

令和 6 年 3 月 1 日

認定実務実習指導薬剤師 各位

一般社団法人宮城県薬剤師会 会長 山田卓郎  
実務実習体制整備委員会 委員長 森川昭正

令和 7 年度 薬局実務実習生の受入希望調査について

拝啓 皆様方におかれましては益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。

また、平素は本会にご理解とご協力を頂き、心より感謝申し上げます。

さて、東北地区調整機構より**令和 7 年度**の薬学生実務実習の受入施設調査依頼が来ております。つきましては**令和 7 年度**の薬学生の受入について調査票にご記入の上、**令和 6 年 3 月 13 日**までに宮城県薬剤師会まで Fax にて返信いただきますようお願い申し上げます。

尚、令和元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。

**※実習生の受入を希望する薬局は、東北地区調整機構に報告し、令和 7 年度の実務実習受入薬局選定の資料となりますので、予めご了承をお願いいたします。**

※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データといたしますので、薬局名等については正式名称での記載をお願いいたします。

※本調査は**開設者**とご相談の上ご記入下さい。

敬具

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>



【薬局名】： \_\_\_\_\_ の 2 枚目

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

以下の表にそれぞれの対応について上記基準 2～0 の番号を書き込んでください

一般用医薬品販売	在宅医療

4. 「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」を利用しています。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。

以下の当てはまるものの番号を○で囲んでください

2：使用できる環境である

1：令和 7 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

5. 実習生の交通手段について

原則公共交通機関を利用することとしておりますが、地理的に困難な地域等の条件により自家用車利用が認められた場合の駐車場利用の可、不可等について記載をお願いします。

自家用車の利用 可 ・ 不可

敷地内駐車場利用 可 ・ 不可

可の場合：利用料 無料 ・ 有料 金額：

6. 薬局に勤務する認定実務実習指導薬剤師氏名

(受け入れる希望がない場合も在職している認定実務実習指導薬剤師名をご記入ください。複数人いる場合は全員のお名前をお書きください。)

7. 1. で「いいえ」と回答した理由は何ですか？(該当するものを○で囲んでください)

a. 認定実務実習指導薬剤師がない(転勤・退職・産休育休など)

b. 学生を指導する余裕・時間がない

c. 指導方法がわからない、または不安である

d. その他 ( )

返信先 Fax : 022-391-6640