

# 吸入療法サポート薬剤師認定支援制度実施要領

令和元年5月1日 施行  
令和元年7月1日 一部改正  
令和2年4月1日 一部改正  
令和5年9月1日 一部改正

## (目的)

第1条 一般社団法人佐賀県薬剤師会(以下「県薬」という。)は、呼吸器疾患における吸入療法の重要性を考慮した場合、薬剤師自身が吸入療法の知識や技術を高めることで、吸入デバイスの適正使用により、確実な薬物治療を提供することで、患者の生活の質の向上に寄与することを目的とし、県薬認定「吸入療法サポート薬剤師認定支援制度」を実施する。

## (審査会の設置)

第2条 県薬に吸入療法サポート薬剤師の認定及び更新の適否を審査するために吸入療法サポート薬剤師認定支援審査会(以下「審査会」という。)を設置する。

- 2 審査会は、原則として学術・疾病委員会委員をもって組織する。
- 3 委員は、県薬会長(以下「会長」という。)が指名し、委嘱する。
- 4 審査会は、委員の互選により委員長、副委員長を置く。
- 5 委員の任期は、委嘱されてから2年間とするが、再任を妨げるものではない。

## (認定対象の研修)

第3条 認定の対象となる研修は審査会が指定した研修会とし、吸入療法サポート薬剤師の認定を受け又は認定の更新をしようとする者は、直近の3年に1回以上受講するものとする。

## (研修会の内容)

第4条 研修会は、講義(DVD視聴も含む。)30分以上、実技60分以上の構成からなり、吸入療法の技術の向上に関するものとする。

- 2 研修会を終了した者には、「吸入療法サポート薬剤師認定申込書」(様式1号)を交付する。ただし、再発行はしない。

## (吸入療法サポート薬剤師の認定及び更新)

第5条 第3条に規定する研修を修了した者は、吸入療法サポート薬剤師の認定の申請をすることができる。

- 2 前項の認定は、3年ごとにその更新を受けなければ、この期間の経過によってその効力を失う。
- 3 前項の規定にかかわらず最初の認定の期限は、認定後3年間の満了日経過後の直近の6月30日、9月30日、12月31日又は3月31日とする。

## (吸入療法サポート薬剤師の認定手続き)

第6条 吸入療法サポート薬剤師の認定を受けようとする者は、「吸入療法サポート薬剤師認定申込書」(様式1号)を会長に提出しなければならない。

- 2 会長は、前項の規定に基づき申込書の提出があった場合は、審査会に諮り、審査で適合と認められた場合は「吸入療法サポート薬剤師」として認定する。
- 3 会長は、認定したものを「県薬認定吸入療法サポート薬剤師名簿」に登録し、「吸入療法サポート薬剤師認定証」(様式2号)と「吸入療法サポート薬剤師認定シール」(様式4-2号)を交付する。

### (吸入療法サポート薬剤師の更新の手続き)

第7条 吸入療法サポート薬剤師の認定を更新しようとする者は、「吸入療法サポート薬剤師認定(更新)申込書」(様式1号)を会長に認定の期限が満了する1か月前までに提出しなければならない。  
 なお、認定期間満了までに研修会が開催されない場合は、認定期間満了年度の研修会終了後2週間後までに更新手続きをおこなうこととする。

- 2 会長は、前項の規定に基づき申込書の提出があった場合は、審査会に諮り、審査で適合と認められた場合は、「吸入療法サポート薬剤師」として認定を更新する。
- 3 会長は、認定したものに対し「吸入療法サポート薬剤師認定証」(様式2号)と「吸入療法サポート薬剤師認定シール」(様式4-2号)を交付する。

### (吸入療法サポート薬剤師の異動・変更・再交付の手続き)

第8条 吸入療法サポート薬剤師は、勤務先の異動又は内容の変更等があった場合は、直ちに「吸入療法サポート薬剤師異動・変更届」(様式3-1号)を会長に提出しなければならない。

- 2 「吸入療法サポート薬剤師異動・変更届」(様式3-1号)を提出した者には、求めに応じて「吸入療法サポート薬剤師認定証」(様式2号)を交付する。
- 3 吸入療法サポート薬剤師は、「吸入療法サポート薬剤師認定証」(様式2号)と「吸入療法サポート薬剤師認定シール」(様式4-2号)を破損し、汚損し又は紛失したときは、「吸入療法サポート薬剤師認定証再交付申込書」(様式3-2号)「吸入療法サポート薬剤師認定シール再交付申込書」(様式4-1号)を会長に提出することにより再交付を受けることができる。

### (各種手数料)

第9条 認定証(認定シール)の交付、更新又は再交付を受けようとする者は、次の手数料を納入するものとする。

- |                             |      |     |        |
|-----------------------------|------|-----|--------|
| (1) 認定証(認定シール) 交付手数料        |      |     |        |
| 会員                          | 無料   | 非会員 | 3,000円 |
| (2) 認定証(認定シール) 更新手数料        |      |     |        |
| 会員                          | 無料   | 非会員 | 3,000円 |
| (3) 再交付認定証発行手数料・再交付シール発行手数料 |      |     |        |
| 会員                          | 500円 | 非会員 | 1,000円 |

### (雑則)

第10条 この実施要領の改廃は三役会の議を経て決定する。

- 2 この実施要領に関する事務処理は、佐賀県薬情報センター事務局で行う。

**(附則)**

この実施要領は、令和元年5月1日から施行する。

この実施要領は、令和元年7月1日から施行する。

この実施要領は、令和2年4月1日から施行する。

この実施要領は、令和5年9月1日から施行する。

(様式1号)

一般社団法人 佐賀県薬剤師会

## 吸入療法サポート薬剤師認定申込書

一般社団法人 佐賀県薬剤師会会長 様

一般社団法人 佐賀県薬剤師会が実施する吸入療法サポート薬剤師養成研修課程等を修了いたしましたので、吸入療法サポート薬剤師認定を申し込みます。

会員 ・ 非会員

申込日 令和 年 月 日

(いずれかを○で囲ってください)

氏 名		⑩
区 分	新 規 ・ 更 新	*どちらかに○
勤 務 先		
連絡先	住 所	
	電話番号	
	FAX 番号	
	E-mail	
佐賀県薬剤師会 ホームページへの掲載	必 要 不 要	*どちらかに○

※ホームページには、氏名・勤務先名・勤務先（住所・電話番号）を掲載いたします。

ここからは佐賀県薬剤師会事務局が記載します。

受 付 年 月 日	受 付 番 号
令和 年 月 日	
吸入療法サポート薬剤師番号	佐薬吸入療法サポート 第 号

(様式2号)



佐薬吸入療法サポート 第 号

一般社団法人 佐賀県薬剤師会

## 吸入療法サポート薬剤師認定証

様

あなたは、所定の研修を修了されましたので、一般社団法人

佐賀県薬剤師会吸入療法サポート薬剤師に認定いたします

認定期間 令和 年 月 日 から  
令和 年 月 日 まで

令和 年 月 日

一般社団法人 佐賀県薬剤師会  
会 長 佛 坂 浩

(様式3-1号)

一般社団法人 佐賀県薬剤師会

## 吸入療法サポート薬剤師 異動・変更届

一般社団法人 佐賀県薬剤師会会長 様

一般社団法人 佐賀県薬剤師会吸入療法サポート薬剤師の異動・変更届を提出いたします。

申込日 令和 年 月 日

氏 名	⑩
吸入療法サポート薬剤師番号	佐薬吸入療法サポート 第 号
新 勤 務 先	
新連絡先	住 所
	電話番号
	FAX 番号
	E-mail
佐賀県薬剤師会 ホームページへの掲載	必 要 不 要 *どちらかに○

\*旧「吸入療法サポート薬剤師認定証」を添付してください。

※ホームページには、氏名・勤務先名・勤務先（住所・電話番号）を掲載いたします。

ここからは佐賀県薬剤師会事務局が記載します。

受 付 年 月 日	受 付 番 号
令和 年 月 日	
吸入療法サポート薬剤師番号	確 認 未確認

(様式3-2号)

一般社団法人 佐賀県薬剤師会

## 吸入療法サポート薬剤師認定証再交付申込書

一般社団法人 佐賀県薬剤師会会長 様

一般社団法人 佐賀県薬剤師会が実施する吸入療法サポート薬剤師認定証の再交付を申し込みます。

会員 ・ 非会員

申込日 令和 年 月 日

(いずれかを○で囲ってください)

氏 名		⑩
理 由	破損、汚損、紛失、その他 ( ) *いずれかに○	
勤 務 先		
連絡先	住 所	
	電話番号	
	FAX 番号	
	E-mail	
備 考		

※破損、汚損の場合は、「吸入療法サポート薬剤師認定証」を添付してください。

ここからは佐賀県薬剤師会事務局が記載します。

受 付 年 月 日	受 付 番 号
令和 年 月 日	
吸入療法サポート薬剤師番号	佐薬吸入療法サポート 第 号

(様式4-1号)

一般社団法人 佐賀県薬剤師会

## 吸入療法サポート薬剤師認定シール再交付申込書

一般社団法人 佐賀県薬剤師会会長 様

一般社団法人 佐賀県薬剤師会が実施する吸入療法サポート薬剤師認定シールの再交付を申し込みます。

会員 ・ 非会員

申込日 令和 年 月 日

(いずれかを○で囲ってください)

氏 名		⑩
理 由	破損、汚損、紛失、その他 ( ) *いずれかに○	
勤 務 先		
連絡先	住 所	
	電話番号	
	FAX 番号	
	E-mail	
吸入療法サポート薬剤師番号	佐薬吸入療法サポート 第 号	

※破損、汚損の場合は、「吸入療法サポート薬剤師認定シール」を添付してください。

ここからは佐賀県薬剤師会事務局が記載します。

受 付 年 月 日	受 付 番 号
令和 年 月 日	
吸入療法サポート薬剤師番号	確 認 未確認



(様式 4-2 号)

吸入療法サポート薬剤師(青色)

