

平成 30 年 2 月 7 日

会員施設 薬剤部門の長 様

岩手県病院薬剤師会  
会 長 工藤 賢三  
実務実習対策委員会  
委員長 本庄 伸輔

平成 31 年度の病院・薬局実務実習生の受入施設の資料提出について（ご依頼）

時下 ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は本会会務に対し、ご理解ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、病院・薬局実務実習東北地区調整機構委員長から別添のとおり平成 31 年度の受入可能な施設の資料提出の依頼がありました。

つきましては、下記に留意され平成 29 年 2 月 23 日（金）までにご返信くださいますようお願い申し上げます。

#### 記

- 1 資料作成に当たっての留意点（詳細は、添付した資料をご確認下さい）
  - (1) 平成 31 年度以降は実習が 4 期制となり、「薬局⇒病院」の連続した実習になることから病院では第Ⅱ期、第Ⅲ期、第Ⅳ期の実質 3 期間で実施されることとなります。  
第Ⅰ期： 5 月 27 日(月) ～ 8 月 11 日(日)  
第Ⅱ期： 8 月 26 日(月) ～11 月 10 日(日)  
第Ⅲ期： 11 月 25 日(月) ～ 2 月 16 日(日) ※正月休み 1 週間(12/30～1/5)
  - (2) 貴施設で「代表的な 8 疾患」の治療を行っている患者数を質問の基準で回答してください。
  - (3) 貴施設では「実務実習支援 WEB システム」が使用できる（インターネットの接続が可能な）環境であるか否かを回答してください。
  - (4) 契約時に予定している実習費をご記入ください。

#### 2 報告方法

添付した「H31-代表的 8 疾患アンケート(病院)2018 マッチング用(配布用)」に必要事項をご記入のうえ、担当者あて E メールにてご返信願います。

また、当委員会からの連絡用にも使用させていただくためにメールアドレス、受

入が困難な施設におかれましてはその理由（受入施設拡充対策検討のために活用させていただきます）、そして、実務実習指導薬剤師の配置状況をご記入ください。

3 提出先

担当：実務実習対策委員会

副委員長 米澤 裕司（岩手医科大学附属病院薬剤部）

Tel : 019-651-5111(内線 2013)

Fax : 019-654-7560

E-mail : yuji.yonezawa@j.iwate-med.ac.jp

平成31年度 病院実習受入施設リスト(例示)

NO	他地区 早期公表の有 無	コード番号 (岩手県病院薬 剤師会で記入し ます)	病院名	部署名 (局・科)長名	実習担当者			開 設 者			支 部 名	〒	住 所	TEL	FAX	メールアドレス (記入にご協力く ださい)	代表的8疾患への対応											実習費			備考			
					(薬剤部・ 薬剤科・薬 局等)	氏名	役職	氏名	法人名称	役職							代表者氏名	第Ⅱ期 (5/27～ 8/11)	第Ⅲ期 (8/26～ 11/10)	第Ⅳ期 (11/25～ 2/16)	がん <small>(胃腸病、肺癌、乳 癌などを含む)</small>	高血圧症	糖尿病 <small>(合併症を含む)</small>	心疾患	脳血管障害 <small>(脳卒中、脳神経症 などを含む)</small>	精神・神経疾 患 <small>(うつ病、不安障害 などを含む)</small>	免疫・アレルギー疾患 <small>(アレルギー性鼻炎、 喘息、自己免疫疾 患などを含む)</small>	感染症 <small>(インフルエンザ、麻疹、 水痘などを含む)</small>	感染症予防 使用環境	契約予定 実習費		税込みで 契約	税抜きで 契約	
例	○	○○○○	○○大学附属病院	薬剤部	○○○○	薬剤長	○○○○	学校法人○○大学	理事長	○○○○	○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	24	24	24	2	2	3	1	3	3	3	2	3	2	2	2	297,000	○	
例	○	○○○○	○○県立○○病院	薬剤部	○○○○	主任薬剤師	○○○○	○○県(○○県立病院等事業)	○○県知事	○○○○	○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	8	8	8	3	3	3	2	3	3	3	2	2	1	380,000		○		

【お願いと注意事項】  
\*メールアドレスは出来るだけ記入してください。当委員会からの連絡にも使用させていただきますので、確認のため、ご協力よろしくお願いいたします。

\*平成30年度に実習生の受け入れが難しい病院にうかがいます。  
受入が困難な理由をお教えてください。(該当する項目にレ点を付けてください。複数回答可)   レ

回答欄	理 由
a.	病院の方針として受け入れない。
b.	個々の患者に適した薬物療法提案・実施・評価する業務体制が整っていない。
c.	改訂モデル・コアカリキュラムへの対応ができない。
d.	実習生を指導する余裕がない。
e.	指導方法がわからない。
f.	指導薬剤師が退職した。
g.	指導薬剤師が異動・転勤した。
h.	その他 ( )

\*現在、貴院に所属する実務実習指導薬剤師の名前をお書きください。(岩手医大薬学部・附属病院を除く)

	氏 名	認定期限
例	県病太郎	2022/3/31
1		
2		
3		
4		
5		

平成 30 年 1 月 15 日

東北各県病院薬剤師会会長 様  
東北各県薬剤師会会長 様

一般社団法人薬学教育協議会  
病院・薬局実務実習東北地区調整機構  
委員長 工藤 賢三

平成 31 年度の病院・薬局実務実習生の受入施設の資料提出について (依頼)

時下 ますますご清栄のこととお慶び申し上げます

さて、ご存じのとおり、平成 31 年度から、改定モデルコア・カリキュラムに基づいた 4 期制実務実習が開始されることになり、これに伴い実習時期も 2 ヶ月半ほど早く始まることとなります。そこで、当調整機構では、平成 31 年度実務実習を予定している学生と受入施設との割り振り (マッチング) 作業に取り掛かるための準備を例年より前倒して進めたいと考えたところです。

つきましては、同封いたしました CD-R の施設リスト様式に従って、受入れ可能な施設についての資料の作成及びご提示をお願いいたします。

また、平成 31 年度からの改定モデルコア・カリキュラムに基づく実務実習では、「代表的 8 疾患 (別表参照)」について学ぶことが求められており、薬局実習・病院実習と合わせて (どちらか一方でも) 8 疾患全てを履修する必要がありますので、マッチングの際に薬局実習と病院実習の組み合わせが重要となることから、「代表的 8 疾患」への対応状況についてもうかがいたく存じます。

なお、受入施設拡充対策の検討のため、受入不可施設の不可理由の把握にもご配慮いただきますよう併せてお願い申し上げます。

お忙しい中誠に恐縮ですが、メールにて 2 月 2 8 日 (水) までに 下記事務局まで、ご提出いただきますようお願い申し上げます。

- ※ 4 期制実務実習になるに伴い、マッチング作業が困難なることが予想され、受入れ人数を可能な限り各期同じ人数としてご提出をお願いいたします。
- ※ ご提出いただきました施設リストは、マッチング作業の他に薬学教育協議会から発行される「受入施設証」や、東北地区調整機構ホームページに掲載するためのデータといたしますので、施設名等については正式な名称での記載をお願いいたします。

記

提出先 東北地区調整機構事務局 (一般社団法人岩手県薬剤師会 事務局)

Eメール: [ipalhead@rose.ocn.ne.jp](mailto:ipalhead@rose.ocn.ne.jp) (アイ・ピー・イー・イチ・イチ・イー・イー・デー)

事務担当: (一社) 岩手県薬剤師会 事務局  
担当 藤村祥  
〒020-0876 岩手県盛岡市馬場町 3-12  
Tel: 019-622-2467 fax: 019-653-2273  
E-mail: [ipalhead@rose.ocn.ne.jp](mailto:ipalhead@rose.ocn.ne.jp)

今回の様式（平成 31 年度実務実習対応）では、以下の項目が変更・追加となっておりますので、ご確認の上、ご対応いただきますようお願いいたします。

#### 1. 「受入れ可能人数」について

薬局は「第Ⅰ期、第Ⅱ期、第Ⅲ期」、病院は「第Ⅱ期、第Ⅲ期、第Ⅳ期」となります。

※ 可能な限り各期同じ人数でご提示をお願いします。但し、同じ人数の提示により施設の受け入れ枠が減ることは割り振り作業上、好ましくありません。その場合には、これまでどおり各期の最大受け入れ人数を記入して下さい。

#### 2. 「代表的な 8 疾患」等への対応状況について

##### (1) 病院

各施設で当該疾患（別表「代表的 8 疾患」参照のこと。なお、「当該疾患」には、合併症も含む。）の治療を行っている患者数について、次の基準で回答願います。

- 3：常時複数の当該疾患の入院患者がいる
- 2：当該疾患の患者がいるが少数である
- 1：当該疾患の患者はいない時が多い
- 0：当該疾患の患者はほとんどいない

##### (2) 薬局

①各薬局の当該疾患（別表「代表的 8 疾患」参照のこと）の治療薬を含む処方箋枚数について、次の基準で回答願います。

- 3：当該疾患の処方箋 6 枚以上/月
- 2：当該疾患の処方箋 1～5 枚程度/月
- 1：他の薬局に依頼可能
- 0：対応不可

②一般用医薬品販売及び在宅医療への対応状況について、次の基準で回答願います。

- 2：対応可、
- 1：他の薬局に依頼可能、
- 0：対応不可

#### 3. 「実務実習支援WEBシステム使用環境」について

東北地区の各大学では、実施計画書、進捗状況の確認、実習日誌、実習の出欠確認、評価に「実務実習支援WEBシステム」を利用する予定にしております。本システムはインターネット接続環境が必須となります。各施設の規則に基づき指導担当者及び実務実習学生が施設の端末を利用してインターネット接続ができる環境であるかをお知らせ下さい。

- 2：使用できる環境である」
- 1：平成 31 年度実務実習開始までに整備予定である」
- 0：使用できない環境である」

#### 4. 「実習費」について

契約時に予定している実習費をご記入下さい。税込みでの契約、税抜きでの契約がわかるようどちらかに○をご記入下さい。

（※実習費については、マッチング及び事務局の資料とし、非公開といたします。）

## 別表

### 「改訂モデルコア・カリキュラム実務実習における代表的 8 疾患」

代表的 8 疾患	具体的な疾患名の例
が ん	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 各種 固形がん、各種 血液がん</li> <li>・ がんの支持療法、緩和ケアを含む</li> </ul>
高血圧症	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本態性高血圧、二次性高血圧、等</li> </ul>
糖尿病	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ I 型・II 型糖尿病</li> <li>・ 糖尿病の合併症</li> </ul>
心疾患	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 不整脈、虚血性心疾患、心不全、等</li> <li>・ 閉塞性動脈硬化症、弁膜症 含む</li> </ul>
脳血管障害	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 脳虚血性疾患、脳内出血、くも膜下出血</li> <li>・ 脳血管障害の予防ならびに後遺症対策を含む</li> </ul>
精神神経疾患	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 統合失調症、うつ・躁病、不安障害、適応障害、等</li> <li>・ てんかん、認知症</li> <li>・ せん妄、不眠症を含む</li> </ul>
免疫・アレルギー疾患	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ アレルギー疾患各種（アトピー性皮膚炎、花粉症、気管支喘息、結膜炎を含む）</li> <li>・ 各種 自己免疫性疾患各種</li> <li>・ 臓器移植後の拒絶反応の予防を含む</li> </ul>
感染症	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 各種 細菌感染症</li> <li>・ 各種 ウイルス感染症（インフルエンザ含む）</li> <li>・ 各種 真菌感染症（皮膚真菌症含む）</li> </ul>

平成31年度実務実習実施日程(原則)

第Ⅰ期 2/25(月)～5/12(日)			第Ⅱ期 5/27(月)～8/11(日)			第Ⅲ期 8/26(月)～11/10(日)			第Ⅳ期 11/25(月)～2/16(日)			
平成31年			平成32年			平成32年			平成32年			
2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
1 金		1 月 6	1 水	1 土	1 月 6	1 木	1 日	1 火	1 金	1 日	1 水	1 土
2 土	2 土	2 火	2 木	2 日	2 火	2 金	2 月 2	2 水	2 土	2 月 2	2 木	2 日
3 日	3 日	3 水	3 金	3 月 2	3 水	3 土	3 火	3 木	3 日	3 火	3 金	3 月 10
4 月	4 月 2	4 木	4 土	4 火	4 木	4 日	4 水	4 金	4 月 11	4 水	4 土	4 火
5 火	5 火	5 金	5 日	5 水	5 金	5 月 11	5 木	5 土	5 火	5 木	5 日	5 水
6 水	6 水	6 土	6 月 11	6 木	6 土	6 火	6 金	6 日	6 水	6 金	6 月 6	6 木
7 木	7 木	7 日	7 火	7 金	7 日	7 水	7 土	7 月 7	7 木	7 土	7 火	7 金
8 金	8 金	8 月 7	8 水	8 土	8 月 7	8 木	8 日	8 火	8 金	8 日	8 水	8 土
9 土	9 土	9 火	9 木	9 日	9 火	9 金	9 月 3	9 水	9 土	9 月 3	9 木	9 日
10 日	10 日	10 水	10 金	10 月 3	10 水	10 土	10 火	10 木	10 日	10 火	10 金	10 月 11
11 月	11 月 3	11 木	11 土	11 火	11 木	11 日	11 水	11 金	11 月	11 水	11 土	11 火
12 火	12 火	12 金	12 日	12 水	12 金	12 月	12 木	12 土	12 火	12 木	12 日	12 水
13 水	13 水	13 土	13 月	13 木	13 土	13 火	13 金	13 日	13 水	13 金	13 月 7	13 木
14 木	14 木	14 日	14 火	14 金	14 日	14 水	14 土	14 月 8	14 木	14 土	14 火	14 金
15 金	15 金	15 月 8	15 水	15 土	15 月 8	15 木	15 日	15 火	15 金	15 日	15 水	15 土
16 土	16 土	16 火	16 木	16 日	16 火	16 金	16 月 4	16 水	16 土	16 月 4	16 木	16 日
17 日	17 日	17 水	17 金	17 月 4	17 水	17 土	17 火	17 木	17 日	17 火	17 金	17 月
18 月	18 月 4	18 木	18 土	18 火	18 木	18 日	18 水	18 金	18 月	18 水	18 土	18 火
19 火	19 火	19 金	19 日	19 水	19 金	19 月	19 木	19 土	19 火	19 木	19 日	19 水
20 水	20 水	20 土	20 月	20 木	20 土	20 火	20 金	20 日	20 水	20 金	20 月 8	20 木
21 木	21 木	21 日	21 火	21 金	21 日	21 水	21 土	21 月 9	21 木	21 土	21 火	21 金
22 金	22 金	22 月 9	22 水	22 土	22 月 9	22 木	22 日	22 火	22 金	22 日	22 水	22 土
23 土	23 土	23 火	23 木	23 日	23 火	23 金	23 月 5	23 水	23 土	23 月 5	23 木	23 日
24 日	24 日	24 水	24 金	24 月 5	24 水	24 土	24 火	24 木	24 日	24 火	24 金	24 月
25 月 I-1	25 月 5	25 木	25 土	25 火	25 木	25 日	25 水	25 金	25 月 IV-1	25 水	25 土	25 火
26 火	26 火	26 金	26 日	26 水	26 金	26 月 III-1	26 木	26 土	26 火	26 木	26 日	26 水
27 水	27 水	27 土	27 月 II-1	27 木	27 土	27 火	27 金	27 日	27 水	27 金	27 月 9	27 木
28 木	28 木	28 日	28 火	28 金	28 日	28 水	28 土	28 月 10	28 木	28 土	28 火	28 金
	29 金	29 月 10	29 水	29 土	29 月 10	29 木	29 日	29 火	29 金	29 日	29 水	29 土
	30 土	30 火	30 木	30 日	30 火	30 金	30 月 6	30 水	30 土	30 月	30 木	
	31 日		31 金		31 水	31 土		31 木		31 火	31 金	

\* 正月休み1週間(12/30～1/5)