

令和元年 11 月 16 日より始まる、キャンペーンのご案内（1 カ月間）

吸入療法アカデミー認定吸入指導薬剤師講習会受講に際して 医師・薬剤師ペア受講キャンペーンのご案内

薬剤師の先生方が、吸入療法アカデミー認定吸入指導薬剤師講習会受講に際してより受講しやすく、さらに、講習会後にすぐに医師との密な連携が実現できることを目指し、このたび、医師・薬剤師ペア受講キャンペーンを始めましたので、ご案内致します。是非、このキャンペーンをご利用になり、より良い連携ネットをご構築ください。医師や薬剤師と共に、看護師の積極的参加も募集しております。

◆ ペア受講する医師のメリット

- 1) 医師は、受講当日までに、すい吸い連携ネット利用のための登録手続きのみ必須です。
- 2) 医師は、入会金や年会費はなく、システム登録費、システム使用料もすべて無料となります。
- 3) 当日ナビゲーター講習会（基礎コース）の開講があれば、その参加費用 5000 円も免除になります。
- 4) ナビゲーター講習会の受講は必須ではありませんが、より良い連携構築には有効です。
- 5) 入会を申請いただいた後、本部の審査通過後より、吸入療法アカデミーのインターネットクラウドを用いた医療連携システム（すい吸い連携ネット）が自由にお使い頂けるようになり、認定吸入指導薬剤師・看護師と真の医療連携が実現できます。

◆ ペア受講する薬剤師のメリット

- 1) すでに認定吸入指導薬剤師の方が、更新する際に医師とペア受講の際、更新費用は 15,000 円（税込）のところ、10,000 円（税込）へ減額し、講習会に当日 5000 円キャッシュバック致します。
- 2) 医師の入会により、吸入療法アカデミーのインターネットクラウドを用いた医療連携システム（すい吸い連携ネット）を用い、医師、看護師との真の医療連携が実現できます。
- 3) ペア受講希望の場合は、別紙 1 ペア受講申込書を薬剤師が事前に FAX（0572-67-2277）ください。
- 4) 医師が当日不参加の場合は減額対象外になりますが、下記 6) と 7) を事前に用意する方法があります。
- 5) 受講日に医師が出席できない場合

医師による自筆・捺印の登録申込書と委任状（別紙 2）および、医師自筆サインのある「すい吸い連携ネット使用に際しての承諾書」（別紙 3）の 2 書式をあらかじめご用意いただき、受講日当日に薬剤師がご持参ください。薬剤師代理による医師登録手続きが完了後、同様に 5,000 円が減額されます。

6) 受講日に医師が出席できない場合で、同じ施設所属の看護師が参加する場合

新規看護師は薬剤師講習会と同一日に開かれる認定吸入指導看護師の講習と検定試験を受けることが必須です（認定吸入指導薬剤師の詳細は、ホームページ内の項目をご参照ください）。医師による自筆・捺印の登録申込書と委任状（別紙 2）および、医師自筆サインのある（別紙 3）の 2 書式をあらかじめご用意し、新規受講の看護師は認定吸入指導薬剤師と同一日にペア受講ください。認定吸入指導薬剤師は、医師登録の代理手続きが完了時に 5,000 円返金対象になります。本キャンペーンを利用し、認定吸入指導薬剤師とペア受講する看護師は、受講費 10,000 円（税込）が 5,000 円（税込）に減額され、当日 5000 円返金します。検定試験に合格した認定看護師は、医師と別にすい吸い連携ネット用個人 ID とパスワードが配布されます。看護師不合格の際も、登録医師には ID とパスワードが配布されますので、医師と認定吸入指導薬剤師の間の連携は可能とです。訪問看護ステーション看護師の場合、訪問看護示書を作成する医師自筆サインのある（別紙 2）と（別紙 3）を提出し、認定吸入指導薬剤師とペア受講することで、同じ条件が適応になります。

別紙1 医師・薬剤師ペア受講キャンペーン申込み用紙 (薬剤師用)

私は、このたび一般社団法人吸入療法アカデミーの認定吸入指導薬剤師の講習会に、医師とともに参加受講することを希望します。参加医師には、本講習会の主旨を説明し、参加時に吸入療法アカデミーへの入会登録を行い、当法人運営のインターネットクラウドを用いた医療連携システム（すい吸い連携ネット）への積極的な参加により、医療連携の構築が行われることを説明し、医師の同意を得て申し込みます。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ
お名前 _____

フリガナ
薬局名 _____

薬局住所 〒 _____

電話番号 (_____) _____

FAX 番号 (_____) _____

メールアドレス _____ @ _____

◆ペア受講する医師の情報

(必ず医師にご確認いただいてから提出ください。誤記等は記入者ご自身の責任となります。)

フリガナ
医師名 _____

フリガナ
ご施設名 _____

所属科（専門科） _____

施設住所 〒 _____

電話番号 (_____) _____

FAX 番号 (_____) _____

メールアドレス _____ @ _____

※ 判読可能な楷書でご記載ください。判読困難な場合、登録できないことがあります。

(注意点) 申込み後、医師の当日参加がない場合は減額の対象外になりますが、医師がシステム登録された場合や、同施設看護師の認定吸入指導看護師講習会への参加があれば、費用減額が適応されます。その際には、医師自筆サインのある下記の別紙2と別紙3の双方の講習会当日の提出が必要です。

別紙2 ※講習会当日に、委任された薬剤師（看護師）が別紙3と共に持参し提出が必要です

すい吸い連携ネットへの登録同意書及び、委任状（医師用）

私は、このたび一般社団法人吸入療法アカデミーの活動に賛同し、より良い医療連携の構築のために、すい吸い連携ネット利用のためのシステム登録をします。同法人の規約に則り、医療人として同法人の品格に合った行動をし、吸入療法の普及と発展のために尽力します。

すい吸い連携ネット登録に際し、薬局（施設名） _____ 所属の

薬剤師（or 看護師）：氏名 _____ に、その登録手続きの代行を委任します。

注）：下記の登録時の情報は、当法人ホームページ上に公開されます。記載事項は公知情報のみとし、それ以外の情報は医師の自己責任となります。また、患者さんの受診時の利便性向上のため、登録されたご施設の位置情報がグーグルマップ上にピンマーカー表示されます。以上を承諾の上、登録手続きを委任した薬剤師（看護師）が代行することを承諾します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ

ご施設名 _____

所属科（専門科） _____

フリガナ

お名前（医師自筆） _____ ㊞

【医師のすい吸い連携ネットのシステム登録に必要な情報】

ご施設住所 〒 _____

電話番号 _____ (_____) _____

FAX 番号 _____ (_____) _____

メールアドレス _____ @ _____

※今後、連携に使用するアドレスです。個人携帯アドレスの場合、薬剤師からの報告書が届くため、容量が増えていく可能性がありますので、仕事用が望ましいと考えます。

※ 誤入力为了避免のため、判読可能な楷書でご記載ください。判読困難な場合、登録できないことがあります。

※ 提出必要な書類は2つあります。本用紙と（別紙3）「すい吸い連携ネット使用に際しての承諾書」の双方に自筆サイン頂き、薬剤師（or 貴施設からの参加看護師）にお渡しください。

第 1 条(使用目的と同システムの位置付け):すい吸い連携ネット(すいれんネット)は、一般社団法人 吸入療法アカデミー が患者への吸入指導をより円滑かつ的確に行う目的で開発した、インターネットクラウドシステムによる医療連携ツールです。本システムは診療カルテではなく、その代用にも当たらず、医療連携のための補助ツールとして位置付けられるものです。従って、本連携システムで入力された記載内容等の記録は、利用者自身が従来の診療カルテ内に反映させ、保管ください。記載 内容やその保管等に関し、当法人及び理事長等法人役員及び関係者は、責任を一切負いません。

第 2 条(使用資格と条件):本システムが利用できる者は条(使用資格と条件):本システムが利用できる者は、医師・薬剤師・看護師の資格を有し、一般社団法人吸入療法アカデミー会員のみとします(入会方法は別途に定め、ホームページより手続可能)。医師は入会する必要がありますが、システム利用のための医師と施設の登録が必要です。当法人本部による本人確認と審査を経て、システム利用が可能になります。システム利用できる薬剤師・看護師は、アカデミー会員かつ、当法人が認定した認定吸入指導薬剤師・認定吸入指導看護師のみとし、有効な認定資格がない場合は、利用はできません。認定吸入指導薬剤師・看護師の認定期間は 2 年間ごとの更新制となります(更新方法は別途に定める)。入会后、2 年以上の長期間に渡り、本システム利用歴が一度も無い場合には、本部の判断でシステム利用を停止する場合があります。その際にはサーバー上の会員情報も更新されず、削除する場合があります。再度利用を希望する場合、新たな登録が必要となります。

第 3 条(会員登録情報):会員登録は、一般社団法人吸入療法アカデミーのホームページから、会員自身が行うことを原則とします。登録はパソコン、タブレットあるいはスマートフォンを用い、常時メール送受信が可能なものにしてください。なお、いわゆる“ガラケー”携帯電話は正常に作動しない場合があり、“ガラケー”のメールアドレスは登録しないでください。会員 情報は可能な限りのセキュリティ対策を行っているサーバーを使用し、サイトは SSL による暗号化をされ、プライバシーポリシー(別記)に則り管理します。貴殿および貴施設が一般公開している公知情報(施設名、施設住所・電話・FAX 番号、メールアドレス等)でシステム運営上必須事項を入力し、不特定の第三者に知られたくない個人住所や電話番号、メールアドレス等の情報は避け、その漏洩時には本人の自己責任になります。患者自身がスマートフォンなどを用いて、吸入指導が可能な施設をネット検索できるように、登録医師は、医師名・施設名・同住所と位置情報マップ・電話番号等、薬剤師の場合は、勤務する薬局等施設名・同住所と位置情報マップ・電話番号等の情報をアカデミーホームページ上に公開します。

第 4 条(情報管理責任):本システムは、可能な限りのセキュリティ対策を行っているサーバーを使用し、サイトは SSL による暗号化をしていますが、ハッカーによるサイト攻撃を回避できない場合もあります。蓄積された情報の漏洩、悪戯・改ざんや破壊のリスク、天変地異等の予測不能な事態による突然のシステムダウンで利用不可能となるリスクがあり得ます。システム内に蓄積される連携情報は永久保存ではないため、必ず利用者自身が紙や他電子媒体など別の手段方法で保管ください。情報破壊やそれによる損失等に関し、当法人及び理事長等法人役員及び関係者は、その責任の一切を負いません。

第 5 条(患者同意と個人情報):患者情報は各医療機関の患者診察券番号のみで管理し、システム管理上、他に個人情報と結びつく情報源は存在しません。そのため、各施設での患者自身の診察券番号は重要であると認識ください。本システム利用時には、都度、患者本人(小児や高齢者で困難な場合には家族)からの同意を必ず得てから使用することとします。本システム内に、第三者が患者個人の特定が可能となる情報(氏名、住所、電話番号等)及び、診療上必要な情報以外の情報、人権侵害に当たる内容を記載入力することは固く禁じます。これらに抵触する場合、注意喚起後に本部で削除する場合があります。

第 6 条(ID 発行の原則):同一施設内で、同一人物の重複登録を禁じ、一会員に一 ID 発行の原則となります。違反時には関連する ID を一時停止とし、故意の場合には削除することがあります。婚姻等により姓名等の個人情報が変わる場合、登録情報の変更手続で、同一 ID をそのまま利用可能ですので、速やかに本部にメール連絡ください。転勤等で所属施設変更の場合は、同一施設内の一会員一 ID の原則により、新しい ID を発行し、前施設 ID は利用できなくなります。複数の施設に勤務する場合、一施設ごとで一会員に一 ID 発行が可能となります。なお、事務手続上、変更完了まで 2 週間程度かかります。

第 7 条(学会発表等の情報利用):医療連携によりシステム内に蓄積された情報は、当法人及び理事長の責任のもと閲覧し、当法人とシステム運営維持発展のため利用します。会員個人や施設の特定ができない形で統計学的処理を行い、当法人及び理事長名で、学会や研究会発表・論文等で用いることがあります。その際の著作権等は、当法人や理事長に帰属することとします。

第 8 条(損害賠償等):当法人や役員等の関係者・他会員への誹謗中傷と判断できる内容をサイト内に書き込むことを厳禁とします。違反が判明した場合、直ちにシステム利用停止措置を行い、除名などの対応を行う場合があります。名誉棄損などの法的な問題が発生した場合には、その当事者間での解決とし、当法人及び理事長等の法人役員及び関係者は関与しません。会員として、あるまじき言動や行動があった場合、本会や他会員への誹謗中傷などの信用失墜行為があった場合、退会処分を行うことがあります。また、名誉棄損などの被害程度により、損害賠償請求等の法的対応を行うことがあり、その際には名古屋地方裁判所を第一審の専属的合意管轄裁判所とします。

第 9 条(本承諾書規約変更):本承諾書の規約内容に変更が必要な場合、当法人理事会で協議し承認を得てから行い、その詳細を一定期間ホームページ上に公開した後に、承諾を得られたものとし発効します。

以上、すい吸い連携ネット(すいれんネット)使用に関する全条項を熟読し、その内容を納得したので承諾します。

西暦 年 月 日

医師氏名(自筆)
