



共催：町田市・町田市介護人材開発センター

相談援助の専門性を身につけよう！

2018年度 相談援助研修・上級編

この研修は主任介護支援専門員の研修となり、また、2019年度

主任介護支援専門員研修受講者の推薦要件の対象研修となります。

◆主 旨

医療・介護の現場では、「相談援助者」自身が実践の媒体となるので、援助者によってその後の利用者さんの状況が左右されることがあります。そこで、相談援助に携わる者には一定以上の専門性が求められるのです。

私たちが日ごろ何気なく実践している相談援助は、実は経験的な理論で裏付けされています。それを点検しつつ、専門家にとって重要となる支援理論を学び、自らの実践の根拠とすることができれば、専門家としての自身につながります。

本研修で、自身の相談援助を振り返るとともに、ソーシャルワークの実践理論を学び、どのような利用者さんやご家族の支援においても有用な、思考力、判断力、支援力を身につけ、専門的な力量を高めましょう。

是非ご参加頂きますようご案内申し上げます。また、これから主任介護専門員を目指す方、高齢者支援センターで相談業務についている方は是非ご参加ください。

◆講 師： 堀越 由紀子 氏

(東海大学 健康科学部社会福祉学科教授)



上智大学文学部社会学科社会福祉学専攻卒ならびにルーテル学院大学総合人間学研究科社会福祉学専攻修了、現在同大学院博士後期課程在学中。1978年4月～2004年3月北里大学病院および北里大学東病院において医療ソーシャルワーカーとして勤務、2004年4月より田園調布学園大学准教授となり、2011年4月より現職。

◆日 時： 各回 13：30 ～ 16：30 (受付13：15～)

	日 程	テ ー マ
第1回	6月26日(火)	相談援助に必要なものとは？
第2回	7月17日(火)	事例検討
第3回	8月28日(火)	事例検討
第4回	9月18日(火)	事例検討
第5回	10月23日(火)	事例検討・まとめ

★今回の研修には、「事例」を提出していただきます。

各自、研修会の場で検討したいと考える担当事例について ①フェイスシート ②アセスメントシート ③事例提出の概要 を2部持参してください。初回受付時に1部提出をお願いいたします。

事例は、個人が特定できないよう、必ず適宜加工するなどし、プライバシー保護に十分配慮したうえで提出してください。

◆会 場：健康福祉会館 4階ホール

注) 健康福祉会館横の駐車場は、研修参加者は使用できません。
公共交通機関でお越しください。

◆対 象： 4年以上「介護支援専門員」または「相談業務」についている
生活相談員、主任介護支援専門員、介護支援専門員、高齢者支援センター
職員 他

◆参加費： 資料代として2,500円(5回分)
初回受付時に集めさせていただきます。

◆定 員： 各50名(先着順)
応募者多数の場合は、事業所で参加人数の調整をさせていただく場合があります。

◆申込方法： 申込用紙に必要事項を記入の上、町田市介護人材開発センターへ
F A X：042-851-9579
または E-mail：info@machida-kjkc.jp までお送りください

◆申込締切：2018年 6月12日(月)まで

◆受講決定：受講が決定された方には受講決定通知書を送付いたします。
参加申込書に記載された方法にて送らせていただきます。チェックがない時にはアドレス記載があればメールで、なければ郵送で受講決定通知書をお送りします。
決定通知書が届かない場合は必ずお問合せください。

◆問い合わせ先：

一般社団法人 町田市介護サービスネットワーク

町田市介護人材開発センター 事務局

〒195-0074 町田市山崎町 2055-2 C-111

T E L：042-851-9578 F A X：042-851-9579



訂正

FAX 番号：042-851-9579

(町田市介護人材開発センター事務局)

E-mail : info@machida-kjkc.jp 2018年 6月12日(火)まで

共催：町田市・町田市介護人材開発センター
2018年度 相談援助研修
参加申込書【上級編】

申込年月日：2018年 月 日

【申込担当】

法人・事業所名：【必須】

担当者名：【必須】

決定通知発送方法	郵送 （下記の住所に発送）・ メール （下記のアドレスに発送） ※どちらかに○をしてください。記載が無い場合は郵送いたします。
住所【決定通知発送】	〒
メールアドレス【決定通知発送】	
電話番号【連絡先】	

【参加者名】

	所属部署 (事業所)名	事業種 (下記の数字を記入)	基礎資格 (下記の数字を記入)	職種(○で囲む)	経歴 年数	カナ 氏名
1				1.主任介護支援専門員 2.介護支援専門員 3.相談員 4.介護職 5.その他()		
2				1.主任介護支援専門員 2.介護支援専門員 3.相談員 4.介護職 5.その他()		

《事業種 No.》

1. 高齢者支援センター 2. 居宅介護支援 3. 訪問介護 4. 通所介護 5. 入所施設
6. その他()

《基礎資格 No.》

1. 保健師・看護師 2. 社会福祉士・精神保健福祉士 3. 介護福祉士 4. ヘルパー2級(介護職員初任者研修)
5. その他()

※ いただいた情報は適正に管理し、研修事業の目的以外には使用いたしません。

ありがとうございました。

事務局使用欄

受付	入力	決定通知

提出事例の概要

事業所			
ケアプラン作成者			
基礎資格		経験年数	年 月
事例のタイトル			
事例の提出理由			
なぜ、この事例を提出しようと思ったか、その理由を簡潔に要約してお書きください。			
<hr/>			