一般社団法人メンタルヘルス・ビューロー

事例検討会のご案内****

　様々な分野で活躍されるメンタルヘルスの専門家のスキルアップを目的とし、事例検討会を開催いたします。実務経験20年以上のスーパーバイザーが担当いたしますので、初心者の方からご経験のある方まで、幅広くご参加いただけます。検討を希望される事例をお持ちの方も、ぜひご参加ください。

《事例の分野》教育・福祉・医療・産業・家族問題

日　時：　７月から１２月の第一金曜日の全６回、午後６時３０分～８時３０分

 　（７月６日　８月３日　９月７日　１０月５日　１１月２日　１２月７日）

会　場：　KIZUNA会議室高田馬場（高田馬場駅から約２分）※会場は変更する場合もあります。

定　員：　２０名

対象者：　臨床心理士、公認心理師（資格認定後）、精神保健福祉士、社会福祉士、看護師、保健師

料　金：　１回ごとのお支払い　　３,０００円　（学生は１,５００円）

 　６回分の一括支払い　１５,０００円　（学生は７,５００円）

支払い：　お申し込み完了後に指定口座に銀行振込。各回当日現金払いも可能です。

申込方法：［FAX・郵便］申込書を印刷してご記入の上、お送りください。

 　［メール］Wordファイルにご記入の上、mentalhealth\_bureau@yahoo.co.jpに送信して下さい。

指導者：　臨床経験が豊富な次のようなスーパーバイザーが担当します。

* 高塚雄介　　明星大学名誉教授、（公財）日本精神衛生会理事、臨床心理士資格認定協会評議委員
* 岡本淳子　　国際医療福祉大学教授、元東京都教育相談室相談員
* 重村朋子　　元日本医科大学小児科臨床心理士
* 福島眞澄　　元NТТ健康管理室カウンセラー精神保健福祉士　　ほか、医師も担当予定です。
* お申し込み期限は**開催日の１４日前**です。期日までにお申し込みをお願いいたします。
* お申し込み後、参加許可証を郵送いたします。ご持参の上ご参加ください。
* 参加者は本事例検討会における守秘義務に関する同意書のご記入をお願いいたします。**メールでのお申込みの方**は、印刷の上、ご署名と押印をした同意書をご持参いただきますようお願いいたします。
* それぞれの資格に対する研修証明書を発行します。
* 検討を希望する事例をお持ちの方は事前にお申し出下さい。事例は教育・福祉・医療・産業・家族問題等に関わるもので、ふさわしいスーパーバイザーが担当いたします。

**ー　当法人における事例検討会の位置付け　ー**

　日本精神衛生学会を創設された土居健郎先生は常日頃、「臨床家の力量をあげるには、事例検討を重ねることでしかない」と口癖のように言われていました。その対象となるのは医師だけではなく、心理や福祉など人の心と向き合う人のすべてであると。その意思に沿う形で、日本精神衛生学会では多くの事例検討会を行ってきました。しかし、近年は企画に携わる人も少なくなり、学会でそのようなことをやっているということを周知することも少なくなり、いつの間にか定例の事例検討会は行われなくなってしまいました。大学等で学んだことだけを頼りに臨床活動を行うのでは本当の対人支援を行うことは難しいことです。そこで一般社団法人として活動することを始めたメンタルヘルス・ビューローでは、従来日本精神衛生学会が行ってきた「事例検討会」を日本精神衛生学会と連携しながら、さらに充実させる形で展開することにいたしました。スーパーバイザーは実務歴２０年以上の専門家（医師・臨床心理士・精神保健福祉士・社会福祉士）が担当いたします。

参加申込書（FAX・郵送用）

参加をご希望される方は下記の必要項目にご記入の上、お申し込みください。

ふりがな　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・氏　名　　\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ・年齢　\_\_\_\_\_\_\_\_歳

・住　所　〒\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_都道府県 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_区市町村

　　　　　\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

・所　属　　\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

・電話番号　\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

・メールアドレス　\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_＠\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

・次のうち、該当するお持ちの資格に◯をつけてください。

　（１）お支払い　　　事前振込　　当日現金　　／　　各回払い　　まとめ払い

　（２）資格

臨床心理士　　公認心理師　　精神保健福祉士　　社会福祉士　　看護師　　保健師

同意書

参加が許可された場合、会合で提出された事例およびその場で話し合われた内容については、一切口外しないことを確約いたします。

参加者ご署名　\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_　　印

一般社団法人　メンタルヘルス・ビューロー

〒169-0051 東京都新宿区西早稲田2-18-23-507

電話　03-6457-3920　 FAX　03-6457-3921

メール　mentalhealth\_bureau@yahoo.co.jp