

各病院管理者 殿

茨城県保健医療部長

茨城県病院薬剤師卒後研修プログラムガイドラインの策定について（通知）

平素より、本県の保健医療行政の推進並びに病院薬剤師の確保対策への御理解と御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、既に御案内のとおり、現在、喫緊の課題となっている県内の病院薬剤師の確保・育成に向け、県で奨学金返済支援事業及び薬学生修学資金貸与事業を進めているところですが、当事業への参加にあたっては、病院が病院薬剤師卒後研修プログラム（以下「研修プログラム」という。）を作成し、採用薬剤師の知識・技能の習得や臨床対応能力を高めることとしております。

このことから、研修プログラムの基本的な作成指針として、「茨城県病院薬剤師卒後研修プログラムガイドライン（以下「ガイドライン」という。）」及び「病院薬剤師卒後研修プログラム自己評価票」を策定いたしましたので通知します。

つきましては、薬剤師の採用を予定し、奨学金返済支援事業に登録を希望する病院におかれましては、本ガイドライン及び別記を参照のうえ、病院の独自性や特色ある研修プログラムを作成いただき、下記の提出期限までに事務局（薬務課）あて提出をお願いいたします。

なお、奨学金返済支援事業への参加の登録申請につきましては、おって通知することとしておりますので御承知おき願います。また、茨城県病院薬剤師確保連絡協議会（以下「連絡協議会」という。）に参加している病院におかれましては、研修プログラムの作成の際に「専門アドバイザー」の支援が受けられますので、必要時、事務局までお問い合わせください。

最後に、本ガイドラインは当事業の参加にかかわらず、全ての病院薬剤師の育成、教育プログラム作成の際にも参考になりますので、是非御活用ください。

記

《 研修プログラムの提出期限 》

	提出期限	プログラム部会開催予定日	ホームページ公開予定日
1回目	令和6年 9月19日(木)	令和6年 9月26日(木)	令和6年 9月30日(月)
2回目	令和6年 10月18日(金)	令和6年 10月25日(金)	令和6年 10月29日(火)
3回目	令和7年 1月16日(木)	令和7年 1月23日(木)	令和7年 1月27日(月)

※ 連絡協議会参加病院は専門アドバイザーへの相談が可能

<事務局・問い合わせ先>
茨城県保健医療部医療局薬務課（担当：照沼、小澤）
TEL：029-301-3393
FAX：029-301-3399
Email:iba-yakuzaisaitaisaku@pref.ibaraki.lg.jp

(別記)

病院薬剤師卒後研修プログラム作成上の注意点について

当研修プログラムは、薬剤師卒後研修プログラム部会（以下「プログラム部会」という。）の承認を得ることが条件となっております。研修プログラムの審査から公開までの流れや研修プログラム作成上の注意点を以下のとおりまとめましたのでご確認願います。

1 研修プログラムの審査から公開までの流れ

- ・ プログラム部会で、研修プログラム及び研修プログラム自己評価票を審査し、承認を行います。
- ・ 令和7年度以降、プログラム部会の開催は、年2回（7月下旬・1月下旬）程度を予定しております。
- ・ 研修プログラムが承認要件を満たした場合、研修プログラムの概要版（詳細版については別リンクに掲載予定）を県のホームページに公開します。

2 研修プログラムの提出期限

研修プログラムの審査は、随時受け付けを行います。

なお、プログラム部会が審査対象とする研修プログラムは、プログラム部会を開催する1週間前までに事務局に提出されたものとします。

3 プログラム部会への提出書類

(1)研修プログラム

(2)研修プログラム自己評価票（様式第1号）

(3)研修プログラム概要版（様式第2号）

4 プログラム部会への提出方法

- ・ (1)～(3)それぞれにPDF※ファイルにします。
- ・ 電子データにより事務局のEmail アドレス宛に送信します。

※ PDF ファイルの変換ができない場合には、Word ファイルで提出することも可能です。

5 作成上の注意事項

(1) 薬学生修学資金貸与事業を活用した修学生及び奨学金返済支援事業を活用した修学生及び既卒薬剤師の採用について

当該事業を活用した修学生及び既卒薬剤師の採用を希望する場合には、該当者が就職を検討する頃までに研修プログラム等を県のホームページに公開できるように準備してください。

(2)研修プログラム

①作成について

- ・ ガイドラインを参考に、「必修項目」9項目と「選択項目」複数項目で作成してください。P22以降の作成例を参照してください。
- ・ 選択研修項目(21)その他は、(1)～(20)に該当せず、対象者の資質の向上を図ることを目的とした病院独自の研修項目であり、適切な研修期間及び研修方法を設定してください。

- ・ 奨学金を返済する又は修学資金の貸与を受けた期間の2分の3の期間（以下「勤務義務期間」という。）の最大期間となる9年間で作成します。

②研修内容の変更について

- ・ 研修項目等を変更する場合には、研修プログラムを実施する前までに、変更届（様式第3号）により事務局に遅滞なく提出してください。
- ・ 奨学金返済支援事業の対象者の返済状況により、勤務義務期間が9年間よりも短くなる場合は、対象者と調整のうえ、研修プログラム実施期間を短縮することが可能です。ただし、勤務義務期間の短縮等の変更については、事務局へ変更届（様式第3号）を提出してください。（なお、各研修項目の「期間（目安）」の変更（短縮等）に限っては、事務局への変更届の提出は不要です。）

(3)研修プログラム自己評価票

①作成について

- ・ 各病院において作成した研修プログラムを評価し、研修プログラム自己評価票（様式第1号）に記載します。
- ・ 「病院が選択した研修項目」欄は、次の例のように記載します。
【例】（11）臨床研究（21）その他を選択する場合 →（11）（21）
- ・ 小項目の適否欄は、「適」「検討中」「否」をプルダウンから選択します。
- ・ 「項目の有無」は項目ごとに承認要件が満たされた場合に「○」が表示されます。
- ・ 承認要件が満たされた場合には、病院名の枠の欄に「承認要件が満たされています」が表示されます。
- ・ 小項目のうち、「検討中」の項目がある場合には、研修者が研修プログラムを実施するまでに当該項目を決定してください。

②研修内容の変更について

- ・ 「検討中」の項目の内容が決定し、研修プログラム自己評価票（様式第1号）の小項目の適否欄が「適」になった場合には、変更届（様式第3号）により事務局に遅滞なく提出してください。

(4)研修プログラム概要版

- ・ 「茨城県病院薬剤師卒後研修プログラムガイドライン」P23、32、41を参考に作成してください。
- ・ 研修プログラム概要版（様式第2号）の提出は、A4版1枚とします。

※ご不明な点等ございましたら、事務局までお問い合わせください。