

鳥取県中山間地域医療人材（薬剤師）確保・育成事業実施要綱

（目的）

第1条 この要綱は、中山間地域の病院の薬剤師が、中山間地域の病院と基幹病院を交互に勤務しながら、認定資格や専門資格取得を目指すことが可能な研修プログラムを履修することで、中山間地域の病院の薬剤師の確保と資質向上を図るに当たり、必要な事項を定めることを目的とする。

（定義）

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の定義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- （1）地域病院 次のアからカに掲げる病院
 - ア 岩美町国民健康保険岩美病院
 - イ 国民健康保険智頭病院
 - ウ 公益社団法人鳥取県中部医師会立三朝温泉病院
 - エ 南部町国民健康保険西伯病院
 - オ 日野病院組合日野病院
 - カ 日南町国民健康保険日南病院
- （2）基幹病院 国立大学法人鳥取大学医学部附属病院
- （3）登録薬剤師 地域病院又は基幹病院に所属する薬剤師であつて、事業の対象となる薬剤師として、県の登録を受けた薬剤師
- （4）認定資格等 別表によりこの事業の対象とする認定資格又は専門資格とする資格
- （5）育成プログラム 地域病院及び基幹病院における基本的な就業スケジュール並びに将来的に認定資格等の取得が目指せる研修内容となっている計画
- （6）助成対象奨学金 この事業の対象となる奨学金（大学の在学中に借り入れたものに限る。）として、次のアからウまでいずれかに該当するもの
 - ア 日本学生支援機構の奨学金
 - イ 鳥取県育英奨学資金
 - ウ その他福祉保健部長が別に定める奨学金

（登録薬剤師の要件）

第3条 本事業の対象となる者は、次の各号の要件をすべて満たしている者とする。

- （1）地域病院又は基幹病院に勤務している薬剤師であること。
- （2）助成対象奨学金を借り入れ、返還予定又は返還中であること。
- （3）育成プログラムを満了する意向があること。
- （4）次条第1項に基づく登録申請の日における年齢が35歳以下であること。

（登録薬剤師の登録）

第4条 登録薬剤師の登録を受けようとする者は、様式第1号により、所属する病院を経由して知事に申請しなければならない。

2 知事は、前項の規定に基づき提出された申請内容を審査し、その結果を申請者に通知する。

（登録薬剤師の取消）

第5条 知事は、登録薬剤師が次の各号のいずれかに該当すると認める場合には、前条第1項における登録を取り消すことができる。

- （1）登録薬剤師を辞退する旨の申出があった場合
- （2）育成プログラムの実施期間中において連続6カ月又は通算1年間休職した場合（育児休業又は介護休業による場合を除く。）
- （3）その他、登録の継続が適当ではないと認められる場合

(育成プログラムの策定等)

第6条 登録薬剤師が所属する地域病院又は基幹病院は、当該登録薬剤師の育成プログラムを策定したときは、様式第2号により、知事に届け出なければならない。

2 育成プログラムは、次の各号に掲げる要件をすべて満たさなければならない。

(1) 育成プログラムの期間は6年間であること。

(2) 育成プログラムの期間中における地域病院での勤務日数は、基幹病院における勤務日数以上であること。

(3) 将来的に認定資格等の取得が可能な研修内容となっていること。

(4) 育成プログラム期間中においては地域病院又は基幹病院以外の病院で勤務してはならない。

3 登録薬剤師が所属する地域病院又は基幹病院は、当該登録薬剤師の育成プログラムを変更したときは、様式第2号により、知事に届け出なければならない。

(育成プログラムの満了時の手続等)

第7条 登録薬剤師が所属する地域病院又は基幹病院は、当該登録薬剤師が前条第2項の育成プログラムを満了した場合は、様式第3号により、知事に報告しなければならない。

2 知事は、前項の報告を受けたときは、その内容を確認し、当該登録薬剤師が本事業の育成プログラムを満了した旨を登録薬剤師が所属する地域病院又は基幹病院並びに当該登録薬剤師に通知するものとする。

3 育成プログラムを満了した者は、県の求めに応じて就業状況を報告しなくてはならない。

(奨学金返還助成金の交付等)

第8条 知事は、本事業の育成プログラムを満了した登録薬剤師に対し、予算の範囲内で奨学金返還助成金を交付する。

2 奨学金返還助成金の額、交付に係る申請手続、支給方法、交付時期等については、別に定める「鳥取県中山間地域医療人材(薬剤師)確保・育成事業助成金交付要綱」に定めるところによる。

(関係者との協力)

第9条 地域病院、基幹病院及び一般社団法人鳥取県病院薬剤師会は、第1条の目的を達成するため、本事業が円滑に実施されるように、相互に協力するよう努めるものとする。

(委任)

第10条 この要綱に定めるもののほか、この事業の実施に関し必要な事項は別に定める。

附 則

この要綱は、令和6年11月21日から施行する。

別表 事業の対象とする認定資格又は専門資格（第2条関係）

認定資格等の名称	資格認定団体
がん薬物療法認定薬剤師	一般社団法人日本病院薬剤師会
がん薬物療法専門薬剤師	
感染制御認定薬剤師	
感染制御専門薬剤師	
緩和薬物療法認定薬剤師	一般社団法人日本緩和医療薬学会
緩和医療専門薬剤師	
N S T 専門療法士	一般社団法人日本栄養治療学会
日本糖尿病療養指導士	一般社団法人日本糖尿病療養指導士認定機構
心不全療養指導士	一般社団法人日本循環器学会

様式第1号（第4条関係）

鳥取県中山間地域医療人材（薬剤師）確保・育成事業 登録薬剤師申請書

年 月 日

鳥取県知事 様

(申請者)

病 院 名 _____

代 表 者 名 _____

所 在 地 _____

電 話 番 号 _____ - _____

次の者から鳥取県中山間地域医療人材（薬剤師）確保・育成事業実施要綱第4条の規定により登録申請が提出されました。

下記の者は当院に所属する薬剤師であり、同要綱による育成プログラムを実施したいので、登録薬剤師として登録いただくようお願いします。

年 月 日

病院長 様

(申請者)

(〒 _____)

住 所 _____

氏 名 _____

電 話 番 号 _____ - _____

私は、鳥取県中山間地域医療人材（薬剤師）確保・育成事業実施要綱第4条による登録薬剤師の登録を受けたいので、県に提出していただくようお願いします。

なお、登録薬剤師の要件への適合状況等は下記のとおりです。

記

登録薬剤師の要件への適合状況	<input type="checkbox"/> ①地域病院又は基幹病院に勤務している薬剤師であること。
	<input type="checkbox"/> ②助成対象奨学金を借り入れ、返還予定又は返還中であること。
※該当する項目の□欄に✓をしてください。	<input type="checkbox"/> ③育成プログラムを満了する意向があること。
	<input type="checkbox"/> ④申請日における年齢が35歳以下であること。
個人情報の取扱	<input type="checkbox"/> 育成プログラムの実施に当たり、基幹病院、地域病院及び県の間で申請者の個人情報を共有することについて同意します。

※ 裏面の履歴書も記載すること。

(裏面)

履歴書

年 月 日現在

氏名 年齢	(ふりがな) 年 月 日生 (満 歳)
現住所	(ふりがな) 〒 (電話)
連絡先 (現住所以外に 連絡を希望する 場合のみ記入)	(ふりがな) 〒 (電話)
メールアドレス	
出身地	※高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県名を記載してください。

年	月	学歴・職歴

年	月	免許・資格

鳥取県中山間地域医療人材（薬剤師）確保・育成事業
 育成プログラム（策定・変更）届出書

年 月 日

鳥取県知事 様

（申請者）

病 院 名 _____

代 表 者 名 _____

所 在 地 _____

電 話 番 号 _____

鳥取県中山間地域医療人材（薬剤師）確保・育成事業実施要綱第6条の規定に基づき、当院所属の登録薬剤師の育成プログラムを（策定・変更）しましたので、下記のとおり届出します。

記

1 登録薬剤師の氏名	
2 このプログラムにより目指すことができる認定資格等 （該当する資格に○をすること。）	<ul style="list-style-type: none"> ・がん薬物療法認定薬剤師 ・がん薬物療法専門薬剤師 ・感染制御認定薬剤師 ・感染制御専門薬剤師 ・緩和薬物療法認定薬剤師 ・緩和医療専門薬剤師 ・NST専門療法士 ・日本糖尿病療養指導士 ・心不全療養指導士
2 従事する基幹病院・地域病院名	地域病院名
	基幹病院名
3 基本的な就業スケジュール・研修内容	別添のとおり。 （期間中の基本的な就業スケジュール（地域病院と基幹病院の勤務期間等の割り振り）及び研修内容が分かる資料を添付すること。）
4 育成プログラム開始予定日	年 月 日
5 育成プログラム完了予定日	年 月 日

鳥取県中山間地域医療人材（薬剤師）確保・育成事業
育成プログラム満了報告書

令和 年 月 日

鳥取県知事 様

（申請者）

病 院 名 _____

代 表 者 名 _____

所 在 地 _____

電 話 番 号 _____

当院所属の登録薬剤師が、鳥取県中山間地域医療人材（薬剤師）確保・育成事業実施要綱に基づく育成プログラムを満了しましたので、同要綱第7条の規定に基づき、下記のとおり届出します。

記

登録薬剤師の氏名	
育成プログラム満了日	年 月 日

注) 次の資料を添付すること。

- ・ 地域病院及び基幹病院それぞれにおける就業日数の内訳がわかる資料。
- ・ 基幹病院の研修を満了したことがわかる資料。