

表1 対象患者の背景因子

性別	
男性	45 (64.3%)
女性	25 (35.7%)
平均年齢 (標準偏差)	
中央値 (最小～最大)	45.1 (10.7)
43.5 (27～69)	
精神科主診断 (ICD-10)	
統合失調症圏 (F2)	26 (37.1%)
気分障害 (F3)	38 (54.3%)
双極性障害 (F30/F31)	29 (41.4%)
大うつ病性障害 (F32/F33)	8 (11.4%)
気分変調性障害 (F34)	1 (1.4%)
不安障害 (F4)	5 (7.1%)
てんかん (G40)	1 (1.4%)
施設	
ひもろぎ心のクリニック	
茜調剤薬局巣鴨店	41 (58.6%)
萩原薬局	4 (5.7%)
住吉病院	
池川薬局	25 (35.7%)
平均薬局利用期間 (年, 標準偏差)	
中央値 (年, 最小～最大)	6.0 (5.6)
4.0 (0～21.8)	
副作用モニタリング実施回数	
2回	8 (11.4%)
3回	35 (50.0%)
4回	13 (18.6%)
5回	7 (10.0%)
6回以上	7 (10.0%)
平均観察期間 (日, 標準偏差)	
中央値 (日, 最小～最大)	61.1 (15.0)
57 (14～120)	

表2 薬剤師報告による副作用の出現頻度

(1) 精神系副作用

副作用	なし	1種類	2種類	3種類	4種類
登録時	25 (35.7%)	24 (34.3%)	12 (17.1%)	7 (10.0%)	2 (2.9%)
終了時	35 (50.0%)	26 (37.1%)	6 (8.6%)	3 (4.2%)	0 (0.0%)

(2) 錐体外路系副作用

副作用	なし	1種類	2種類
登録時	62 (88.6%)	5 (7.1%)	3 (4.3%)
終了時	65 (92.9%)	2 (2.9%)	3 (4.3%)

(3) 自律神経症状

副作用	なし	1種類	2種類	3種類	4種類	5種類	6種類	7種類
登録時	28 (40.0%)	18 (25.7%)	13 (18.6%)	7 (10.0%)	0 (0.0%)	2 (2.9%)	1 (1.4%)	1 (1.4%)
終了時	32 (45.7%)	21 (30.0%)	7 (10.0%)	5 (5.7%)	1 (1.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

(4) 性機能障害

副作用	なし	1種類	2種類
登録時	61 (87.1%)	9 (12.9%)	0 (0.0%)
終了時	66 (94.3%)	3 (4.3%)	1 (1.4%)

(5) その他の副作用

副作用	なし	1種類	2種類
登録時	52 (74.3%)	16 (22.9%)	2 (2.9%)
終了時	62 (88.6%)	8 (11.4%)	0 (0.0%)

ご記入ください → 平成____年____月____日 お名前 _____

別紙 1

* 最近 7 日間に見られた症状について、例のように○をつけてください。

		左の症状について、以下の いずれかに○をつけてください。 ×－特に感じない 1－気にならないぐらい 2－少し不快である 3－とても不快である 4－たえられないぐらい				左の症状は、使用した 薬と関係があると思いますか？ いずれかに○をつけてください。 1－関係がない 2－たぶん関係がない 3－たぶん関係ある 4－絶対に関係ある				
例	髪の毛が抜ける	⊗	1	2	3	4	1	2	3	4
例	歯ぐきから血が出る	×	1	2	③	4	1	②	3	4
1	頭痛	×	1	2	3	4	1	2	3	4
2	口が渇く	×	1	2	3	4	1	2	3	4
3	だるさ、疲れやすい	×	1	2	3	4	1	2	3	4
4	めまい	×	1	2	3	4	1	2	3	4
5	便秘	×	1	2	3	4	1	2	3	4
6	目のかすみ	×	1	2	3	4	1	2	3	4
7	ふるえ	×	1	2	3	4	1	2	3	4
8	吐き気	×	1	2	3	4	1	2	3	4
9	食欲の低下	×	1	2	3	4	1	2	3	4
10	動悸	×	1	2	3	4	1	2	3	4
11	不安や緊張	×	1	2	3	4	1	2	3	4
12	不眠	×	1	2	3	4	1	2	3	4
13	汗をかきやすい	×	1	2	3	4	1	2	3	4
14	尿が出にくい・トイレに近い	×	1	2	3	4	1	2	3	4
15	性機能の障害 (性欲低下・生理不順など)	×	1	2	3	4	1	2	3	4
16	かぜをひきやすい	×	1	2	3	4	1	2	3	4
17	食欲増加	×	1	2	3	4	1	2	3	4
18	眠気	×	1	2	3	4	1	2	3	4
19	下痢	×	1	2	3	4	1	2	3	4
20	皮膚の問題 ()	×	1	2	3	4	1	2	3	4
21	その他 ()	×	1	2	3	4	1	2	3	4

①副作用（該当する症状をチェックしてください）

（ 年 月 日）

精神系副作用	<input type="checkbox"/> ジストニア	<input type="checkbox"/> 無月経
<input type="checkbox"/> 集中困難	<input type="checkbox"/> ジスキネジア	<input type="checkbox"/> 乳汁漏出症
<input type="checkbox"/> 易疲労感		<input type="checkbox"/> 女性化乳房
<input type="checkbox"/> 眠気/鎮静	自律神経症状	<input type="checkbox"/> 性欲亢進
<input type="checkbox"/> 記憶障害	<input type="checkbox"/> 調節障害	<input type="checkbox"/> 性欲低下
<input type="checkbox"/> 抑うつ	<input type="checkbox"/> 唾液分泌低下	<input type="checkbox"/> 勃起機能不全
<input type="checkbox"/> 緊張/内部不穏	<input type="checkbox"/> 悪心/嘔吐	<input type="checkbox"/> 射精障害
<input type="checkbox"/> 睡眠時間の延長	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> オルガズム機能不全
<input type="checkbox"/> 睡眠時間の減少	<input type="checkbox"/> 便秘	
<input type="checkbox"/> 夢活動の亢進	<input type="checkbox"/> 排尿障害	その他の副作用
	<input type="checkbox"/> 多尿/多飲症	<input type="checkbox"/> 皮膚症状（ ）
錐体外路系副作用	<input type="checkbox"/> 起立性めまい	<input type="checkbox"/> 体重増加
<input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 動悸/頻脈	<input type="checkbox"/> 体重減少
<input type="checkbox"/> 動作緩慢	<input type="checkbox"/> 多汗傾向	<input type="checkbox"/> 頭痛
<input type="checkbox"/> 流涎（唾液分泌亢進）		<input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 筋強剛	性機能障害	<input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> アカシジア	<input type="checkbox"/> 月経過多	<input type="checkbox"/> その他（ ）
備考：		

研究を終えるにあたって

今回の研究について、あなたの御意見をお聞かせください。以下の問について、あてはまるもの1つに○を付けて下さい。御協力お願い致します。

問1 今回の研究に参加される前と比較して、薬局で薬剤師とお話をする時間は増えましたか。

増えた

変わらない

減った

問2 薬局の薬剤師と副作用について話すことで副作用に関する不安は減りましたか。

減った

変わらない

増えた

問3 今回の研究に参加される前と比較して、クリニックで主治医の先生とお話をする時間は増えましたか。

増えた

変わらない

減った

問4 医師と副作用について話すことで副作用に関する不安は減りましたか。

減った

変わらない

増えた

問5 今回の研究に参加される前と比較して、あなたが副作用とお考えになっていた症状は軽くなりましたか。

軽くなった

変わらない

悪くなった

問6 今回の研究では何回かアンケートにご記入頂きましたが、アンケートへの記入は大変でしたか。

とても大変だった

大変だった

少し大変だった

大変ではなかった

問7 薬局で副作用に関するアンケートや薬剤師との面接を行ったことで、あなたの薬局に対する印象が変わりましたか。

よくなった

変わらない

悪くなった

問8 今回の研究に参加される前と比較して、薬剤師が自分の治療に積極的に参加していると感じることは増えましたか。

増えた

変わらない

減った

問9 薬局の薬剤師が副作用について積極的に関わることについて、どのように思いましたか。

とても有意義だと思う

分からない

意味がないと思う

問10の1 問9で「意味がないと思う」とお答えになった方にうかがいます。

「意味がない」と思った理由をお聞かせください。

(理由)

問10の2 問9で「とても有意義だと思う」とお答えになった方にうかがいます。

今後、薬局で副作用について相談する場合、どのような方法が好ましいとお考えになりますか。

アンケートだけで十分

直接相談したい

アンケートと直接相談を両方ともやってほしい

どちらでもよい

御協力ありがとうございました。

副作用モニタリング後アンケート 医師用

別紙4

御協力お願い致します。

該当するものに○を付けて下さい。

Q1 薬剤師からのフィードバックは役に立ちましたか。

役に立った

役に立たなかった

役に立ったとお答えになった方に伺います。

具体的にどのように役に立ちましたか。

Q2 調査開始前と比較して、対象となった患者さんと副作用についてお話することは増えましたか。

増えた

変わらない

減った

Q3 調査対象となった患者さんの診察時間は増えましたか。

増えた

変わらない

減った

Q4 調査開始前と比較して、対象となった患者さんの診察の充実度は上がりましたか。

上がった

変わらない

下がった

Q5 調査対象となった患者さんについて伺います。患者さんの方から自発的に副作用について相談してくることは増えましたか。

増えた

変わらない

減った

Q6 調査開始前と比較して、薬剤師と話す時間は増えましたか。

増えた

変わらない

減った

Q7 薬剤師との連携が以前よりも図れたと思いますか。

思う

変わらない

思わない

回答に対しての理由をお聞かせ下さい。

Q8 今回の調査を振り返ってみて、薬剤師からフィードバックしてもらう情報について、御要望や御提案、あるいはその他にお気づきになったことはありますか。（具体的にご記入ください）

ご協力ありがとうございました。

分担研究項目：地域医療推進（研修）
分担研究者：名城大学薬学部 長谷川洋一

平成 28 年 3 月 9 日

健康サポート薬局に係る研修内容および第三者確認の方法について (最終とりまとめ)

【経緯】

「健康情報拠点薬局（仮称）のあり方に関する検討会」において、「健康サポート薬局の要件となる健康サポートに取り組む薬剤師の研修（以下「健康サポート研修」という。）の専門性や客観性、公平性を確保するためには、第三者による確認が必要」との意見がまとめられた。これを踏まえ、「健康サポート薬局のあり方について」（「健康情報拠点薬局（仮称）のあり方に関する検討会」報告書）健康サポート薬局に係る研修に関する内容及び第三者による確認等について、平成 27 年度厚生労働科学研究費補助金事業の分担研究として「健康サポート薬局に係る研修のための研究」の検討を行い、最終まとめとして取りまとめた。

【方法】

「健康サポート薬局に係る研修のための研究」の全体会議を 4 回開催し、研究活動方針の具体的指針、研究進行状況の確認及び研究者間の調整を行った。さらに、小グループ会議、メール会議、電話会議を適宜開催した。

- 第 1 回検討班会議 平成 27 年 11 月 27 日
- 第 2 回検討班会議 平成 27 年 12 月 25 日
- 第 3 回検討班会議 平成 28 年 1 月 25 日
- 第 4 回検討班会議 平成 28 年 2 月 22 日

基本的な考え方としては、「健康サポート薬局のあり方について」（「健康情報拠点薬局（仮称）のあり方に関する検討会」報告書）の「薬剤師の資質確保」に関する以下の記載及び「健康情報拠点薬局（仮称）のあり方に関する検討会」で示された研修内容案（資料 1）を参考にしつつ、研修内容及び第三者確認の方法について、検討を行った。なお、分担研究者及び研究協力者は資料 2 のとおり。

- 薬剤師が、一般用医薬品や健康食品等の適切な使用に関する助言や健康の維持・増進に関する相談応需、適切な専門職種や関係機関への紹介等を適切に実施できることが重要であること。
- このため、健康サポート機能を有する薬局においては、一定の研修を修了した薬剤師が常駐すること。当該薬剤師は、「2. かかりつけ薬剤師・薬局の基本的機能について」に記載したかかりつけ薬剤師としての役割を果たせること。
- 研修については、一般用医薬品や健康食品等の安全かつ適正な使用に関する助言や健康の維持・増進に関する相談、適切な専門職種や関係機関への紹介等に関する研修内容を適切に盛り込んだものであること。また、一定の実務経験を有する薬剤師に対して、客観性や公平性の確保の観点から、研修

修了にあたっては試験等により一定の到達度を確認した上で修了証が交付されること。研修内容について、第三者による確認を受けること。

【結果】

1. 健康サポート薬局に係る研修の実施機関について
2. 健康サポート薬局に係る研修の内容、時間数等について
3. 研修修了証の発行等について
4. 研修の第三者による確認について
5. その他の留意点について

1～5については、平成 28 年 2 月 5 日の「健康サポート薬局に係る研修内容および第三者確認の方法について」（中間まとめ）においてとりまとめた（参考資料）。その後、厚生労働省医薬・生活衛生局から「健康サポート薬局に係る研修実施要綱について」（平成 28 年 2 月 12 日薬生発 0212 第 8 号。以下、「実施要綱通知」という。）として公表された。

6. 指定確認機関の要件について

指定確認機関については、次の①～⑤の要件を満たす機関を厚生労働省が指定する必要があるのではないか。

- ① 公益法人であること
- ② 薬学に関して専門的な知識を有している法人であること
- ③ 第三者確認の実施に当たり、研修実施機関の法人に関係する役職員以外の者による確認体制を整備していること
- ④ 標準回答期間（第三者確認の申請が指定確認機関の事務所に到達してから当該申請者に対し何らかの回答をするまでに通常要すべき標準的な期間）が 3 週間程度であること
- ⑤ 厚生労働省医薬・生活衛生局総務課からの疑義に速やかに対応できる体制を整備していること

7. 第三者確認のための提出書類について

- ① 研修実施機関を申請する法人は、次のイ～ホの資料を指定確認機関に届け出ることとしてはどうか。
 - イ 第三者確認申請届出書（別紙 1）
 - ロ 本研修に関する実施要領
 - ハ 技能習得型研修に係る研修プログラムとその概要（実施要綱通知の別紙 1 に掲げる達成目標に到達させるための内容が盛り込まれているものとする）
 - ニ 知識習得型研修に係る教材（テキストや講義のハンドアウト等）
 - ホ 自己点検報告書
- ② 既に第三者確認を受けている研修実施機関が確認を更新する際は、直前に第三者確認を受けた時点から変更になった内容について次のイ～への資料を指定確認機関に届け出ることとしてはどうか。
 - イ 第三者確認更新届出書（別紙 2）
 - ロ 本研修に関する実施要領
 - ハ 技能習得型研修に係る研修プログラムとその概要（実施要綱通知の別紙 1 に掲げる達成目標に到

達させるための内容が盛り込まれているものとする)

ニ 知識習得型研修に係る教材(テキストや講義のハンドアウト等)

ホ 活動実績に係る資料(研修の提供実績、受講者の意見聴取及び事後評価の結果、企画決定機関の活動内容等)

へ 自己点検報告書

③ 上記①及び②については、紙媒体とともに電子媒体も提出することを義務づけてはどうか。

8. 第三者確認の方法について

指定確認機関は、健康サポート研修の第三者確認チェックリスト(別紙3)に基づき第三者確認を実施し、研修実施機関を希望する法人にその確認の結果を伝えることとしてはどうか。

9. その他の留意点について(その2)

知識習得型研修の各項目に定める時間数について、スライドを閲覧する形式にてeラーニング研修を提供する場合には、1時間あたりパワーポイントのスライド40~60枚を目安とすることとしてはどうか。

指定確認機関は、厚生労働省が指定する日から第三者確認の申請の受付を開始することとしてはどうか。

(資料1)

健康づくり支援に取り組む薬剤師の研修のイメージ	第5回 健康情報発信薬局 (取組)のあり方に関する検討会 平成27年8月26日	資料 1
-------------------------	---	---------

○ 健康づくり支援に取り組む薬剤師の研修は次のような内容が適切ではないか。

研修の種類	研修の目的・内容
技能習得型 研修	<p>目的</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 患者・来局者の訴え・状態に合わせた対応や地域の実情に合わせた多職種連携を適切に実施できる能力の養成 <p>内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 相談応需における一連のプロセスに関する技能の習得を目標としたグループ討議等による演習 プロセスの例:相談者から情報収集等を行い、以下に振り分けて提案 <ul style="list-style-type: none"> ・要指導医薬品や一般用医薬品等の使用 ・医療機関への受診勧奨 ・地域の保健サービス等に関する情報提供 等 ○ 各々の地域における医療機関や保健サービスの窓口等の実情の把握と連携を目標とした演習
知識習得型 研修	<p>目的</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域住民の相談対応のために必要な医薬品(要指導医薬品、一般用医薬品含む)や健康食品等の知識をはじめ、地域の医療・保健等のサービスに関する知識など、地域住民の健康な生活を支援するために必要な知識の習得 <p>内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 健康づくり支援薬局(仮称)の基本理念について ○ 我が国における健康増進施策について(禁煙支援、認知症施策も含む。) ○ 要指導医薬品及び一般用医薬品概論(医薬品と予防、健康の係わりも含む。) ○ 健康食品の制度及び最新情報(健康被害の例も含む。) ○ コミュニケーション力の向上について ○ 地域包括ケアの考え方と多職種・関係機関の役割・活動について ○ 生活習慣病に関する基礎知識と関係職種との情報共有・連携について ○ 健診など地域保健の全体像と関係職種・関係機関の役割・活動について ○ 自治体や保険者、多職種等による健康づくり支援の先進的な取組事例について 等

○ 研修修了にあたっては、試験等により一定の到達度を確認した上で修了証が交付されることが適切ではないか。

○ 上記の研修を適切に提供できる関係団体や薬局などが実施することが適切ではないか。 15

(資料2)

「健康サポート薬剤師研修のための研究」の
分担研究者及び研究協力者

氏名	所属・役職
赤川 圭子	昭和大学薬学部 講師
有澤 賢二	公益社団法人 日本薬剤師会 常務理事
浦山 隆雄	公益財団法人 日本薬剤師研修センター 専務理事
佐藤 啓	公益財団法人 日本薬剤師研修センター 常務理事
柴田 佳太	昭和大学薬学部 助教
○長谷川 洋一	名城大学薬学部 教授

○ 分担研究者

(別紙1)

平成 年 月 日

指定確認機関の担当者 殿

住 所
称号又は名称
代 表 者

印

第三者確認申請届出書

下記の関係書類を添えて、「健康サポート薬局に係る研修実施要綱について(平成 28 年 2 月 12 日薬生発 0212 第 8 号)」に基づく第三者確認を申請します。

記

1. 本研修に関する実施要領
2. 技能習得型研修に係る研修プログラムとその概要
3. 知識習得型研修に係る教材
4. 自己点検報告書 (別添)

申請責任者名 :

電 話 :

FAX :

E-mail :

自己点検報告書

称号又は名称

以下のとおり、健康サポート研修の第三者確認の仕組みのチェックリストに対する本研修に関する実施要領の該当部分について、自己点検を実施しましたので、報告します。

	評価分野	評価の項目	本研修に関する実施要領の該当部分 (実施要綱の該当ページを示す等して実施要綱を参照しやすいように作成すること)
実施体制	研修事業の目的・ 構想	目的と構想	
		研修事業の実施 機関 (組織・運営)	実施機関の性格
	運営の責任体制		
	個人情報保護		
	運営に関する広報		
	受講経費		
	研修事業の全体 像 (方針・体制等)	企画決定機関	
		研修事業実施上の諸 規定	
		研修の対象	
		実施要領の作成	
		研修の事後評価体制	
		受講者の意見聴取	
		記録の保存	
	共同運営		

	評価分野	評価の項目	本研修に関する実施要領の該当部分 (実施要綱の該当ページを示す等して実施要綱を参照しやすいように作成すること)
研修 内容	研修制度の実施 内容	研修項目	
		学ぶべき事項	
		研修の形態	
		達成目標	
		到達度評価	
		研修時間	
		テキスト、教材等	
		研修の実施場所、環 境条件	
		講師の選定	

	評価分野	評価の項目	本研修に関する実施要領の該当部分 (実施要綱の該当ページを示す等して実施要綱を参照しやすいように作成すること)
	研修 修了証	研修修了証の発行体制	研修修了証の発行適否評価体制
研修受講記録の方法			
その他の修了の条件			
修了証等に関する経費			
研修修了証の有効期限、再履修の規定			
研修修了証の記載事項			
研修修了取消し条件			

(別紙2)

平成 年 月 日

指定確認機関の担当者 殿

住 所
称号又は名称
代 表 者

印

第三者確認更新届出書

下記の関係書類を添えて、「健康サポート薬局に係る研修実施要綱について(平成 28 年 2 月 12 日薬生発 0212 第 8 号)」に基づく第三者確認の更新を申請します。

記

1. 本研修に関する実施要領
2. 技能習得型研修に係る研修プログラムとその概要
3. 知識習得型研修に係る教材
4. 活動実績に係る資料
5. 自己点検報告書 (別添)
6. 第三者確認結果の写し

注) 1～3については、直近に第三者確認を受けた時点から変更になった内容に限る。

申請責任者名 :

電 話 :

FAX :

E-mail :

(別紙2－別添)

自己点検報告書

称号又は名称

以下のとおり、健康サポート研修の第三者確認の仕組みのチェックリストに対する本研修に関する実施要領の該当部分について、自己点検を実施しましたので、報告します（直近に第三者確認を受けた時点から変更になった内容に限る）。

表は省略（別紙2－別添と同じ表）。

(別紙3) 健康サポート研修の第三者確認の仕組みのチェックリスト

以下のすべての評価の項目に該当する場合にのみ、第三者確認の終了を認定する。

評価分野	評価の項目	評価の視点 (代表的な例)	チェック欄	
実施体制	研修事業の目的・構想	「健康サポート薬局のあり方について」「(健康情報拠点薬局(仮称)のあり方に関する検討会」報告書)に記載されている考えに即している等、研修事業の目的、構想等は妥当であるか。		
	研修事業の実施機関 (組織・運営)	実施機関の性格	法人であるか。	
		運営の責任体制	責任者・運営体制が明確になっているか。	
		個人情報保護	個人情報の取扱いについて、受講者に対し明示しているか。	
		運営に関する広報	事業が適切に運営され、ホームページ等に内容が公開されているか。健康サポート薬局に係る研修以外の認定制度等と誤認(研修修了に際して健康サポート薬局とは異なる呼称等の付与等)させるような研修受講者への案内をしていないか。	
		受講経費	受講者によって複数の受講料が設定されている場合に適切な受講料の設定理由が示されている等、受講料は妥当であるか。	
	研修事業の全体像 (方針・体制等)	企画決定機関	研修事業の企画・運営の決定を行う委員会等が設けられているか。	
		研修事業実施上の諸規定	責任者、運営体制、研修実施形式、内容、時間数、内部評価体制、研修修了証交付等に関する実施要綱(実施規定)、細則等が定められているか。	
		研修の対象	ホームページで受講者を広く募集する等、希望する全ての薬剤師が受講できるように研修を公開しているか(なお、初回の確認においては、公開を準備しているか。)	
		実施要領の作成	教育、学術関係者等の参画を求め、研修の実施体制の客観性を十分に確保できているか。	
		研修の事後評価体制	研修内容の事後評価を行なわれ、研修計画にフィードバックされているか(なお、初回の確認においては、この体制があるか。)	
		受講者の意見聴取	研修に対する受講者の感想、クレーム等を把握する方法が明示されているか。	
		記録の保存	研修事業及び研修参加者に関する記録の保管について示されているか。	
		共同運営※	研修実施機関が研修事業を他の組織と共同で行う場合は、その妥当性が示されているか。また、研修実施機関も協同で運営されている場合、各々が研修事業の適切な組織であるか。	

※共同運営している場合のみ確認する

評価分野	評価の項目	評価の視点 (代表的な例)	チェック欄
研修内容	研修項目	別添の全ての研修を提供しているか。	
	学ぶべき事項	別添の各項目の学ぶべき項目を全て含んでいるか。	
	研修の形態	提供する研修の形態・方法は適切であるか。 □技能習得型研修は講義及び演習により行うものであり、演習はグループ討議形式で行うこととなっているか。 □知識習得型研修は講義またはeラーニングにより行うものとなっているか。	
	達成目標	別添の各項目の目標を達成できるものであるか。	
	到達度評価	受講者の到達度評価は適切な方法で行なわれているか。	
	研修時間	研修時間は、各区分に定める時間相当以上の内容となっているか。	
	テキスト、教材等	研修用のテキスト等、適切な教材が準備され用いられているか。	
	研修の実施場所、環境条件	研修に使用する場所、環境、設備等の設定は適切であるか。	

	講師の選定	講師(指導者)の選定方法、選定結果が適切であるか。 実施する研修内容に関する専門的な技術・知識を有する者であるか。	
--	-------	--	--

評価分野	評価の項目	評価の視点(代表的な例)	チェック欄
研修 修了 証	研修修了証の発行適否評価体制	研修受講者が以下のすべてに該当することを確認し、研修修了証を研修受講者に交付する体制となっているか。 ア すべての技能習得型研修及び知識習得型研修を修了した者 イ 薬局において、薬剤師として5年以上の実務経験がある者 研修実施機関の研修をすべて修了した者に対して発行することが示されているか。	
	研修受講記録の方法	研修受講者の氏名、研修内容等を適切に記録、保存しているか。 受講したことの遡及性は確保されているか。	
	その他の修了の要件	受講や研修修了するための要件に特定団体への加入、特定団体の与える資格等が含まれていないか。	
	修了証等に関する経費	修了証等に関する経費の設定理由を示されている等、研修修了証発行及び更新のための経費は妥当であるか。	
	研修修了証の有効期限、再履修の規定	研修修了証の有効期限、再履修の規定は適切か。 <input type="checkbox"/> 研修修了証は、発行から6年間に限り有効なものとし、有効期限の2年前から有効期限の間に研修を再履修・修了した場合には、研修修了証の有効期限を6年間延長できることとしているか。 <input type="checkbox"/> 一度研修修了証(無効である研修修了証を除く。)を受けた薬剤師に対して、別紙1中の「地域包括ケアシステムにおける多職種連携と薬剤師の対応」のみの受講で修了証を再発行する規定となっている場合には、その他の研修内容についても再履修を促しているか。	
	研修修了証の記載事項	研修修了証の記載事項は適切か。具体的には以下の項目が示されているか。 <input type="checkbox"/> 研修修了者の氏名、生年月日 <input type="checkbox"/> 研修実施機関の名称 <input type="checkbox"/> 研修修了証の発行日 <input type="checkbox"/> 研修修了証の再発行の際は、最初の研修修了証の発行日及び再発行日 <input type="checkbox"/> 研修修了証の有効期限	
研修修了取消し条件	研修修了の取消し条件が明示されているか。		