厚生労働省

令和５年度卒後臨床研修の効果的な実施のための調査検討事業

 モデル事業実施施設申請書

当施設は、所定の書類を添えて、「令和５年度卒後臨床研修の効果的な実施のための調査検討事業」における、薬剤師卒後臨床研修のモデル事業実施施設として申請いたします。

　　　　令和　　　年　　　月　　　日

施設名

　　　薬剤部科長氏名

＜書類提出責任者＞

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 所属部署・役職 |  |
| 施設住所 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mail |  |

施設・薬剤部概要書

※令和5年2月1日時点の状況について回答をお願いします。

**Ⅰ．施設の概要**

1. 病院の種類 （該当するものにチェックしてください）

□ ①特定機能病院

□ ②精神科病院（許可病床数で、精神病床を80％以上有する）

□ ③療養型病院（許可病床数で、療養病床（医療型＋介護型）を80％以上有する）

□ ④一般病院（許可病床数で、一般病床を80％以上有する）

□ ⑤ケアミックス（①～④以外の病院）

2. 病床数：　　　　　　　床

3. 診療科数：　　　　　　科

**Ⅱ．薬剤部の概要**

1. 勤務薬剤師数：常勤　　 　 名　　非常勤　　 　名（実人数）

令和5年度入職予定　　　　 　名（中途採用入職者を除く）

2．学生実習：令和5年度受入予定　　　　　 名

3. 卒後臨床研修（該当するものにチェックしてください（複数選択可））

□有：レジデント＊（3-1へ）　□有：研修生＊＊（3-2へ）　□無（3-3へ）

|  |
| --- |
| ＊レジデント：プログラムに基づき研修を行う。施設から給与が支給される制度＊＊研修生：大学病院の研修生のように研修費を施設に支払い研修を受ける制度 |

3-1．令和5年度のレジデント数：□在(合計　 　名)　　□不在

 （在の場合の内訳）

　　1年目　 　　名　　　2年目　 　　名 　　その他（　　　　　）　　名

3-2．令和5年度の研修生数：□在(合計　 　名)　　□不在

 （在の場合の内訳）

　　1年目　 　　名　　　2年目　 　　名 　　その他（　　　　　）　　名

3-3. 新人職員の研修プログラム（該当するものにチェックしてください）

□有　（　　　ヶ月）　□無

4. 既卒薬剤師の他施設からの研修受入(専門薬剤師制度等の研修受入含む)

　　□有（4-1）へ　　　　　　　　□無

4-1.令和4年度（令和4年4月1日～令和5年3月31日）の他施設からの研修受入実績を教えてください。

他施設からの研修受入人数　総数　 　　名

例(日本病院薬剤師会　がん薬物療法認定薬剤師)

病院勤務　３ 名　薬局勤務　０　名

・（　　　　　　　　　　　）制度　　　　　病院勤務　　　名　薬局勤務　　　名

・（　　　　　　　　　　　）制度　　　　　病院勤務　　　名　薬局勤務　　　名

・（　　　　　　　　　　　）制度　　　　　病院勤務　　　名　薬局勤務　　　名

・制度と関係なく受入　　　　　　　 　　 病院勤務　　　名　薬局勤務　　　名

|  |
| --- |
| 制度と関係ない受入の受入経緯等： |

卒後臨床研修体制報告書

【病院薬剤師(自施設薬剤師養成を含む)受入型研修】

1. 研修カリキュラムについて

本事業における研修期間である12ヶ月間（令和5年4月3日～令和6年3月29日）に実施予定の研修カリキュラムをA4用紙2枚以内に要約して作成してください。研修内容に特徴がある場合にはそれがわかるように記載してください。ポンチ絵（スライド形式）で作成していただいても構いません。

貴施設ですでに卒後研修・新人研修のカリキュラムを策定されておられる場合は、それも添付してください。

2-1．研修参加人数の合計（自施設・他施設を含む）：　　　　　　名

2-2．研修予定者

　令和5年度（令和5年4月3日～令和6年3月29日）に研修可能な方がいる場合は回答をお願いします。なお、研修対象者は、薬剤師としての実務経験が1年以内であることが原則です。実務経験が1年以上の場合はその旨を記載してください。他施設薬剤師の受入は必須ではございません。

＜自施設薬剤師＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 備考 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

＜他病院薬剤師の受入＞（必須ではございません）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （1） | ①氏名 |  |
|  | ②施設名 |  |
|  | ③施設住所 |  |
|  | ④備考 |  |

3-1．連携予定の保険薬局（在宅訪問実習を可能な限り2週間程度実施してください）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （1） | ①名称 |  |
|  | ②所在地 |  |
|  | ③研修期間 | 日・週間 |
|  | ④特徴 | □在宅訪問 □OTC医薬品の販売 □その他（　　　　　） |
|  | ⑤研修予定内容 |  |

3-2．連携予定の医療機関・介護保険施設等（必須ではございません）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （1） | ①名称 |  |
|  | ②所在地 |  |
|  | ③病床数 |  |
|  | ④研修期間 | 日・週間 |
|  | ⑤機能 | □特定機能病院　□精神科病院　□療養型病院□一般病院　□ケアミックス　□その他（　　　　　　） |
|  | ⑥研修予定内容 |  |

4．新型コロナウイルス感染症により研修に制限がある場合は記載してください。

　□一部受入に制限があるが、研修可能

（例：同じ県内であれば受入可能、ワクチン接種証明書が必要）

　□その他（研修内容が一部変更となる等あれば記載してください）

研修実施薬剤師体制一覧表

* 回答欄が足りない場合は、適宜枠を増やしてください。

研修薬剤師体制一覧表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 薬剤師氏名 | 認定等（ａ～ｍの内、該当するものを記載してください） |
| １ | 研修総括薬剤師 |  | ・・その他（　　　　　　　　　　） |
| ２ | 研修指導薬剤師 |  | ・・その他（　　　　　　　　　　） |
| ３ | 研修指導薬剤師 |  | ・・その他（　　　　　　　　　　） |
| ４ | 研修指導薬剤師 |  | ・・その他（　　　　　　　　　　） |
| ５ | 研修指導薬剤師 |  | ・・その他（　　　　　　　　　　） |
| ６ | 研修指導薬剤師 |  | ・・その他（　　　　　　　　　　） |

* 回答欄が足りない場合は、適宜枠を増やしてください。

ａ．がん薬物療法認定薬剤師

ｂ．感染制御専門薬剤師

ｃ．感染制御認定薬剤師

ｄ．精神科専門薬剤師

ｅ．精神科薬物療法認定薬剤師

ｆ．妊婦・授乳婦専門薬剤師

ｇ．妊婦・授乳婦薬物療法認定薬剤師

ｈ．HIV感染症専門薬剤師

ｉ．HIV感染症薬物療法認定薬剤師

ｊ．がん専門薬剤師（日本医療薬学会）

ｋ．日病薬病院薬学認定薬剤師

ｌ．医療薬学専門薬剤師（日本医療薬学会）

ｍ．薬剤師認定制度認証機構により認証された生涯研修認定薬剤師

　　（例：日本薬剤師研修センター研修認定薬剤師）

卒後臨床研修モデル事業実施誓約書

令和５年度卒後臨床研修の効果的な実施のための調査検討事業モデル事業実施施設として、本施設で研修を希望する者を積極的に受け入れ、所定の研修を実施することを誓約します。

令和　　　　年　　　　月　　　　日

施設名

施設長氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

薬剤部科長氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

＊自筆の場合押印不要です