等が明記されたプログラム等を必ず申請時に添付してください。

| 開催方法     | 申請書の種類                     |
|----------|----------------------------|
| 会 場 開 催  | 認定研修開催申請書（会場開催）【様式 5－1】    |
| オンライン開催  | 認定研修開催申請書（オンライン開催）【様式 5－2】 |
| ハイブリッド開催 | 上記【様式 5－1】、及び【様式 5－2】      |

**ポイント:**集合研修・実習研修は、研修時間 90 分につき1単位発行いたします。この際、挨拶・連絡事項・休憩・質疑応答等は研修時間に含まれません。また、メーカーとの共催は認められますが、利益誘導等に当たるメーカーからの情報提供等は研修時間として認められません。

## 2. 開催申請料を納入し、関係書類を本会生涯学修支援センターに郵送する

認定研修の申請には、単位シールの請求枚数に応じて、開催申請料（表 1 参照）を納入していただく必要があります。単位シールは、**10 枚単位 (330 円)**での発行となります。なお、講師用単位シールは無償で発行いたします。認定研修申請書には、必ず開催申請料振込時のご利用明細書控え等（A 4 サイズのコピー）を添付してください。

開催申請料納入後、認定研修開催申請書に、研修会の詳細（演題、講師、開催時間等）がわかるプログラム等、及び開催申請料振込時のご利用明細書の控え等を添付し、本会 生涯学修支援センター宛てに関係書類一式を郵送してください。

**（開催日の 3 週間前必着）。**

ポイント:申請書類到着後、申請内容の審査を行い、本制度の認定研修として適正であると認められれば、概ね、研修会等の開催日の 10 日から1週間前までに、単位シールを郵送いたします。

表1【単位シール枚数別申請料金表（金額は消費税込）】

| 単位シールの枚数（例） | 申請料    | 単位シールの請求枚数が30枚以下の場合は、返信用封筒（送付先の宛名を記入し、110円切手を貼付すること）を認定研修開催申請書郵送時に同封してください。<br><br>単位数（1～4点）によって申請料が変わることはありません。<br><br>例：1,000枚の単位シールを請求する場合、申請料は33,000円となります。 |
|-------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10枚         | 330円   |                                                                                                                                                                 |
| 30枚         | 990円   |                                                                                                                                                                 |
| 50枚         | 1,650円 |                                                                                                                                                                 |
| 100枚        | 3,300円 |                                                                                                                                                                 |
| 300枚        | 9,900円 |                                                                                                                                                                 |

| 【開催申請料の振込先】                      | 【認定研修申請書類等送付先】     |
|----------------------------------|--------------------|
| 金融機関名 三菱UFJ銀行（機関コード0005）         | 〒101-0054          |
| 支店名 神保町(シンボウチヨウ)支店<br>(支店コード013) | 東京都千代田区神田錦町1-21    |
| 種別・口座番号 普通預金・1936877             | 東京都薬剤師会 生涯学修支援センター |
| 口座名義 公益社団法人東京都薬剤師会               | TEL 03-5577-4115   |
| フリガナ シヤ) トウキョウトヤクザイシカイ           | FAX 03-3295-2333   |

### 3. 認定研修会等を開催する

本会に申請した認定研修開催申請書に基づき、受講確認を厳正に実施し、研修会等を開催してください。また、単位シールは必ず適正な受講が確認できた受講者にのみ交付してください。

### 4. 研修会等終了後、認定研修実施報告書、並びに受講者名簿等を提出する

本会に申請した認定研修終了後、開催日から2週間後までに「認定研修実施報告書（様式6-1）」及び「研修受講者名簿（様式6-2）」（CD-Rに記録したもの）を本会生涯学修支援センター宛てに郵送してください。併せて、残余の単位シールも必ず返却してください。

問合せ先：

東京都薬剤師会 生涯学修支援センター

担当：服部、富山（とみやま）

〒101-0054 千代田区神田錦町1-21

Tel: 03-5577-4115 / Fax: 03-3295-2333

E-Mail: center@toyaku.or.jp

## ②と一ぷらを利用して研修会の開催申請、研修単位を電子的に発行する場合

開催日の3週間前までに申請手続きを完了する必要があります。事前に生涯学修支援センター事務局（03-5577-4115）までご連絡ください。個別にご説明させていただきます。

### ※受講者の方にユーザー登録いただく必要がありますので、予めご周知ください。

#### ①2025年9月30日以前にt-MYLSに登録され、ご活用されていた方

2025年10月1日14時以降にt-MYLS登録メールアドレス宛にと一ぷらから送信されたメールアドレスからログインし、ユーザー情報の確認・登録を行ってください。

#### ②①以外の方

下記URLもしくは右記QRコードより新規ユーザー登録を行ってください。

URL：<https://leanect.jp/TOYAKU/login>

QRコード：



#### 問合せ先：

東京都薬剤師会 生涯学修支援センター  
担当：服部、富山（とみやま）

〒101-0054 千代田区神田錦町 1-21

Tel:03-5577-4115 / Fax: 03-3295-2333

E-Mail: [center@toyaku.or.jp](mailto:center@toyaku.or.jp)

様式 1

令和 年 月 日

東京都薬剤師会  
会長 高橋正夫 殿

報告者 \_\_\_\_\_ 区（地区）  
実行委員長 住 所 〒 \_\_\_\_\_

薬 局 名

電話番号 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

氏 名

印

令和 年度 第\_\_回地区薬剤師研修会実行委員会 委員名簿

下記のとおり実行委員会を組織し、別紙開催予定書（様式2）のとおり実施することを報告します。

実行委員

| 氏 名 | 所属地区・お役職 |
|-----|----------|
|     |          |
|     |          |
|     |          |
|     |          |
|     |          |
|     |          |
|     |          |
|     |          |



様式 2

令和 年度 地区薬剤師研修会 開催予定書（第 回目）

〔 区（地区） 〕

|                                                                          |              |                           |                   |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|-------------------|
| 実施日時                                                                     |              | 令和 年 月 日（ 曜日） 時～ 時まで      |                   |
|                                                                          |              | 当日緊急連絡先 携帯電話番号： - -       |                   |
|                                                                          |              | 担当者氏名： - -                |                   |
| 場 所                                                                      | 所在地          |                           |                   |
|                                                                          | 会場名<br>部屋番号等 | 電話 - -                    |                   |
| 講師派遣先<br>（場所）                                                            |              |                           |                   |
| 開催方法                                                                     |              | 集合・Web・ハイブリット（集合及びWebの併用） |                   |
| 当日の<br>受講見込人数                                                            |              | 都薬会員 約 名（必ず記入すること）        |                   |
| 順<br>番                                                                   | 時間割          | 講 義 内 容                   | 講師名（役職名・住所・電話番号等） |
|                                                                          | ：            |                           |                   |
|                                                                          | ：            |                           |                   |
|                                                                          | ：            |                           |                   |
|                                                                          | ～            |                           |                   |
|                                                                          | ：            |                           |                   |
|                                                                          | ：            |                           |                   |
|                                                                          | ～            |                           |                   |
|                                                                          | ：            |                           |                   |
|                                                                          | ：            |                           |                   |
| <p>下記の必須項目を時系列でご記入ください。</p> <p>・都薬アワー（60分）・保険講習（30分以上）・臨床薬学講習（60分以上）</p> |              |                           |                   |
|                                                                          | ：            |                           |                   |

※ 様式 1 ～ 3 は同時に提出すること。

## 様式 3

## 地区薬剤師研修会助成金 支払先指定書

令和 年 月 日

公益社団法人 東京都薬剤師会 御中  
gyoumu@toyaku.or.jp

令和 年度 第 回 地区薬剤師研修会（ 月 日開催）に係る  
助成金の送金先を、下記のとおり指定します。

記

|       |       |      |    |
|-------|-------|------|----|
| 金融機関名 |       | 支店名  | 支店 |
| 預金種類  | 当座・普通 | 口座番号 |    |
| 口座名義  |       |      |    |

以上

ご記入者署名

区（地区）

※ 様式 1 ～ 3 は同時に提出すること。