

ケアマネジメントにおける

「援助関係の軌跡」 ～クライアントとの間にあるもの～

自分の経験や価値観が、援助関係や支援方法に影響を与えていると感じたことがありますか。月間ケアマネジャーに連載された池埜先生と朝来市の足立里江さんとの対談は衝撃的なものでした。援助職者として自らが与える影響、自ら受けている影響を知ることが、困難ケースの解決につながることもあります。援助関係の読み解きと自身のセルフケアにつながる一歩になることを願っています。

【日時】 令和4年2月17日（木）

14：00～16：30

【形式】 オンライン Zoom

【参加費】 日田市協会会員1,000円

大分県協会会員3,000円

会員外5,000円

【申し込み方法】 別紙Faxにて

【申し込み期限】 1月31日



<講師> **池埜 聡** 氏
Satoshi Ikeno

関西学院大学人間福祉学部 社会福祉学科教授

<研究分野・キーワード>

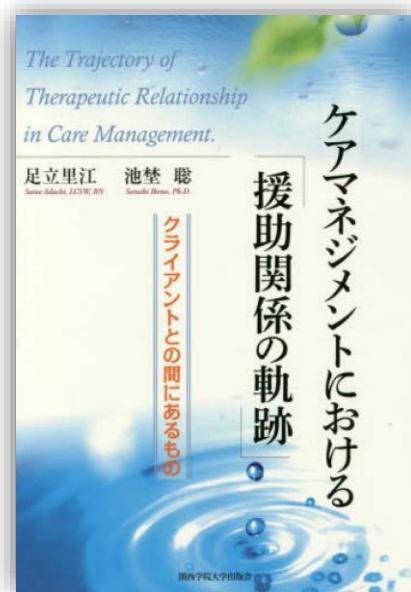
臨床ソーシャルワーク、心的外傷学、マインドフルネス

<研究概要>

犯罪被害、災害、戦争、虐待など、外傷性ストレスを受けた人々に対する支援の充実を目指した「トラウマ被害の科学的理解にもとづくソーシャルワーク」の構築を臨床・研究双方から目指している

<著書>

ケアマネジメントにおける「援助関係の軌跡」、福祉介護職の為のマインドフルネス1日5分から始めるストレス軽減 等多数



発行 関西学院大学出版会

【問い合わせ先】 日田市介護支援専門員協会

TEL080-8573-1143 / 0973-57-8066（センテナリアン内）中嶋保恵

ケアマネジメントにおける「援助関係の軌跡」研修 参加申込書

送信先 FAX 0973-23-7088

担当幹事 米村（日田市中心地域包括支援センター）行き

※Faxとメールの両方からの申込みが必要です

【手順1】 Faxで申込み（1月31日迄）

- ・日田市協会会員・大分県協会会員・会員外に○をつけて下さい。
- ・日田市会員のうち「第13回 日本介護支援専門員協会九州・沖縄ブロック研究大会」に参加した方は参加費が免除になります。ブロック大会の受講番号を記入してください。
- ・研修受講証明書は必要な方のみ発行します。必要な方は○をつけてください。

事業所： _____ 電話番号： _____

日田市 会員	県協会 会員	会員外	氏名	携帯電話番号	ブロック大会 受講番号	受講 証明書

※研修中にトラブルが発生した場合、個別に電話します

合計 _____ 人 内訳：1,000円× _____ 人、免除 _____ 人、3,000円× _____ 人、5,000円× _____ 人)

【手順2】 使用機器より下記へメールで申込み（1月31日迄）

ZoomミーティングIDとパスワードを送信します

日田市協会メールアドレス： hita-cma@outlook.com

件名「217研修申込（氏名）」 本文「(氏名)・(メールアドレス)」で送信
 受講証明書が必要な方のみ「受講証明書送付希望、郵便番号、住所」を記入

【手順3】 参加費を下記口座に振り込む（1月31日迄）

- ※事業所毎に振込む場合は、事業所名と人数を、個人の場合は名前がわかるように記載（いかなる場合も返金しませんので、予めご了承ください）
- ※振込完了後は、振込みしたことを協会にメールしてください。

振込先	ゆうちょ銀行
口座記号	17200
口座番号	25725151
名前	日田市介護支援専門員協会