

令和5年4月27日

保険薬局薬剤師 各位

公益社団法人新潟県薬剤師会  
会長 荻野 構一

令和5年度第7回関東地区調整機構主催認定実務実習指導薬剤師養成ワークショップ  
(薬学教育者ワークショップ) の開催について (ご案内)

平素より、当会の会務に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

このたび、認定実務実習指導薬剤師を養成するための標記ワークショップを関東地区調整機構が主催し、当会をはじめとする5団体が共催して、下記のとおり開催いたします。

つきましては、当会では新潟県内の薬局薬剤師27名の参加を募集いたします。参加を希望される方は、下記により県薬事務局へお申込みください。

記

共 催 : 薬学教育協議会、関東地区調整機構、新潟薬科大学、新潟県薬剤師会、新潟県病院薬剤師会

日 程 : 第1日目 令和5年7月29日(土) 9時~18時55分(受付8時20分~)  
第2日目 令和5年7月30日(日) 9時~18時

場 所 : 新潟薬科大学(新潟市秋葉区東島265-1 TEL 0250-25-5000)

参 加 者 : 薬局薬剤師27名、病院薬剤師20名、大学教員2名 合計47名

当会が募集する新潟県内の薬局薬剤師は27名です。申込多数の場合は、申込内容を考慮して選考させていただきますのでご了承ください。

応募資格 : 別紙をご確認ください。

申込方法 : 以下のグーグルフォームからお申込みください。

URL <https://forms.gle/GE6BJyxilyQDod37A>



申込締切 : 5月16日(火) 必着

参加費 : 15,000円(資料代・昼食代を含みます)

その他 :

○ 宿泊希望の場合は、各自で手配をお願いします。

その他詳細は、参加決定者に直接お知らせいたします。

○ 参加費は、参加決定後にお知らせいたしますので、事前にコンビニ決済をお願いします。

○ 今回は、情報交換会を兼ねた懇親会は開催いたしません。

○ 全日程の参加及び薬学生実務実習を受入れることを前提に、お申し込みくださるようお願いいたします。

○ 応募要件の確認のため「実務経験年数」を記入してください。(通算年数を1日7時間勤務で換算してください。病院→薬局などの異動がある場合は合計年数をご記入ください。)

○ JPALS 研修会コードは15-2023-0001-100です。

○ 別途、長野県、群馬県で開催される第6回、第8回ワークショップの開催案内もお送りしています。いずれも重複してお申込みいただくことが可能です。新潟県のワークショップには定員以上の参加申込が予想されます。ぜひ長野県・群馬県での受講もご検討ください。

# 認定実務実習指導薬剤師養成ワークショップ(薬学教育者ワークショップ) 参加申込 チェック項目(新潟県 薬局薬剤師用)

認定実務実習指導薬剤師になるには、基本的素養(1)を有し、また実務経験及び勤務状況等について所定の要件(2)を満たすことが求められています。

下記要件を満たしていることをご確認のうえ、グーグルフォームからお申込みください。

申込フォーム <https://forms.gle/GE6BJyxi1yQDod37A>

## (1)基本的素養

認定実務実習指導薬剤師は次の素養を有する者とする。

- 十分な実務経験を有し薬剤師としての本来の業務を日常的に行っている。
- 薬剤師を志す学生に対する実習指導に情熱を持っている。
- 常日頃から職能の向上に努めている。
- 実習の成果について適正な評価ができる。
- 認定取得後も継続的かつ日常的に薬剤師実務に従事する見込みがある。
- 実務実習生の受け入れ期間中、恒常的に指導することができる。

## (2)応募要件

認定実務実習指導薬剤師養成ワークショップ(薬学教育者ワークショップ)に参加するにあたり、アおよびイの要件を満たしていなければならない。

### ア 実務経験

- 薬剤師実務経験<sup>※1</sup>が5年以上ある。
- または、
- 6年制の薬学教育を受け、薬剤師実務経験<sup>※1</sup>が3年以上あるので、事前に受講したい。

※1 病院又は薬局におけるもので、勤務時間数が1週間当たり3日以上かつ20時間以上の場合に限る。

大学院在学中のアルバイト等は含まない。

### イ 勤務状況

- 薬局における薬剤師実務経験が受講申込み時点において継続して3年以上(産休・育休は除く)であり
- 現在薬局に勤務(勤務時間数が1週間当たり3日以上かつ20時間以上の場合に限る。)している。

## (3)以下の項目に該当することが望ましい。

ウ 応募する薬剤師は以下のような施設に所属していることが望ましい。

- (薬局)  薬学実務実習に関するガイドラインが求める地域保健、医療、福祉等に関する業務を積極的にやっている。
- 「健康サポート薬局」の基準と同等の体制を有している。
- 薬学教育モデル・コアカリキュラム(令和4年度改訂版)に示された「代表的な疾患(がん、高血圧症、糖尿病、心疾患、脳血管障害、精神神経疾患、免疫・アレルギー疾患及び感染症をいう)」に関する症例を実習できる体制を整備している。
- 薬剤師賠償責任保険に加入している。

エ 生涯学習システムに参加又は認定を取得していることが望ましい。

- 参加又は認定を取得している。(名称: \_\_\_\_\_ )

## 申込者情報

カタカナ				年齢 <sup>※2</sup>	性別 <sup>※2</sup>	実務経験年数
氏名				歳	男・女	年
薬学部課程	6年制 ・ 4年制			薬剤師登録番号		
勤務先	施設名					
	連絡先	電話			FAX	
	メールアドレス	@				
講習会受講状況 (☑を入れてください)	<input type="checkbox"/> 受講済(受講年月日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 本年度受講予定 <input type="checkbox"/> 本年度受講予定無				貴施設に在籍している 認定実務実習指導薬剤師人数	名
受入意思 (☑を入れてください)	<input type="checkbox"/> 必ず受け入れる <input type="checkbox"/> 現段階での受け入れは困難であるが将来的に受け入れを考えている					

※2 グループ分けの際、なるべく性別・年齢等が偏らないために必要です。