

## 情報収集（モニタリング）と介護計画書作成 ～情報収集と課題分析・計画立案～

介護計画書を立てる上で欠かせないのはモニタリング（利用者からの情報収集）です。ケアプランに基づき、いかに利用者が満足できるサービスが提供できるか、それはこのモニタリングにかかっているとと言っても過言ではありません。しかし利用者が認知症の場合など、必要な情報が聞き出せない場合も多く、苦勞されている方もいらっしゃるのではないでしょうか。

このセミナーでは利用者から情報を聞き出す秘訣、また課題分析と目標（長期・短期）の設定とサービス内容を事例を用いながら解説していきます。また計画書交付に必要不可欠となる説明責任の重要性についても説明していきます。生活相談員はもちろん介護職の方など、少しでも介護計画作成に携わっておられる方に知っていただきたい内容を解説していきます。これを機におさらいをしてみませんか。

開講日	【福岡】（第1回目）令和1年8月18日（第2回目）8月25日		
	【熊本】（第1回目）令和1年8月24日（第2回目）8月31日		
講師	白石 均 【福岡シティ福祉サービス代表】		
会場	【福岡】クローバープラザ【春日市原町3丁目1-7】		
	【熊本】熊本総合福祉センター【熊本市中央区南千反畑町3-7】		
定員	各15名	開催時間	10:30～16:00



### 講師略歴

社会福祉士

福岡シティ福祉サービス代表  
社団法人・日本社会福祉士会会員  
福岡市介護認定審査会委員

1968年6月20日 岡山県生まれ  
近畿大学大学院・産業技術研究科  
修了後、大手学習塾にて講師・教務に携わる。

1998年以降13年間、ケアプランセンターにて給付管理業務、有料老人ホーム・デイサービスセンターにて生活相談業務、介護保険請求業務に携わる。

2012年5月、福岡シティ福祉サービス設立。介護請求代行・職員研修を主な業務としている。

業務経験談を交えた講義はレジュメとともに分かりやすいと定評がある。

### 【主な実績】

- ・通所介護&リハ（日総研）執筆
  - ・Webセミナー収録 など
- fukuoka-fukushi@pro.odn.ne.jp

### ◆受講内容

#### 【第1回目】

介護計画書作成のねらいと重要性について  
サービス提供の流れ  
利用者宅訪問とアセスメント  
利用者の本音を聞き出す難しさ  
介護計画書立案の手順について  
ケアプランと介護計画書の連携について  
必要に応じ、演習を交えて解説を進めていきます。

#### 【第2回目】

長期目標と短期目標の設定  
説明責任（アカウンタビリティ）  
変更時のサービス提供の流れ  
記録について  
事例検討  
必要に応じ、演習を交えて解説を進めていきます。  
H30介護報酬改定について  
今後の介護報酬改定傾向

### ●お申込み・お問合せ●

申込フォーム、E-Mail、お電話などでお申し込みください。  
ご不明な点がございましたらお気軽にお問い合わせください。



福岡シティ福祉サービス

～(株)東京シティ福祉サービスフランチャイズ加盟店～

〒819-0005 福岡市西区内浜 1-14-13 カイザー姪浜 201

Tel 092-883-9144 Fax 092-883-1142 E-mail

IP 電話 050-2025-6063 (FAXにも対応)

## セミナー受講申込の流れ

申込みフォームに必要事項を入力後送信後、折り返し当事業所より受講のご案内メールを送信いたします。

申し込み後、受講案内メールに従い、開催 1 週間前迄に受講料の振込をお願いします。

### 【受講料振込先】

福岡中央銀行新室見支店（フクオカチュウオウギンコウ シンムロミシテン）

普通 1105093

口座名義人 福岡シティ福祉サービス 代表 白石均

振込額	1日のみ参加の場合	5,000 円
	2日とも参加の場合	10,000 円

\*振込手数料はお振込人様の負担とさせていただきます。

\*振込の控え（銀行の振込票等）を領収書に代えさせていただきます。

\*お申し込み後、キャンセルされる場合は必ず事前にご連絡願います。

受付完了

受講料振込が完了した時点で正式受講申込となります。

当事業所で受講料入金確認後、開講日 1 週間までに受講決定通知書等を送付いたします

受講!!

都合により、セミナーを開催中止・もしくは延期する場合があります。各参加者個人にご連絡（お電話・メール）させていただきます。その際は各個人単位で対応させていただきます。

\*原則、事前の振込をお願いしておりますが、都合により当日現金払いをご希望の方は事前に必ずご連絡をお願いします。

### 受講料返金について

既にお支払いいただいた受講料に関してお客様の都合によるキャンセルにつきましてはセミナー開催 1 週間までのお申し出には全額返金いたしますが、それ以降の返金には応じかねますので予めご了承ください。

### ●お問い合わせ先●



福岡シティ福祉サービス ～(株)東京シティ福祉サービス FC 加盟店～

〒819-0005 福岡市西区内浜 1-14-13 カイザー姪浜 201

Tel 092-883-9144 Fax 092-883-1142 IP 電話 050-2025-6063

FAX 送信先

092-883-1142

または 050-2025-6063(IP)

## セミナー受講申込書【個人用】



送信方向

\*受講者の個人情報（氏名、住所、電話番号等）は、当該講座に関する通知等の送付および講座実施に講座受講の際の本人確認の範囲で利用いたします。

受講申込用紙にご記入後、Faxにてお申し込みください。

講座名	情報収集（モニタリング）と介護計画作成 ～情報収集と課題分析・計画立案～			
期日	【福岡】	<input type="checkbox"/> （第1回目）令和1年8月18日	<input type="checkbox"/> （第2回目）8月25日	時間 10:30 ～16:00
	【熊本】	<input type="checkbox"/> （第1回目）令和1年8月24日	<input type="checkbox"/> （第2回目）8月31日	
フリガナ				性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名				
住所	〒			
電話番号	( )		携帯番号	( )
Fax 番号				
E-Mail	@ *ご連絡は可能な限りメールで優先的に行いますのでできるだけご記入をお願いします。			
勤務先名				
勤務先住所	〒			
勤務先電話番号	( )			
勤務先 FAX 番号	( )		通知等送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先
介護系取得資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー（1・2級） <input type="checkbox"/> 看護師・准看護師 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事 <input type="checkbox"/> その他（ )			
介護系勤務年数	年			

●お問い合わせ先●



FUKUOKA CITY  
WELFARE SERVICE

福岡シティ福祉サービス

〒819-0005

福岡市西区内浜 1-14-13 カイザー姪浜 201

Tel 092-883-9144 Fax 092-883-1142

IP 電話 050-2025-6063

FAX 送信先  
092-883-1142 または  
050-2025-6063

## セミナー受講申込書【団体用】



送信方向

講座名	情報収集（モニタリング）と介護計画作成～情報収集と課題分析・計画立案～				
セミナー期日	【福岡】 ①令和1年8月18日 ②8月25日 【熊本】 ③令和1年8月24日 ④8月31日 *下記参加希望日に該当する番号に✓を入れてください。		セミナー時間	10:30~16:00	
参加者	参加希望日	氏名	フリガナ	性別	勤務年数
	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
事業所名					
事業所住所	〒				
フリガナ					
担当者氏名					
事業所電話番号	( )				
事業所 FAX 番号	( )		通知等送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先	
事業所 E-Mail	@ *ご連絡は可能な限りメールで優先的に行いますのでできるだけご記入をお願いします。				

\*受講者の個人情報（氏名、住所、電話番号等）は、当該講座に関する通知等の送付および講座実施に関する連絡、講座受講の際の本人確認の範囲で利用いたします。

通知書送付先でご自宅を選択の場合、別紙に送付先住所をお書きください。受講申込用紙にご記入後、Faxにてお申し込みください



福岡シティ福祉サービス 〒819-0005 福岡市西区内浜 1-14-13 カイザー姫浜 201

FUKUOKA CITY  
WELFARE SERVICE

Tel 092-883-9144

Fax 092-883-1142

IP 電話 050-2025-6063

通知書等送付先住所（自宅住所）

参加者氏名		
送付先住所	〒	
Tel		携帯

参加者氏名		
送付先住所	〒	
Tel		携帯

参加者氏名		
送付先住所	〒	
Tel		携帯

参加者氏名		
送付先住所	〒	
Tel		携帯

参加者氏名		
送付先住所	〒	
Tel		携帯

送付先に自宅を選択の場合、記入していただき、セミナー受講申込書と一緒に FAX 送信してください