

共催：町田市・町田市介護人材開発センター

対人援助職に必要な能力



2019年度 相談援助研修・初級編

この研修は「相談援助」技術が必要な相談員・ケアマネ・サービス提供責任者の方向けの初級研修です。

主任介護支援専門員研修受講者の推薦にはなりません。ただし、相談援助研修上級編を受けるためにはこの研修を受けていることが条件になります。

◆主 旨

「相談業務」と一言と言っても様々な役割の中で仕事を進めていきます。相談援助者として何をすればよいのか。どのように進めていけばよいのか等、分からないことがいっぱいあります。面接等に際し「御用聞き」にならず、専門性のある相談援助をするにはどのようにすればよいのか、利用者にとって正しいアセスメントとはなど、一緒に考えてみませんか。自分の仕事を説明する力、判断する力を身に付けたい方、相談援助者としてご自身を振り返りたい方など、初心に戻れる機会として、是非ご参加頂きますようご案内申し上げます。

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に着任して日の浅い方、ケアマネジャー・サービス提供責任者に成りたての方は、是非ご参加ください。

◆講 師：対人援助スキルアップ研究所 所長 佐藤 ちよみ氏



介護支援専門員・介護福祉士。また、交流分析インストラクター・東京都福祉サービス第三者評価者・介護技術講習主任指導者でもある。現在は、「サービス提供責任者研修」「介護支援専門員実務研修」「対人援助技術」「介護記録の書き方」など、介護職育成に欠かせない様々なテーマで講師を務める。

ブログアドレス <http://kaigosupport-satou.seesaa.net/>

【主な著書・連載執筆】

『サービス提供責任者の業務実践マニュアル』中央法規（単著）

『ケアマネジャー最強のアセスメント力養成講座』エクスナレッジ（単著）

『図解でよくわかる介護記録の書き方・活かし方』秀和システム（単著）

『よくわかり、すぐ使える訪問介護計画書のつくりかた 改訂新版』日本医療企画（単著）

『ケアプラン困ったときに開く本』技術評論社（単著）

◆日 時： 各回 14：00 ～ 16：00（受付13：30～）

第1回 5月16日（木）

第2回 5月30日（木）

第3回 6月20日（木）



◆プログラム内容：

	テ ー マ
第1回	相談援助の展開（PDCA）と記録 ～バイステイックの原則について～
第2回	私のアセスメント・自己覚知 ～他者と交流し、自己理解を深める～
第3回	相談援助の展開(質問技法を体験) ～面接技法を観察・記録して学びを深める～

◆会 場： 町田市健康福祉会館 4階講習室 （町田市原町田 5-8-21）

注）健康福祉会館横の駐車場は、研修受講者は使えませんので、
公共交通機関でお越しください。

◆対 象： 生活相談員、主任介護支援専門員、介護支援専門員、
サービス担当責任者・高齢者支援センター職員 他

◆参加費： 資料代として1,500円（3回分）
※初回受付時に集めさせていただきます。

◆定 員： 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
FAX：042-851-9579
またはE-mail：info@machida-kjkc.jpまでお送りください

◆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。
メールで申し込みをされた方にはメールで、FAXで申し込みをされた方には
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。

◆申込締切： 2019年 5月 7日（火）まで

◆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
TEL：042-851-9578 FAX：042-851-9579

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 2019年5月7日(火)まで

2019年度相談援助研修「**対人援助職に必要な能力**」

共催：町田市・町田市介護人材開発センター
参加申込書【初級編】

申込年月日： 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】	_____
FAX【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）	職種（○で囲む）	経験 年数	カ 氏 ナ 名
		1. CM 2. 主任CM 3. 生活相談員 4. サ責 5. その他（ ）		
参加の目的（可能であればご記入ください）				

《事業種 No.》

1. 特養 2. 通所介護 3. 福祉用具 4. 訪問看護 5. 特定施設 6. 居宅介護支援 7. 訪問介護
8. 老健 9. 小規模多機能特定施設 10. グループホーム 11. 高齢者支援センター 12. 医療機関
13. 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。

事務局使用欄
【060-19-17】

受付	入力	決定通知
		有