

保険薬局薬剤師がん薬物療法研修実施要綱

1. 基本的事項

(1) 研修の目的

本研修は、がん薬物療法に必要な知識、技能、臨床経験を修得させ、高度な専門性を有する保険薬局薬剤師を養成し、高度な薬学的管理に対応した保険薬局と専門病院との円滑な連携を可能とし、ひいては患者サービスの向上を目的とする。

(2) 研修対象者

- ① 原則として、経口抗がん薬又は、がん薬物療法に対する支持療法薬の処方を応需している保険薬局に勤務している薬剤師で、3年以上の実務経験を有する者。
- ② 本研修対象者は、薬剤師業務全般が行えることに加え、がん患者に対する薬剤管理指導業務及び薬物治療モニタリングの経験を有することが望ましい。
- ③ 日本医療薬学会認定のがん専門薬剤師や日本臨床腫瘍薬学会認定の外来がん治療認定薬剤師を既に取得している者又は取得の意思がある者。

(3) 研修期間

本研修の期間は4週間とする。

(4) 研修費用

研修に要する研修生の費用負担は60,000円+消費税

(5) 募集人数

若干名（応募多数の場合は選考を行う）

2. 研修の内容

研修内容は、日本病院薬剤師会のがん薬物療法認定薬剤師研修事業コアカリキュラムを参考に、講義研修および実技研修ならびに課題研修とする。

(1) 講義研修

- ① 消化器がん、肺がん、乳がん、造血器腫瘍及びその他のがんの一般的知識
- ② 支持療法、緩和ケア、薬物治療モニタリングの概要
- ③ 患者指導や地域連携の留意点
- ④ チーム医療における薬剤師の役割

(2) 実技研修

- ① レジメン監査（注射薬、内服薬）
- ② 外来化学療法センターにおける注射抗がん薬、内服抗がん薬治療に関わる患者指導
- ③ 入院患者の薬剤管理指導
- ④ 薬物治療モニタリングと有害事象への対応
- ⑤ 抗がん薬の無菌注射薬調製及び品質管理

(3) 課題研修

研修期間を通して一定の課題を設定し、研修施設内の報告会等で発表する。課題としては症例報告、診療録調査を含める。

3. 研修修了証書の交付

研修施設は、所定の研修を修了した者に対して、埼玉医科大学総合医療センターが発行する修了証書を研修修了時に交付する。

※本実施要綱は、適宜見直しを行うものとする。

制定 2018年4月28日

保険薬局薬剤師がん薬物療法研修生応募申請書

ふりがな		写真
氏名		
生年月日	年 月 日生 (歳) 男 ・ 女	
所属学会 所属団体		
資格	認定薬剤師、その他	
発 表 論 文 等 (が ん 領 域)	発表論文（筆頭著者： 編、共同著者： 編）	
	学会報告（発表者： 回、共同発表者： 回）	
	研修会、セミナー等の参加	
所 属 施 設 に お け る 業 務 内 容	保険薬局薬剤師としての実務経験： 年 ヶ月 がん患者に対する薬剤管理指導業務及び薬物治療モニタリング経験年数 ：約 年	
	がん薬物療法に関する業務内容（自らの係わり合い）、地域医療連携の取り組みを具体的に記載してください。	

本籍	都道府県	現住所	〒 電話 ()	
学歴	大学 学部 年 月 日 入学、 年 月 日卒業 大学大学院 年 月 日 入学、 年 月 日卒業			
研修歴・勤務歴	勤務期間	施設名		部科名
	～			
薬剤師免許	登録 年 月 日 第 号			
賞罰	1 無 ・ 2 有 (内容)			
健康状態 (既往歴)				

所属施設

施設名	
施設長	(役職：) 氏名：
施設所在地 (連絡先)	〒 電話 () E-mail:

研 修 推 薦 書

埼玉医科大学総合医療センター
病院長 殿

推薦者氏名
研修志望者との関係
所属
職名

印

年 月 日

研 修 志 望 理 由 書

埼玉医科大学総合医療センター
病院長 殿

氏名
所属
職名
電話
E-mail
印

年 月 日

誓 約 書

埼玉医科大学総合医療センター
病院長 殿

私は、貴院で研修するにあたり、次の事項を遵守することを誓約します。

- ☐ 研修にあたっては、貴院職員の指示に従い行動します。
- ☐ 患者様が不快を抱く行動や言動、貴院職員の業務の妨げとなる行為はいたしません。
- ☐ 個人情報の秘密厳守が生じることを理解し、個人情報の保護に関する法律ならびに関連する政省令および貴院規程等を遵守します。
- ☐ 研修で知りえた個人情報以外の情報については、貴院の了解無しに、使用または第三者に開示いたしません。また漏洩、滅失、その他の事故を発生させないよう十分に注意を払います。
- ☐ 感染予防対策については、貴院職員の指示に従います。また体調が不良の場合は研修を自粛します。
- ☐ 施設内は、静かに行動します。
- ☐ 携帯電話は、指定の場所で使用します。
- ☐ 施設内の撮影については、貴院職員の許可を得てから撮影いたします。
- ☐ 研修中の疾病及び事故については、自らの責任で対処します。
- ☐ 研修中に、貴院の施設・設備または患者様等に損害を施設、器物等を毀損した場合は、一切の責任を負います。

*すべて確認し☑を付けて下さい。

年 月 日

所属施設

上記住所

氏名 _____ 印 _____

本人自署の場合は印不要