

第15期 きょうと摂食障害家族教室のご案内

～摂食障害患者さんをみんなで支えていくために～

NPO 法人SEEDきょうとは、京都で摂食障害の方が利用できる施設を運営し支援活動を行っています。スタッフは、摂食障害に従事している医師やコメディカルで構成されています。その活動の一貫として、現在「きょうと摂食障害家族教室」を行っています。

ご本人が摂食障害から回復するには、ご家族がご本人に適切な支援をしてあげることがとても大切ですが、どのように対応してよいかわからないというご家族も多いかと思います。この家族教室では、毎回前半に摂食障害について診断の仕方や症状、患者さんの特徴や対応の仕方などを専門家がわかりやすく説明し、後半にはご家族同士で実際に困っておられることを話しあえる交流会の時間を持ちます。その中で、ご本人の支援に役立つ対応法を少しずつ見つけて頂ければと考えています。

日時 毎月第2土曜日 午後13時30分～16時
平成30年 11月10日、12月8日、
平成31年 1月12日、2月9日、3月9日の計5回

場所 プティパ ※当事者活動を行っている施設内で実施します
(京都市下京区西八百屋町136番地 ランドビル二階)
※ただし、らくの会と合同となる第5回は、人数の関係から別の会場となりますので
ご注意ください。後日、会場の場所はお知らせいたします。

講師 摂食障害治療を専門としている精神科医・臨床心理士・作業療法士・精神保健福祉士

申込方法 参加申込書および主治医意見書を下記まで郵送し、参加費の振込みをお願いします。

(宛先) 〒602-8566

京都市上京区河原町通広小路の梶井町465 京都府立医科大学 精神医学教室内 橋 亜紀 宛
(振込先)

【銀行からの振込みの場合】 特定非営利活動法人 SEED きょうと

ゆうちょ銀行 普通預金 店名：四四八(ヨンヨンハチ) 口座番号：4948299

【郵便局からの振込みの場合】 記号：14460 番号：49482991

申込期間 平成30年10月26日(金) 消印有効 (定員20名になり次第締め切り)

参加費 1人5回分 8000円 (一括前納) (注) ご夫婦で参加の場合は2名分の参加費が必要です。1名様の参加費で、交互に参加という形はできませんのでご了承ください。

☆特別な事情が無い限り返金はできませんので、ご了承ください。参加費は会場費や通信費、当事者活動費などにあてており、家族教室のスタッフは全てボランティアです。

また、この家族教室を修了された方は、家族会「らくの会」に加入することができます。定期的に交流会や学習会を行い、ご家族同士が思いを話せる場を提供していくことを目的としています。

【主催】NPO 法人SEEDきょうとのHP (<http://seedkyoto.net/works.html>) の「きょうと摂食障害家族教室」にて詳しい情報をご覧いただけます。 理事長： 京都大学医学部附属病院精神科神経科 野間俊一

【お問い合わせ】NPO 法人SEED きょうと 家族教室担当 橋 亜紀 E-mail : info@seedkyoto.net

きょうと摂食障害家族教室

参加申込用紙

フリガナ	
患者様氏名	
患者様生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)
治療中の 医療機関名	
フリガナ	
参加者氏名	
参加者住所	〒
患者様との関係 (○で囲んでください)	父 母 その他 ()
参加者電話番号	TEL :
E-mail	E-mail: @
申し込み日	平成 年 月 日
その他 (自由にお書きください)	

日程や開催場所の変更など、ご連絡が必要な可能性がありますので、連絡先等は必ずご記入いただくようお願いいたします。

主治医先生 御侍史

拝啓

平素より大変お世話になっています。

当 NPO 法人「**SEED(シード)きょうと**」は、京都で摂食障害治療に従事する医療者がスタッフとなって、摂食障害当事者やそのご家族を支援および、援助者や一般市民に対しての教育・啓蒙活動を進めています。詳細については、ウェブサイト (seedkyoto.net) をご参照ください。SEED きょうとでは、その活動の一環として摂食障害に悩んでいる方のご家族を対象に、「**きょうと摂食障害家族教室**」を行っています。毎月1回(原則第2土曜日の午後)、全5回を1期として開催しています。現在は平成30年11月から平成31年3月に行う「第15期」の参加者を募集しています。各回の前半はスタッフによる摂食障害についての講義、後半はご家族同士の交流会を行い、摂食障害についての理解を深めていただいています。全5回の家族教室を修了されたご家族の中で、希望される方には摂食障害家族会「らくの会」にご入会いただいています。

家族教室の運営を円滑に行うために、参加対象となるご家族を「**摂食障害を持つ方のご家族で、当事者が摂食障害の治療を受けておられ、主治医からご推薦いただける方**」としております。つきましては、主治医の先生より、ご本人の摂食障害の病歴や通院状況に関する意見書をいただきたく存じます。

なお、私たちの活動の目的はご家族や地域が当事者を支える体制を作っていくことであり、私たちスタッフが直接ご本人の治療を行うことを前提とはしていません。**摂食障害の治療につきましては、これまでどおり主治医の先生に継続いただきたく存じます。**そのことをご了解いただいた上で、本意見書を作成いただけましたら幸いです。また、当事者はこの家族教室に参加いただけませんが、「**きょうとプティパ**」という**当事者支援のための通所施設**を別途運営しておりますので、そちらのご利用をご検討いただけると幸いです。

お忙しいなかお手数ではございますが、何卒よろしくお願い申し上げます。

敬具

平成 30 年 8 月

NPO 法人 SEED きょうと

理事長 野間俊一 (京都大学医学部附属病院精神科神経科)

主治医意見書

(ふりがな) 患者氏名:	
生年月日:	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)
診 断: (当てはまる番号に○をつけて下さい) 1. 神経性やせ症・摂食制限型 2. 神経性やせ症・過食/排出型 3. 神経性過食症 ※BMI>18.5kg/m ² 4. 過食性障害(むちゃ食い障害) 5. その他の摂食障害 (具体的に:) 合併症: なし あり (具体的に:)	
現病歴:	
現症: 現在の身長: cm、 体重: kg	
備考:	

平成 年 月 日

医療機関

主治医

印