

5 福薬業発第 166 号
令和 5 年 7 月 11 日

各地区薬剤師会会長 殿

公益社団法人福岡県薬剤師会
常務理事 竹野 将行

日本薬剤師会薬剤師職能振興研究助成事業の募集について

平素より本会会務に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。
標記について日本薬剤師会より別添のとおり連絡がありましたのでお知らせ
いたします。

ご多忙とは存じますが、貴会会員へのご周知方よろしくお願い申し上げます。

日薬情発第44号
令和5年7月3日

都道府県薬剤師会会長 殿

日本薬剤師会
会長 山本 信夫
(会長印省略)

日本薬剤師会 薬剤師職能振興研究助成事業の募集について

平素より、本会業務に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

本会では、令和3年に、調査・研究事業の一環として薬剤師職能振興研究助成事業を創設し、対象となる研究に助成金の交付を行いました。

その背景としては、現在、国の政策立案においては、客観的なエビデンスを活用して政策の効果的・効率的な決定・運営を目指す取り組み(EBPM)を進めています。これは、医療分野においても同様であり、薬剤師・薬局の薬物療法提供の取り組みを極力数値化していくことが必要です。また、循環器疾患、糖尿病やリウマチなど個々の疾病の薬学管理や、小児や妊婦など患者の特徴に応じた薬剤師・薬局の取り組みについても研究という枠組みの中で実施し、発表していくことが第三者の目から見た「見える化」であり、社会に対しても理解を求めやすくなります。

日本薬剤師会としては、薬剤師・薬局が置かれている状況を把握し、その改善に向けての EBPM を実践したいと考えており、そのためには根拠を持って薬剤師・薬局の主張を行うための材料を得ることが必要です。

そこで本年度も引き続き、医療及び薬事衛生における薬剤師職能及び薬局機能について、発展を希求する研究や状況調査に対して助成し、もって国民の健康な生活に貢献することを目的として本事業を実施いたします。助成にあたっては、この目的を達成できると判断される研究を対象といたします。

別紙の募集要項・申請書は、今後、日薬誌及び日薬ホームページにて周知を行い、日薬ホームページからダウンロードいただける形式で掲載いたします。

貴会におかれましても、会務ご多用のところ誠に恐縮には存じますが、本事業の主旨をご理解いただき、貴会会員にご周知くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

令和5年7月

日本薬剤師会 薬剤師職能振興研究助成事業
募集要項

公益社団法人 日本薬剤師会

1. 主旨

本事業は、医療及び薬事衛生における薬剤師職能及び薬局機能について、発展を希求する研究や状況調査に対して助成し、もって国民の健康な生活に貢献することを目的とする。

2. 調査・研究課題

以下の薬剤師及び薬局に係る調査・研究を募集する。

- ①対人業務の強化
- ②医療の質並びに患者満足度の向上
- ③医療費の適正化・医療資源の有効利用への貢献
- ④薬事衛生活動による地域公衆衛生への貢献

なお、都道府県薬剤師会又は地域薬剤師会と連携して研究を行うことを原則とする。

3. 申請締切・方法

- ・ 申請締切は令和5年10月6日 ※必着
- ・ 所定の申請書(日本薬剤師会ホームページからダウンロード)に必要事項を記入し、日本薬剤師会まで郵送する。他の方法では受け付けられない。

4. 申請対象者

申請者は、研究開始から完了まで日本所在の大学・研究機関・薬局・薬剤師会等に所属する研究者、又は調査・研究を志向する者とし、日本国内に居住しているものに限る。なお、日本薬剤師会の会員であることが望ましい。

(申請に関する注意事項)

- ・ 他機関等からすでに助成を受けている同一の調査・研究による申請はできない。
- ・ 同一の調査・研究について本事業と並行して他機関等の助成事業に申請している場合において、他機関からの助成が決定した場合、本事業からの助成を受けるためには他機関等の助成を辞退することを条件とする。
※他機関等へ重複申請の際は、必ず申請書にその旨を記載すること。
- ・ 本事業の助成中に同一の調査・研究について他機関等からの助成を受けることはできない。

- ・ 営利目的で、調査・研究の業務を反復的かつ継続的に行う組織等は助成対象としない。

5. 助成額及び助成期間

- ・ 課題 1 件につき 200 万円を限度とする(審査の上、減額する場合がある)。採択件数は 3 件程度。
- ・ 助成期間は原則として令和 7 年 12 月末日までとする。
- ・ 研究の実施に直接必要な下記の費用項目に該当する経費を対象とする。申請額を限度額に近づける必要はなく、必要な金額を申請すること。

費用項目一覧:

- ・ 諸謝金: 外部協力者への謝金等。1 人につき 1 回上限 2 万円、2 回まで。
- ・ 旅費: 研究実施のための、申請者・共同研究者の交通費・宿泊費(1 回 2 名分まで)。宿泊はおおむね 1 泊 1 万 5 千円まで。旅費はなるべく安価になるようにする。海外渡航費は不可。
- ・ 図書費: 必要な図書・資料のための費用。
- ・ 消耗品費: 必要な機材や文具等の費用。パソコン、プリンター、カメラ等の、助成終了後も手元に残る汎用性がある備品の購入は不可。
- ・ 印刷製本費: 所属機関が所有するコピー機等を利用した場合は不可。
- ・ 通信運搬費: 必要な通信費・郵送費。携帯電話等の通信機器の購入は不可。
- ・ 会議費: 打合せの会場費・備品費。弁当代は不可(お茶代程度は可)。
- ・ 作業費: 必要な補助作業を行った者に対する費用。申請者・共同研究者が所属する機関に雇用されている者への支出は不可。
- ・ 論文作成費: 投稿論文の翻訳・英文校正料、論文投稿料、論文掲載料
- ・ 雑費: 各種手数料等

※記載内容に不明な点がある場合は審査委員会より確認を行う場合がある。

6. 採択方法及び採否通知

- ・ 日本薬剤師会薬事関連情報評価・調査企画委員会において調査・研究課題の内容について「新規性」「重要性」「発展性」「実現性」「社会的意義」及び「総合評価」の観点から選考し、日本薬剤師会理事会が採択を決定する。
- ・ 採否の結果は、令和 5 年 12 月中に電子メールで通知する。選考過程に関する問合せには応じられない。
- ・ 採択した調査・研究課題については、助成対象者の氏名・所属職名・研究課題名・助成金交付決定額を公開する。

7. 助成金の交付

- ・ 助成金は、令和6年1月に一括して交付する。
- ・ 決定した助成金は申請者本人名義の口座に振込む。
※申請者の所属先の規程等により、申請者個人名義の口座への振込みが困難な場合には、事前に事務局まで連絡すること。

8. 成果の報告・公表・論文投稿

- ・ 助成を受けた者は令和7年1月までに、研究の進捗状況(収支に関する書類を含む)をとりまとめた「中間報告書」を日本薬剤師会に提出すること。その際、必ず可搬媒体(CD-ROM等)に記録して、可搬媒体と共に提出する。
- ・ 令和7年12月までに、研究結果と経費の支出をとりまとめた「完了報告書」を日本薬剤師会に提出すること。その際、必ず可搬媒体に記録して、可搬媒体と共に提出する。
- ・ 令和7年12月までに学術論文誌に本調査・研究に関する論文の投稿を行うこと。その際、論文内に、本事業の助成を受けた研究成果であることを明記し、論文のコピー等をPDFにて電子メールに添付の上、本会に送付すること。
- ・ 令和7年12月までに、本会主催の学術大会において口頭もしくはポスター発表を申し込むこと。
- ・ 報告書は論文化後に日本薬剤師会ホームページ等に公開する。

9. 個人情報

- ・ 日本薬剤師会が本件に関して取得した個人情報は、選考や助成の可否の通知など本申請に関する業務に必要な範囲に限定して使用する。

10. その他

- ・ 採択された調査・研究については、倫理審査委員会の承認を受け、関連した法規、指針、ガイドライン等を遵守して実施すること。

【問合せ・申請書類提出先】

公益社団法人日本薬剤師会 医薬情報管理部

〒160-8389 東京都新宿区四谷 3-3-1 四谷安田ビル 7階

TEL:03-3353-1193 FAX:03-3353-8160 E-mail:di@nichiyaku.or.jp

日本薬剤師会
薬剤師職能振興研究助成事業 申請書

令和 年 月 日

(ふりがな) 申請者氏名	
日本薬剤師会会員・非会員の別(どちらかに○)	1.会員 (会員番号：) 2.非会員
生年月日・年齢	西暦 年 月 日 (歳)
自宅住所	〒
自宅電話番号・e-mail	電話： e-mail：
所属機関の名称	
所属機関での職名	
所属機関の所在地	〒
所属機関の電話番号・e-mail	電話： e-mail：
連絡先(どちらかに○)	1.所属機関 2.自宅

1.調査・研究タイトル

--

分野番号 () ※①～④のいずれかを記入(募集要項 p.1「2.調査・研究課題」をご確認ください)

2.調査・研究計画

目的（400字以内）	
調査・研究の実施計画の概要 （1000字以内）	
（採択された場合の） 調査・研究に関する スケジュール （○年○月と記載）	
期待される成果 （400字以内）	
本件に関する現在までの実績（ない場合は未記入） （1000字以内）	
都道府県薬剤師会/ 地域薬剤師会との連 携の有無 （どちらかに <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> 有（薬剤師会名： _____ ） <input type="checkbox"/> 無 「有」で、申請者の所属が都道府県薬剤師会/地域薬剤師会ではない場合、以下も記載し、併せて別紙1も提出ください。 1. 申請者と都道府県薬剤師会/地域薬剤師会とでデータ・情報を共有し、連携体全体として新たな付加価値の創造や生産性を図る予定がある。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 2. 本研究に関連して、過去に当該薬剤師会と連携した取組みがあればその内容 （ _____ ） 3. 申請者と都道府県薬剤師会/地域薬剤師会の役割分担・連携の内容 （ _____ ）
共同研究を行う場合、各研究者の所属・職名、分担内容	

3.助成申請額

_____ 円

4.経費の支出予定

区分	金額 (円)	内訳 (概算)
諸謝金		
旅費		
図書費		
消耗品費		
印刷製本費		
通信運搬費		
会議費		
作業費		
論文作成費		
雑費		
その他		
合計		

5.当該研究に関する他機関への助成申請の有無 申請中・申請予定・無 (いずれかに○)

※すでに助成金交付が実施されている場合は本会の助成対象になりません。

6.経歴

最終学歴		
学位		
略歴	年月(西暦)	主な経歴(最終学歴以降)
研究歴 業績 (直近3年間)	年月(西暦)	

年 月 日

本研究に関する都道府県薬剤師会/地域薬剤師会との連携について

申請者氏名

1. 連携する都道府県薬剤師会/地域薬剤師会名 :

2. 連携する都道府県薬剤師会/地域薬剤師会 担当者名及び役職 : (役職 :)

3. 連携する都道府県薬剤師会/地域薬剤師会 担当者の連絡先電話番号及び e-mail アドレス
電話番号 : e-mail アドレス :

※研究に関する内容の確認のため、こちらに記載いただいた方へ審査委員会から連絡することがあります。