

5月10月
開講



薬剤師のためのマンツーマン添削システム付き通信講座

トリニティ 通信添削講座

高齢者・在宅患者支援コース

トリニティ通信添削講座の学習の目標は“知識・技術・やる気”の三要素の修得!

ネオフィスト研究所では、医薬分業の発祥の地であるドイツの薬局視察を通じて、コミュニティファーマシー(=地域密着型薬局)の創造を目指しています。コミュニティファーマシーの業務の3本柱は、調剤(薬歴&服薬支援を含む)、OTC医薬品を含めた医薬品の供給、高齢者・在宅患者支援と考えます。このコースでは薬局窓口における高齢者支援力や在宅に行って行なう在宅患者支援力を高めていきます。

この講座 の特徴

- 加齢に伴って見られる疾患を学び、薬局窓口での服薬支援に活かします。
- 「健康サポート薬局」として、地域住民からの相談に答えられるように、介護保険の知識を履修します。
- 在宅にいて何を見てくればいいのか、何をしてくればいいのか、薬局の窓口での服薬支援とは違う、在宅患者ならではの支援方法を学びます。
- 当所オリジナルの在宅療養アセスメントワークシートを用いて、在宅でのアセスメント項目を学びます。
- 在宅特有の中心静脈栄養(IVH)、経腸栄養、在宅酸素、疼痛緩和、褥瘡管理などの高度在宅医療の薬学的管理業務を学びます。
- 他職種介護報酬や診療報酬を学びます。
- 在宅で必要とされる知識を身につけ、アセスメント力を高め、在宅療養に必要な支援力を習得していきます。
- 添削課題として、アセスメントワークシート、薬学的管理指導計画、医師への報告書などを作成していきます。

2019年10月開講コースをJACP会員の方は、60,000円(税別)のところ3割引価格の42,000円(税別)で受講ができます。ぜひこの機会にご活用ください。

コース名(送付回数)	学習する内容	学習の進め方	受講期間
Zコース (全10回)	1) 認知症 2) パーキンソン病 3) 脳血管障害 4) 排泄障害 5) 嚥下障害 6) 中心静脈栄養 7) 経腸栄養 8) 褥瘡 9) がんの疼痛緩和 10) COPDと在宅酸素	＊教材は自主課題(自宅学習)と添削課題からなる ■ 自習課題 ・知識の充足(疾患について) ・在宅療養支援の基礎知識 ■ 添削課題(課題を書いて期限までにFAX) <添削課題の内容> ・在宅療養支援アセスメントワークシートを用いたアセスメント ・薬学的管理指導計画書 ・医師への報告書 ・ケアマネジャー等他職種への報告書 など	約1年

受講者の声

- 在宅療養支援アセスメントワークシートは役立ちました。患者さんのお宅に行き、何を観察し何をしてくればいいのか分かりました。
- 介護保険、在宅の医療保険も解説しており、医師の報酬、看護師の報酬、その他の職種の報酬がわかり、多職種と会話がしやすくなりました。

添削の例



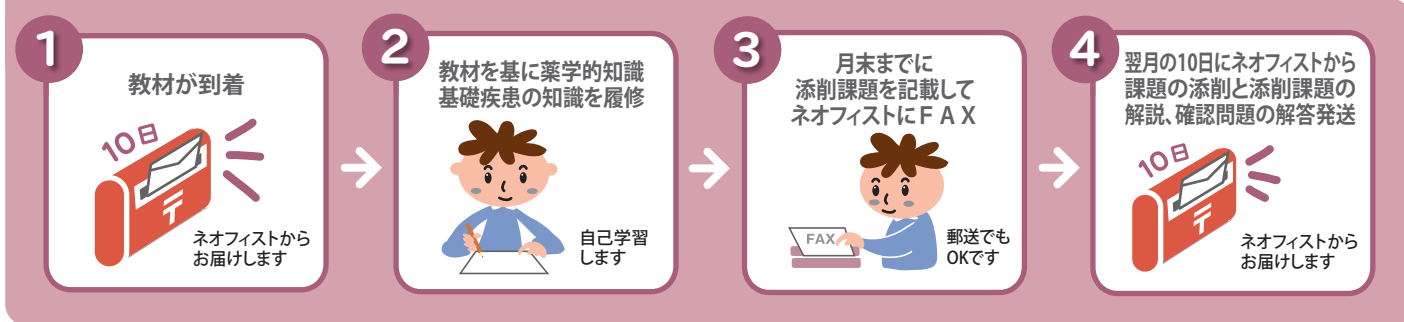
各コース好評開講中! 資料請求やお問い合わせは下記ホームページからお進みください。

www.neophist.co.jp



有限会社 ネオフィスト研究所
 〒153-0063 東京都目黒区目黒1-6-23
 TEL:03-6303-9031 FAX:03-5759-1724

トリニティ通信添削講座のながれ



受講申込書
(FAXまたは郵送)

FAX,または郵送で申込み

下記申込書に必要事項をご記入の上、FAXまたは郵送でお送りください。開講案内、請求書は開催約1ヶ月前から発送を開始します。なお、1ヶ月以内のお申込みの時は、申込書受領後1週間ほどで開講案内・請求書を発送いたします。受講料の振り込み確認後、開講月(5月、10月)の10日前後に教材を発送いたします。

申込み切日：開講月(5月、10月)の5日まで

WEBから申込み

下記ネオフィスト研究所ホームページからお進みください。 <http://www.neophist.co.jp>

● JACP(日本コミュニティファーマシー協会) 会員様は、連絡希望事項欄に「JACP会員番号」をご記入ください。割引いたします。
● ネグジット総研の薬局経営者研究会会員企業様は、連絡希望事項欄に「ネグジット総研会員」とご記入ください。割引いたします。

会社名	ふりがな	ふりがな	連絡希望事項
	会社名 (正式名称)	薬局名または 事業所名	
	所在地: 〒		
	電話番号: ()		
	FAX番号: ()		
	責任者氏名:	所属 役職名	
受講者名	ふりがな	勤務先名:	
	受講者氏名:	Mail アドレス: @	
	教材送付先 → 自宅・薬局(薬局名):)・その他()	
	住所: 〒		
	電話番号: ()	FAX番号: ()	

※受講者の添削結果の送付を希望する会社様は、下記欄へご記入ください。

報告書送付先	報告書あて名(正式名称):	責任者名:
	送付先住所: 〒	
	電話番号: ()	FAX番号: ()

コース内容	受講料(税別)
Zコース(全10回)	60,000円

受講申込先
(郵送かFAXどちらかで)

<郵送先> 〒153-0063 東京都目黒区目黒1-6-23 (有)ネオフィスト研究所
<FAX送信先> **03(5759)1724** (有)ネオフィスト研究所

ネオフィストスコレ ウェビナー(WEB研修)コース/申込書

↓ご希望のコースの□の中にチェック☑を入れてください

ご希望コース	コ ー ス 内 容	研修時間	受講料(税別)
<input type="checkbox"/>	保険調剤基礎コース	6時間×4日間=24時間	100,000円 (人数制限なし)
<input type="checkbox"/>	薬局管理完璧コース	6時間×2日間=12時間	100,000円(3人迄) 4人以上～要相談
<input type="checkbox"/>	医療保険と調剤報酬コース	6時間	50,000円(3人迄) 4人以上～要相談
<input type="checkbox"/>	薬歴管理とかかりつけ薬剤師実践コース	6時間	50,000円(3人迄) 4人以上～要相談
<input type="checkbox"/>	在宅医療基礎コース	6時間	50,000円(3人迄) 4人以上～要相談
<input type="checkbox"/>	在宅医療実践コース	6時間	50,000円(3人迄) 4人以上～要相談
<input type="checkbox"/>	セルフメディケーショントリアージコース	6時間	50,000円(3人迄) 4人以上～要相談
<input type="checkbox"/>	薬局支援ウェビナーコース	2時間	100,000円 (人数制限なし)

希望開催日	第1希望日 (年 月 日 午前・午後)	開催希望日時に関して何かありましたらご記入ください
	第2希望日 (年 月 日 午前・午後)	
	第3希望日 (年 月 日 午前・午後)	

会社名	フリガナ	フリガナ	連絡希望事項
	会社名 (正式名称)	薬局名または 事業所名	
	所在地: 〒		
	電話番号: ()	FAX番号: ()	
	責任者氏名:	所属 役職名	

代表受講者名	フリガナ	勤務先名:
	受講者 氏名:	Mailアドレス:
	教材送付先 → 自宅・薬局(薬局名:)・その他()	
	住所: 〒	
	電話番号: ()	FAX番号: ()

受講申込先
(郵送かFAXどちらかで)

<郵送先> 〒153-0063 東京都目黒区目黒1-6-23 (有)ネオフィスト研究所

<FAX送信先> **03 (5759) 1724** (有)ネオフィスト研究所