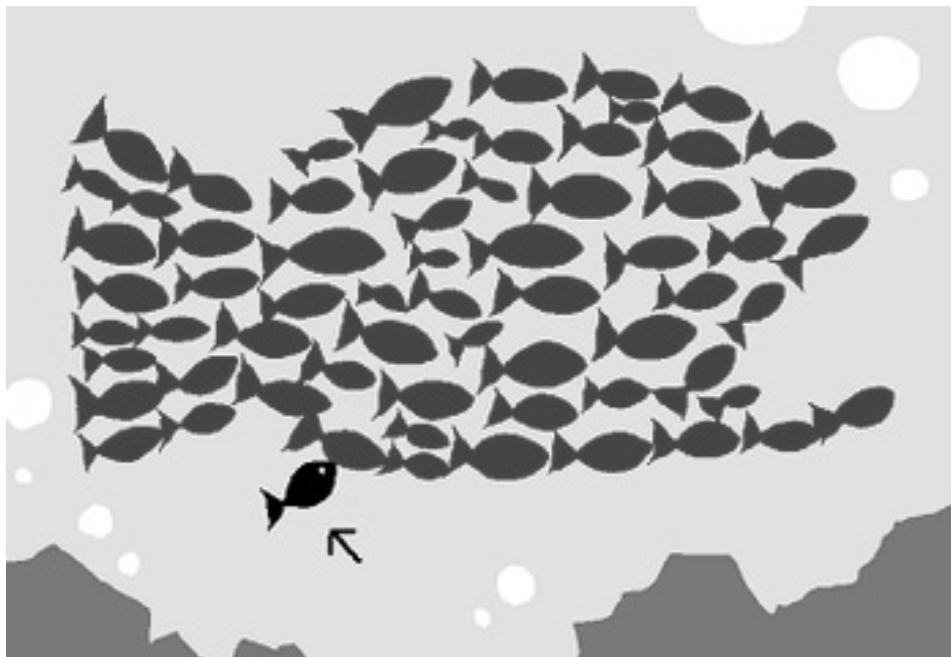


# ACT 全国ネットワーク ブロック別研修会(関東)のお知らせ

主催：ACT全国ネットワーク／認定NPO法人地域精神保健福祉機構・コンボ



1. 日時:平成 28 年 2 月 20 日(土) 9:30~16:00 (休憩 11:00~12:00) ※開場 9:10
2. 場所:リッチモンドホテルプレミア東京押上 会議室 SAKURA(桜)  
〒131-0045 東京都墨田区押上 10-1-30 TEL: 03(5819)0731 「押上駅」 B3 出口より徒歩 3 分
3. 内容: テーマ「病院から地域へ、その後は？」—アウトリーチによるケアマネジメント—

午前の部 基調講演「アウトリーチに生かす当事者研究」

北海道医療大学看護福祉学部 臨床福祉学科 教授 向谷地 生良

午後の部 事例検討会「ACT チームが抱えている困難な事例」

—リフレクティング・プロセスを用いた事例検討—

ワークショップファシリテーター ACT-J チーム

■リフレクティング・プロセス:ノルウェーの精神科医であるトム・アンデルセンによって始められた家族療法の実践的手法。当事者・家族・セラピスト(グループ 1)が話しあっているのを別の専門家グループ(グループ 2)が黙って聴いており、次にグループ 2 が聴いて理解したことや感じたことを、グループ 1 の目の前で話し合う(この間、グループ 1 は黙って聴いている)。この後、グループ 1 はグループ 2 の話し合いを聴いて思ったことや感じたことについて話し合う。リフレクティング・プロセスは専門家同士のコンサルテーションにも用いられている。なお、オープンダイアログでは、この手法は少し形を変えて取り入れられている。

4. 定員:80 名(事前申込締切:平成 28 年 2 月 16 日)

5. 参加費:3,000 円 (参加費は当日受付でお支払いください。おつりのないようご協力をお願いいたします)。

6. お申し込み方法:以下の問い合わせ先に、裏面の「参加申込書」に必要事項をご記入の上、FAX あるいはメールにてお申し込みください。

■お申し込み・お問い合わせ

ACT 全国ネットワーク事務局 担当:久永(ひさなが)

〒272-0031 千葉県市川市平田 3-5-1 トノックスビル 2F 認定 NPO 法人 地域精神保健福祉機構・コンボ 内

tel 047-320-3873 /fax 047-320-3871 e-mail: [ai@comhbo.net](mailto:ai@comhbo.net)

ACT 全国ネットワークは、1)重い精神障がいを持った人であっても、地域社会の中で自分らしい生活を実現、維持できるよう、日本における、世界標準の ACT(Assertive Community Treatment)の実践、普及、定着、質の向上、制度化に努め、2)ACTの実現に必要な、「その人のありかたを中心に据えた支援」(person-centered service)、「その人の長所、能力に着目した支援」(strength model)、リカバリー(recovery)の概念の理解、多職種チーム(transdisciplinary team)による臨床実践、ケアマネジメントにより行われる包括的な支援、家族支援、就労支援などが確実に行われるように、活発な研修・コンサルティング機能を持ち、3)ACT実践での経験もふまえて、その人のありかたを中心に据えた、多職種チームによるアウトリーチサービスが普及し、地域生活中心の(community-based)精神保健医療福祉システムが各地で展開・強化されるよう、その活動の主体となる人材や事業体の育成に努めることを主たる目的として活動しております。

今回は、本ネットワーク事業の一環として、認定 NPO 法人地域精神保健福祉機構・コンボと共催(日本財団助成事業)で、テーマを「病院から地域へ、その後は？」と設定し、「退院したものの地域は当事者にとってまだまだ住みにくい」という課題について、参加者とともに議論ができる研修会になることを目的としております。

ACT 全国ネットワーク  
代表幹事 伊藤順一郎  
認定 NPO 法人 地域精神保健福祉機構  
代表理事 大島 巖

.....

### 参加申込書

お申し込み欄が不足した場合は、コピーしてお使いいただけますとありがたいです。



FAX:047-320-3871(コンボ:久永宛)

ACT 全国ネットワーク ブロック別研修会(関東)に、参加申し込みします。

1. お名前 \_\_\_\_\_ 所属機関名 \_\_\_\_\_
2. お名前 \_\_\_\_\_ 所属機関名 \_\_\_\_\_
3. お名前 \_\_\_\_\_ 所属機関名 \_\_\_\_\_
4. お名前 \_\_\_\_\_ 所属機関名 \_\_\_\_\_
5. お名前 \_\_\_\_\_ 所属機関名 \_\_\_\_\_

ご連絡先 TEL: \_\_\_\_\_ お名前様 \_\_\_\_\_