

佐賀県薬剤師会薬剤師臨床研修制度実施要領

H27. 8. 4 施行
H29. 3. 17 改正

第1 総 則

1 目 的

これからの薬局は、在宅医療の推進、地域住民の方々の健康づくり支援、セルフメディケーション推進の担い手となることが期待されている。

特に在宅医療においては、服用状況の確認、残薬や副作用の有無等の薬学的管理が必要とされ、地域包括ケアシステムの中で、薬局薬剤師の職能を活かした役割を果たすことが求められており地域医療の担い手となる薬剤師を確保し、育成することが必要である。

そこで、一般社団法人佐賀県薬剤師会（以下「県薬」という。）では、「佐賀県薬剤師会薬剤師臨床研修制度」（以下「本制度」という。）を創設し、ふるさと佐賀で地域医療を担う薬剤師を育成するために、佐賀県内公的医療機関等において実施する臨床研修へ会員薬剤師を派遣し、地域医療における効果的な薬物療法の知識・技能を習得させることにより、地域医療体制の充実を図る。

2 臨床研修の種類

臨床基礎コース及び臨床専門コースとする。

3 研修の実施医療機関

佐賀県内公的医療機関とし、当分の間は佐賀大学医学部附属病院とする。

4 臨床研修の派遣対象者

本制度の派遣対象者は、次のすべてを満たしていることとする。

- ① 県薬のA又はB会員であり、佐賀県内の薬局に勤務しているもの
- ② 1. 臨床基礎コース
 - a) 原則として3年以上の薬剤師としての実務経験を有しているもの
 - b) 6年制薬学部卒業生は、1年以上の薬剤師としての実務経験を有しているもの
2. 臨床専門コース
 - a) 原則として5年以上の薬剤師としての実務経験を有しているもの
 - b) 6年制薬学部卒業生は、2年以上の薬剤師としての実務経験を有し、かつ臨床基礎コースを修了したもの
- ③ 生涯学習等に参加し、自己研鑽に努めているもの
- ④ 研修参加に係る薬局開設者の同意が得られているもの

5 研修期間及び実施時期

(1) 臨床基礎コース

- ① 研修期間
概ね8週間とする。
- ② 実施時期
原則として、第1期（5月から7月）、第2期（9月から11月）及び第3期（1から3月）の3回とし、研修はそれぞれの期間内（土曜、日曜、祝祭日を除く平日）において実施する。
- ③ 研修単位及びカリキュラム

研修単位は、全体で 80 単位とする。

ただし、1 単位は 3 時間を充たすものとし、以下同様とする。

カリキュラムは、別に定める。

(2) 臨床専門コース

コースは以下のとおりとし、研修の拡充を図るものとする。

<がん専門コース>

① 研修期間

概ね 12 週間とする。

② 実施時期

研修実施医療機関と研修派遣者と合意した時期とする。

③ 研修単位及びカリキュラム

研修単位は、全体で 120 単位とする。

カリキュラムは、別に定める。

6 研修派遣人数

研修派遣人数は、臨床基礎コース及び臨床専門コース合わせて一期当たり概ね 3 名までとする。

7 臨床研修審査会の設置

(1) 臨床研修審査会の設置

佐賀県薬剤師会会長（以下「会長」という。）は、佐賀県薬剤師会薬剤師臨床研修制度審査会（以下「臨床研修審査会」という）を設置する。

(2) 委員の構成

臨床研修審査会の委員は、副会長 1 名、専務理事、その他会長が指名する理事とし、委員の中から委員長を 1 名選任する。

(3) 臨床研修審査会の役割

審査会は、以下の内容の審査・審議等を行い、決定する。

① 本制度の利用を希望する薬剤師の研修派遣の決定等

② 研修実施機関の受講証明書に基づき修了証の交付の適否の決定等

③ 代替薬剤師派遣の決定等

④ その他本要領に定めのない重要事項の審議等

第 2 研修派遣者の決定等

1 研修の申込等

薬局開設者は、臨床研修参加を希望するときは、研修を希望する薬剤師の意向を確認の上、別に定める申込期間内に佐賀県薬剤師会臨床研修制度申込書（様式第 1-1 号、様式第 1-2 号）を会長へ提出する。

2 研修派遣者の決定

(1) 臨床研修審査会による審査・決定

会長は、研修派遣の申込があった場合は、臨床研修審査会を開催し、研修派遣申請者の申込者について審査を行い、研修派遣者を決定するものとする。

なお、研修派遣申請者の申込者が予定数を超える場合は、抽選等の方法により決定する。

(2) 研修派遣者の決定等の通知

会長は、研修派遣者の決定等を行ったときは、その結果について研修派遣の申込者に通知する。

3 研修実施医療機関との手続き

(1) 研修内容等の事前協議

県薬は、研修実施にあたっては、研修実施医療機関の担当者及び研修派遣者と研修内容等の必要な事項についてあらかじめ協議する。

(2) 研修実施医療機関との契約

県薬は、研修実施機関との協議を踏まえ、研修実施機関と研修薬剤師派遣に係る契約を締結する。

(3) 研修実施医療機関への研修申込み

県薬は、派遣が決定した薬剤師に研修実施医療機関が定める研修受入に係る様式により申請書等を提出させたのち、それらを取りまとめの上、研修実施医療機関に提出しなければならない。

(4) 研修費用の支払い

県薬は、研修実施医療機関との契約に基づき、決められた期日までに研修実施医療機関に対し研修費用を支払わなければならない。

研修費用については、研修実施医療機関が定める金額とする。

4 研修修了の取扱い

(1) 研修実施医療機関は、派遣された研修派遣者の受講状況について、受講証明書を会長に提出するものとする。

(2) 会長は、(1)の受講証明書に基づく審査会の審査を経て、所定の単位を修了した者に対し、修了証(様式第2号)を交付するものとする。

第3 代替薬剤師の派遣等

1 代替薬剤師の派遣申込等

(1) 代替薬剤師の派遣申込

臨床研修派遣期間中の代替薬剤師について、県薬から派遣を受けようとする薬局開設者は、第2-1の規定により提出する申込書にその旨を記載する。なお、代替薬剤師派遣期間中の代替薬剤師の派遣料交通費等の経費は、派遣を受ける薬局開設者が負担するものとする。

(2) 代替薬剤師派遣の決定等

会長は臨床研修審査会において、(1)による代替薬剤師の派遣希望の薬局開設者について必要な審査を行い、代替薬剤師の派遣可否を決定するものとする。

(3) 代替薬剤師派遣の決定等の通知

会長は、代替薬剤師派遣の決定等を行ったときは、その結果について代替薬剤師派遣希望の薬局開設者に通知する。

(4) 代替薬剤師の派遣に係る事務手続き

会長及び代替薬剤師派遣を受ける薬局は、労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の保護等に関する法律に基づき所要の手続きを行わなければならない。

(5) 代替派遣薬剤師の直接確保

臨床研修派遣期間中の代替薬剤師について、県薬からの派遣ではなく薬局開設者自ら派遣業者から確保した場合は、履修コースにより一定の額を予算の範囲内で県薬から補助する。県薬から当該補助を希望する場合、事前に薬局開設者は、第2-1の規定により提出する申込書にその旨を記載する。

(6) 補助の額

会長は臨床研修審査会において、(5)による代替薬剤師の直接確保について必要な審査を

行わせ、決定させるものとする。

なお、直接確保における補助の額は、派遣業者の支払い額の2分の1（臨床基礎コース1人当たり50万円、臨床専門コース75万円を限度額とする。）とする。

なお、派遣業者からの確保の場合は、支払後、支払証明書の写しを県薬に提出すること。

第4 その他

1 その他特記事項

- (1) 県薬研修派遣の申込者、研修派遣者及び代替薬剤師は、本制度の運用にあたって知り得た個人情報を第三者に漏らしてはならない。
- (2) 本要領に定めがない事項については、臨床研修審査会の審議を経て別に定める。

附 則

- 1 本要領は、平成27年8月4日から施行する。
- 2 本要領は、平成28年4月1日から施行する。
- 3 本要領は、平成28年9月6日から施行する。
- 4 本要領は、平成29年3月17日から施行する。

佐賀県薬剤師会臨床研修（基礎コース）申込書

平成 年 月 日

一般社団法人佐賀県薬剤師会会長 殿

標記について、以下のとおり申込みます。

申込者	開設者・法人代表者										
	勤務先名称										
	所在地				-						
代替薬剤師の希望	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない										
	(希望する場合)	派遣希望期間：									
		その必要性：									
研修申込の確認	以下の者が佐賀県薬剤師会臨床研修制度による研修を行うことを認めます。 (印)										

研修希望者	ふりがな									性別				
	氏名									<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女			
	生年月日	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年	月	日	携帯電話番号								
	メールアドレス	PC：												
		携帯：												
	薬剤師業務歴	～ 現在に至る										計	年	ヶ月
	日薬会員番号													
	自宅所在地				-							TEL () - FAX () -		
病棟診療科の希望	科													
研修期間の希望	年		月	～	年	月								

※診療科及び期間については、希望に添えない場合があります。

問合せ先 佐賀県薬剤師会 担当 者 TEL 0952-23-8931
 FAX 0952-23-8941
 E-mail info@sagayaku.or.jp

佐賀県薬剤師会臨床研修（専門コース）申込書

平成 年 月 日

一般社団法人佐賀県薬剤師会会長 殿

標記について、以下のとおり申込みます。

申込者	開設者・法人代表者											
	勤務先名称											
	所在地				-							
	TEL () - FAX () -											
希望するコース	<input type="checkbox"/> がん専門コース	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
代替薬剤師の希望	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない										
研修申込の確認	以下の者が佐賀県薬剤師会臨床研修制度による研修を行うことを認めます。 (印)											

研修希望者	ふりがな											性別				
	氏名											<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女			
	生年月日	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> H	年	月	日	携帯電話番号									
	メールアドレス	PC :														
		携帯 :														
	薬剤師業務歴	～ 現在に至る												計	年	ヶ月
日薬会員番号																
自宅所在地				-												
	TEL () - FAX () -															
研修期間の希望	年 月 ～ 年 月															

※研修期間については、研修実施医療機関と調整のうえ決定しますので、希望に添えない場合があります。

問合せ先 佐賀県薬剤師会 TEL 0952-23-8931
 担当者 FAX 0952-23-8941
 E-mail info@sagayaku.or.jp