

薬剤師臨床研修手順書

1. 目的

本手順書は、厚生労働省「薬剤師臨床研修ガイドライン」および岐阜県病院薬剤師会が策定する「岐阜県薬剤師臨床研修プログラム」に基づき、薬剤師としての臨床能力を体系的に育成することを目的とする。患者中心の医療を実践できる薬剤師を育成するため、施設内での研修を計画的かつ効果的に実施するための運用指針を示す。

2. 対象者

- 新規採用薬剤師（臨床経験1年未満）
- 臨床研修を希望する既卒薬剤師（施設判断による）

3. 研修期間

- 原則1年間
- 施設の状況に応じて短縮・延長を含め2年以内で柔軟に調整可能

4. 研修体制

| 役割 | 担当者 | 主な業務 |
|-------|--------------|--------------------|
| 研修責任者 | 薬剤部長または教育担当者 | 研修全体の統括、進捗管理、修了認定 |
| 指導薬剤師 | 各部門責任者 | OJT指導、面談、評価記録作成 |
| 研修担当者 | 教育係または事務担当 | スケジュール管理、記録保管、外部連携 |

5. 研修内容

5.1 必須研修項目（知事認定プログラム準拠）

| 項目 | 内容 | 確認方法 |
|-------|---|------------|
| 調剤業務 | 処方箋鑑査、疑義照会、調剤、服薬指導、基本的な相互作用の確認など | 研修実施記録の提出※ |
| 医薬品管理 | 在庫管理、納品、廃棄、保管、薬価制度の基礎理解（高額薬剤の適正管理を含む）など | |

| 項目 | 内容 | 確認方法 |
|-------|--|------------|
| 医薬品情報 | DI 業務、情報収集・提供、医薬品変更対応など | 研修実施記録の提出※ |
| 医療安全 | インシデント報告、ヒヤリハット事例学習、事例分析、ラウンド参加など | |
| 感染制御 | ICT・AST 業務（ラウンド、カンファレンス参加など）、抗菌薬 TDM の必要性の理解など | |
| 病棟業務 | 服薬指導、持参薬確認、回診・カンファレンス参加、TDM 値の基本的な見方の習得など | |
| 無菌調製 | 抗がん剤・高カロリー輸液の調製など | |
| チーム医療 | NST、緩和ケア、褥瘡チームなど（回診・カンファレンス参加など） | |
| 地域連携 | 退院時指導、薬剤管理サマリー作成など | |

※研修実施記録の提出については、各施設で使用している記録用紙がある場合には、その様式をご使用いただき差し支えありません。

5.2 選択研修項目（実施が望ましいが、施設状況に応じて調整可能）

- がん領域：レジメン管理、副作用モニタリング
- 精神科領域：向精神薬の服薬支援、副作用評価
- 小児・高齢者領域：年齢特性に応じた薬物療法
- 災害医療・BCP：災害時の薬剤師の役割理解

6. 研修方法

- OJT（On-the-Job Training）：日常業務を通じた実践指導
- ローテーション研修：病棟、外来、DI 室など
- ケーススタディ：症例検討・発表
- 外部研修・学会参加：県病薬研修、学会等への参加
- パートナー施設との共同研修：自施設にて教育が難しい必須項目など

7. 研修評価

7.1 評価項目と方法

| 評価項目 | 方法 | 実施頻度 |
|--------|----------------|----------------------------|
| 到達目標評価 | 厚労省様式 I・II に準拠 | 四半期ごと、または該当施設において研修が終了した時点 |
| 面談記録 | 指導薬剤師との個別面談 | 1～3 ヶ月に 1 回 |
| 研修記録 | ポートフォリオ形式 | 原則 月 1 回 |
| 自己評価 | 研修生による振り返り | 四半期ごと、または該当施設において研修が終了した時点 |

7.2 評価様式

- 様式 I：研修到達目標チェックリスト
- 様式 II：研修記録・自己評価シート
- 様式 III：面談記録
- 様式 IV：研修修了報告書

8. 研修修了の認定

- 必須項目の達成（様式 I で確認）
- 選択項目のうち施設指定分の達成
- 研修記録・評価シートの提出完了
- 指導責任者による最終面談と承認

9. 書式・様式管理

- 研修担当者が様式を管理・保管
- 電子記録または紙媒体で保存（施設方針による）
- 研修期間終了後に研修記録をまとめ、施設内で報告

10. 留意事項

- 施設の機能・人員体制に応じて柔軟に運用する
- ガイドライン改訂に応じて内容を見直す
- 研修生の個性・成長に応じた指導を行う
- 研修中の安全管理・メンタルケアに配慮する

様式 I

研修到達目標チェックリスト

1. 研修生情報

- 氏名：
- 所属施設：
- 研修期間： 年 月 ～ 年 月

2. 到達目標チェックリスト

(指導薬剤師が「達成」/「未達成」を評価。※「未達成」の場合はコメントを記載)

| 区分 | 到達目標 | 評価 |
|-------|-----------------------|--|
| 調剤業務 | 処方箋鑑査が適切に行える | <input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 未達成 |
| | コメント | |
| | 疑義照会を適切に判断・実施できる | <input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 未達成 |
| | コメント | |
| | 調剤・監査を正確に行える | <input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 未達成 |
| | コメント | |
| 医薬品管理 | 在庫管理・発注・期限管理を理解し実施できる | <input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 未達成 |
| | コメント | |
| 医薬品情報 | DI 業務（情報収集・提供）が実施できる | <input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 未達成 |
| | コメント | |
| | 医薬品変更時の情報整理・伝達ができる | <input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 未達成 |
| | コメント | |

| 区分 | 到達目標 | 評価 |
|-------|--------------------------------|--|
| 病棟業務 | 服薬指導を患者背景に応じて実施できる | <input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 未達成 |
| | コメント | |
| | 持参薬確認・相互作用評価ができる | <input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 未達成 |
| | コメント | |
| 無菌調製 | 抗がん剤・高カロリー輸液の無菌調製が安全に行える | <input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 未達成 |
| | コメント | |
| 感染制御 | ICT/AST ラウンドに参加し、薬剤師の役割を理解している | <input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 未達成 |
| | コメント | |
| チーム医療 | NST・緩和ケア等で薬学的介入ができる | <input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 未達成 |
| | コメント | |
| 地域連携 | 退院時指導・薬剤管理サマリー作成ができる | <input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 未達成 |
| | コメント | |

3. 総合評価

- 総合評価：十分達成 概ね達成 要継続
- 指導薬剤師コメント

4. 確認

- 指導薬剤師：所属施設

署名

／印

- 研修責任者：所属施設

署名

／印

- 日付： 年 月 日

様式Ⅱ

研修記録・自己評価シート

1. 研修生情報

- 氏名：
- 所属施設：
- 研修期間： 年 月 ～ 年 月

2. 月次研修記録（ポートフォリオ形式）

_____月

●実施した研修内容

●学んだ点・気づき

●今後の課題

指導薬剤師コメント

3. 自己評価

●到達度・成長点

●今後の目標

4. 確認

- 指導薬剤師：所属施設

署名

／印

- 研修責任者：所属施設

署名

／印

- 日付： 年 月 日

様式Ⅲ

面談記録（指導薬剤師・研修生）

1. 面談情報

研修生

- 氏名：
- 所属施設：
- 研修期間： 年 月 ～ 年 月

指導薬剤師

- 氏名：
- 所属施設：

面談日： 年 月 日

2. 面談内容

① 現在の到達状況

② 強み・成長が見られた点

③ 課題・改善が必要な点

④ 次回面談までの目標

⑤ 指導薬剤師コメント

4. 確認

- 指導薬剤師：所属施設

署名

／印

- 研修責任者：所属施設

署名

／印

- 日付： 年 月 日

様式IV

研修修了報告書

1. 研修生情報

氏名：

所属：

研修期間： 年 月 ～ 年 月

2. 研修成果のまとめ（研修生記入）

① 必須項目の達成状況：

② 選択項目の実施内容：

③ 研修を通じて得られた知識・技能：

④ 今後の課題・目標：

3. 指導薬剤師による評価

総合評価： 修了認定 条件付き修了 未修了

コメント：

4. 研修責任者承認

- 指導薬剤師：所属施設

署名

／印

- 研修責任者：所属施設

署名

／印

- 日付： 年 月 日