

佐賀大学医学部附属病院 薬局薬剤師臨床研修制度実施要領

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、佐賀大学医学部附属病院（以下、当院）では、「薬剤師臨床研修制度」（以下「本制度」という。）を創設し、高度医療提供機関における効果的な薬物療法を実施するための知識・技能を習得させることにより、地域医療を担う質の高い薬剤師を育成し、地域医療体制の充実を図る。

2 臨床研修の種類

基礎、及び応用の2つのステージからなる高度医療機関における臨床研修により、能力の高い薬局薬剤師の Generalist としての育成を行う。

3 研修の実施部署

当院薬剤部、及び本研修の実施への合意が得られた診療科等とする。

4 臨床研修の対象者

本制度の研修対象者は、次のすべてを満たしていることとする。

- ① 佐賀県内の薬局に勤務しているもの
- ② 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
- 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

各6か月間の研修機関からなる以下の2つのステージについて、計1年間の研修期間とする。

(1) 基礎コース

原則、10月～3月の6か月間とし、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。

(2) 応用コース

基礎コース終了後に継続して4月～9月の6か月間コースとし、基礎コースの研修の拡充を図るものとする。

ただし、薬剤部長が認めた場合には、開始時期の変更は可能とするが、期間は変更しない。

6 研修修了の認定について

研修者の受講状況、修了に値するスキル、知識等を習得しているかについて、薬剤部長、副部長による審査を実施し、本制度の修了認定書を交付するものとする。

7 研修受け入れ人数

研修受け入れ人数は、基礎コース及び応用コース合わせて一期あたり3名までとする。但し、薬剤部長が認めた場合においてはこの限りではない。

第2 研修者の決定等

1 研修の申込み

薬局開設者は、本制度への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、「薬剤師臨床研修申込書」(様式第1号)を薬剤部長へ提出する。

2 研修者の決定

(1) 薬剤部による審査・決定

研修の申込があった場合は研修申請者に面接審査を行い、研修者を決定するものとする。

(2) 研修者の受け入れ決定等の通知

薬剤部長は、研修者の受け入れ決定等を行ったときは、その結果について申込者に通知する。

3 研修実施医療機関への手続き

(1) 病院長による病院研修受け入れ申請と承諾

薬剤部長の研修の受け入れが決定した後、薬剤師の所属する薬局、及び薬剤師は、当院の定める様式により病院長への申請を行うものとする。

(2) 研修料の支払い

決められた期日までに、当該年度分の研修費用を一括で支払わなければならない。

研修生研修料は国立大学法人佐賀大学料金規程(平成16年4月1日制定)第2条に規定する額とする。ただし、規定する研修生研修料より高額の申し出があるときは、当該申し出の金額をもって研修生研修料とする。

第3 その他

1 その他特記事項

- (1) 本研修の申込者、研修者は、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、薬剤部長、及び副部長の審議を経て別に定める。

附 則

- 1 本要領は、2022年6月1日から施行する。

Generalist 薬剤師 臨床研修

様式第1号

佐賀大学医学部附属病院 薬剤師臨床研修申込書

佐賀大学医学部附属病院 病院長殿

申込日 年 月 日

申込者	開設者・法人代表者											
	勤務先名称											
	所在地				-							
		TEL ()	-	FAX ()	-							
	薬局の機能											
	研修の目的											
	所属長の承認	以下の者が臨床研修を受けることを認めます。 署名 (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											携帯電話番号														
	メールアドレス	PC :																								
		携帯 :																								
	経験年数	薬局薬剤師 :											年	ヶ	月	病院薬剤師 :								年	ヶ	月
	薬剤師名簿登録番号																									
	登録年月日																									
	自宅所在地																									
		TEL ()	-																							
	専門資格等 他特記事項																									
	研修期間											年	月	～	年	月	(基礎研修：6か月間、応用研修：6か月間)									

※別途、履歴書(写真付き)、薬剤師免許証、健康診断書(医師の作成したもの)をご提出ください。

※病院長宛の別紙様式による申請は、基礎研修と応用研修について6か月ごとに必要です。

問合先： 佐賀大学医学部附属病院 薬剤部 TEL 0952-34-2036

提出先： 佐賀大学医学部附属病院 薬剤部長 E-mail: chisatos@cc.saga-u.ac.jp

薬剤部長 承認

署名 _____

押印