



2008.9.30発行






めんたるねっと

YMSN 情報誌

(特定非営利活動法人)横浜メンタルサービスネットワーク

第18号

Vol.5 No.2

	トピックス	地域移行施策を成果あるものに	1
	医療の現場から	抗うつ薬について	2
	就労の取り組み	アメリカで職業リハビリテーションを学んで	5
	SSTの現場から	当事者SSTに期待するもの	7
	地域の取り組み	精神障がい者自立支援アシスタント派遣事業	9
		予定・報告	11

地域移行施策を成果あるものに

以前この欄で「地域移行」について取り上げ、精神障がい者が地域で生活するための施策が整備されつつあることを紹介したが、実際には、その成果は数字にはまだ現れていない。例えば入院患者数という視点でみると「精神疾患で入院する患者数は、1999年は33万9000人だったのに対して2005年は35万2000人。在院期間1年以上で退院する人は毎年5万人前後で推移しているが、新たに入院期間1年以上となる患者数も毎年5万人程度のため、結果的に1年以上の入院患者数は23万人弱で大きな変化はないという」(9/29 付け福祉新聞)ように、入院患者数はそれほど減ってはいないのである。

グループホーム、生活支援センターは年々増加しているものの地域の受け皿は横浜市だけ見ても十分な数ではもちろんないうえ、地域移行に関わる制度(例えば自立支援法による在宅サービス等)が始まってそれほど年数が経っていないということがその理由の一つといえよう。

また、10年前までは、精神障がい者といえば、統合失調症の方を中心として施策も考えられてきたと思われるが、ここ数年マスコミでも大きく頻繁に取り上げられている「うつ病」のような気分障がいといわれる方たちの増加を無視できない。統計的に「うつ病」患者の占める割合がどうなっているかはわからないが、患者数が増えているのはまちがいないため、それに伴って入院が増加することも入院患者数が減らない一原因なのではないかと思われる

では、再発のために入院している患者数はどうなっているだろうか？

精神病院を退院し、作業所を利用し、グループホームに入り、順調に回復した精神障がい者が就労するまでになっても、自分の病気の理解が不十分なために、服薬を中断し再発し再入院するという例は私の周りだけでなく、精神障がい者の支援に関わる人なら皆少なからずみているのではないだろうか？

地域の受け皿がさらに充実し、必要な在宅サービスが受けられ、退院促進事業や自立生活アシスタント事業が広がればもちろん地域生活は支えていくことができるし、入院患者数を減らすためにも効果があるに違いない。

しかし、忘れてならないのは退院した人が再発し再入院することを先ず防ぐことである(うつ病再発防止にはもちろん企業の努力も必要であるが)。

精神障がい者自身に自分の病気やなぜ服薬を続けなければならないのかを理解してもらい、症状が出た時に早めに対処することができるようにすること。様々な施策を充実させていくのと同様にこの基本的な対応こそが、統合失調症であれうつ病であれ、医療機関や地域で精神障がい者を支える関係者がもっともっと積極的に取り組むべき課題ではないだろうか？

(YMSN理事 森川充子)

抗うつ薬について ～安易な投与に注意も必要～

三木メンタルクリニック所長
医学博士 三木和平

うつ病の治療薬が抗うつ薬ですが、その歴史はそれほど古いものではありません。50年ほど前に最初の三環系抗うつ薬であるイミプラミンが発売されました。その少し前にクロールプロマジンという統合失調症の薬が発売され、大成功を収めたので、似た構造を持つイミプラミンも統合失調症患者に試しに投与されました。ところが患者は良くなるどころか返って興奮するようになり、統合失調症への治験は中止されました。

このことからヒントを得てイミプラミンには元気にさせる効果があるのではないかと考えて、うつ病患者への投与が行われ、明らかな効果を認めました。その後イミプラミンは抗うつ薬として使われるようになりました。ですから、イミプラミンの抗うつ効果は偶然発見されたものなのです。その後、長い間イミプラミンや基本構造は同じで少し改良を加えた薬剤が、抗うつ薬の主役でした。しかし、イミプラミンなどの三環系抗うつ薬は、抗うつ作用は強力であるものの、抗コリン作用といわれるアセチルコリン受容体拮抗作用が強く、口渇や便秘などの副作用を認めやすく、高齢者では特に副作用が出やすく使い辛い欠点がありました。また多量に服用した場合、心毒性が強く、命を落とす危険が高いといわれています。

そこでより副作用の少ない薬剤の開発の流れから登場したのがSSRIです。これは選択的セロトニン再取込阻害薬(Serotonin Specific

Reuptake Inhibitor)の略号で、神経伝達物質であるセロトニンの再取込だけを阻害し、他の伝達物質や受容体にはほとんど作用しないというもので、抗コリン作用もほとんど無く、多量服薬した場合の危険性も低いとされています。主にアメリカなどで爆発的な売り上げを記録しました。SSRIは世界的には全部で6種類が発売されており、わが国ではフルボキサミン、パロキセチン、サートラリンの3種類が発売されています。また、うつ病だけでなくパニック障害や強迫性障害などの不安障害にも効果が認められます。

副作用が少ないと言われて発売されたSSRIですが、投与初期の嘔気や眠気、急に服薬を中止したときに起こる中止後症候群、投与初期や増量時に起こる賦活症候群などが認められ、注意が必要です。またセロトニンとノルアドレナリンの両方の再取込を阻害するSNRI(Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitor)としてミルナシプランが発売されています。SNRIはセロトニン系に加えノルアドレナリン系にも作用することより、覚醒、意欲に効果があるといわれています。SSRI3種類とSNRI1種類の4剤が日本版のガイドラインではうつ病治療の第1選択薬とされています。うつ病と診断された場合、これらの4種類かのいずれかをを用いて治療が開始されることとなりますが、不安・焦燥感が強い場合は抗不安薬が、睡眠障害が強い場合は入眠剤が併用して用いられることがあります。また食欲不振が強い

場合はスルピリドが用いられることがあります。

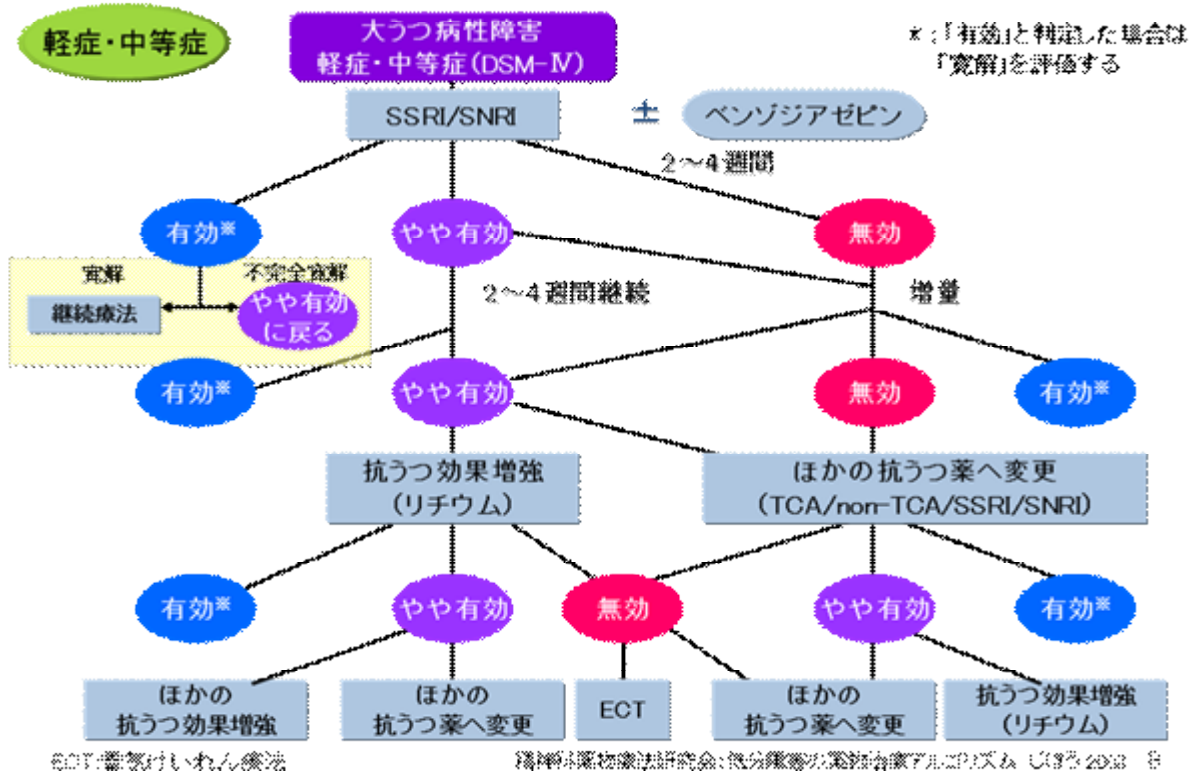
スルピリドは厳密には抗うつ薬ではなく抗精神病薬ですが、気分を持ち上げたり、食欲を増進したりする作用があり、日本では軽症のうつでよく用いられます。ただし、注意しなければならないのはスルピリドにはプロラクチンを上昇させる作用が有り、閉経前の女性では無月経や乳汁分泌の副作用が起こることがあります。

抗うつ薬の効果はすぐには現れません。服用開始してから効果発現までには大体 2~4 週間かかります。その間は焦らずに待つことが重要です。不眠や不安等の症状は、抗不安薬や睡眠導入剤などで比較的速やかに改善しますので、併用することで患者さんもある程度良くなったと実感できます。また、受診して相談ができたという安心感や、診断書を提出して会社を休職にしたり負担を減らしたりすることで気分的には楽になるとい

うつ病の治療で重要なことはまず正確な診断を行うことです。軽躁状態がある双極型障害の人は、現在うつ状態でも治療法が異なってきます。非定型うつ病や、現代型うつ病、ディスチミア親和型うつ病などでは抗うつ剤の効果があまり期待できないと言われています。抑うつ気分を伴う適応障害では環境調整が重要になってきます。抗うつ剤が一番効くのは内因性うつ病、いわゆるメラニコリー型と言われているうつ病ですが、典型的なケースは減ってきている印象があります。社会情勢等の変化により、うつも多様化してきていると言えます。うつ病の啓発が進み、自ら受診される方も増えていることは喜ばしいことですが、安易な抗うつ剤の投与が行われないように注意することも必要ではないでしょうか。

抗うつ薬の使い方

大うつ病の治療アルゴリズム(改訂版)



う方が多いようです。

抗うつ薬の分類

分類	一般名	用法・用量	
三環系	第一世代	イミプラミン	通常成人 1 日 25 ~ 75mg を初期用量とし、1 日 200mg まで漸増し、分割経口投与。
		クロミプラミン	通常成人 1 日 50 ~ 100mg、最高量 225mg まで。
		アミトリプチリン	通常成人 1 日 30 ~ 75mg を初期用量とし、1 日 150mg まで漸増し、分割経口投与。
		トリミプラミン	通常成人 1 日 50 ~ 100mg を初期用量とし、1 日 200mg まで漸増し、分割経口投与。
		ノルトリプチリン	初め 1 回 10 ~ 25mg を経口投与、その後必要に応じ漸増し、最大 1 日 150mg まで。
	第二世代	アモキサピン	1 日 25 ~ 75mg を分割経口投与。効果不十分な場合は 1 日 150mg まで、特に重篤な場合は 1 日 300mg まで増量。
		ロフェプラミン	通常成人 1 日 10 ~ 25mg を経口投与、1 日 150mg まで漸増。
		ドスレピン	通常成人 75 ~ 150mg を分割経口投与。
四環系	マプロチリン	通常成人 30 ~ 75mg を分割経口投与。就寝前投与も可。	
	ミアンセリン	通常成人 1 日 30mg を初期用量とし、1 日 60mg まで増量し、分割経口投与。就寝前投与も可。	
	セチプチリン	通常成人 1 日 3mg を初期用量とし、1 日 6mg まで漸増、分割経口投与。	
その他	スルピリド	通常成人 1 日 150 ~ 300mg を分割経口投与、最大 1 日 600mg。	
	トラゾドン	通常成人 1 日 75 ~ 100mg を初期用量とし、1 日 200mg まで増量し、分割経口投与。	
SSRI	フルボキサミン	通常成人 1 日 50mg を初期用量とし、1 日 150mg まで増量し、1 日 2 回に分割経口投与。	
	パロキセチン	通常成人 1 日 1 回夕食後に 10 ~ 20mg から開始し、1 週 10mg ずつ増量。1 日 40mg まで。	
	サートラリン	通常成人 1 日 25mg を初期用量とし、1 日 100mg まで漸増。	
SNRI	ミルナシプラン	通常成人 1 日 25mg を初期用量とし、1 日 100mg まで漸増し、分割投与。	

アメリカで職業リハビリテーションを学んで

～ アメリカと日本との制度の違いに?? ～

アムジェン・デベロップメント株式会社 井上美緒 (企業内ジョブコーチ研究会)

Vocational Rehabilitation Program University U S A (職業リハビリテーション プログラム 大学 アメリカ) などでインターネットで検索すると、この職業リハビリテーションのプログラムを提供している大学がアメリカに100校近く見つかります。大学院のプログラムでは特に Rehabilitation Counseling にフォーカスし、リハビリテーションカウンセラーを養成するものがほとんどです。それにしても、人口が大雑把に言えば日本の2倍強であるしかないアメリカに、なぜこんなに職業リハビリテーションプログラムを持つ大学があるのでしょうか。毎年何人ものが卒業し、職業リハビリテーションに関係した仕事に就くのでしょうか。専門家が少ないと言われる日本と比べると、羨ましい限りです。私が University Wisconsin Stout (ウイスコンシン州立大学スタウト校) を選んだのは、ここの大学院が職業カウンセリングだけでなく、職業評価という学科にも力を入れていたからでした。大学院では、身体障がい、Cognitive Disabilities (認知障がい、知的障がいなど) 精神障がい、仕事分析、自立生活、コミュニケーションスキル、ケースコーディネーション、カウンセリング、職業評価を学び、校内、校外合わせて1年ほどの実習を行いました。

アメリカで就労支援に主に携わる人は、リハビリテーションカウンセラー、職業評価士、ジョブプレイスメント(職業斡旋)スペシャリスト



写真は職業評価のワークサンプルの一つで、私の友人がはしごの中に入っています。このはしごを取り外してまた同じように付けるといった課題で、体力、手が高いところまで届くか、膝の曲げ伸ばしなどを見るワークサンプルです。

です。その他に、スクールカウンセラー、スクール心理士、特別支援教育を行う先生、ソーシャルワーカーが共に働くことが多かったです。驚いたことに、ジョブコーチの存在感は薄く、費用がかかるのでなるべくジョブコーチを使わないように支援するのだと聞きました。

日本とアメリカの職業リハビリテーションにおける大きな相違点は、障害者雇用率制度の有無です。アメリカでは雇用率制度の対象は白人以外の人種であり、障がいのある人や移民、女性などマイノリティー(少数派)を差別なく雇わなければいけないという差別禁止法があります。日本のように障がい別の法律や制度は存在せず、視覚障がいだけ特別な制度があるくらいでした。日本では障害者手帳も障がいごとに分かれており、手帳を持つことで障がいのある人

が雇用率に適用されるなどのサービスが提供されます。日本では障害者手帳に焦点が当たり重要視されているような気がするのですが、アメリカでこの話を私の知人にしたら、彼は憤慨してこのように言いました。“日本人は障がいのある人に障害者手帳を持たせて、障がいのない人とある人を区別したいの？障がいのある人に障がいというレッテルを貼りたいの？”私がアメリカにいたとき、一度あるインド人の学生に“Are you an Asian? アジア人ですか？（アジア人＝黄色人種という意味を含む）”と聞かれたことがあるのですが、この人は私をどのようににカテゴリー分けしたいのだろうと、とても不愉快な気持ちになりました。その学生は私にアジア人というレッテルを貼ろうとしたのです。もし皆さんが海外で肌の色で区別されたらどう思われますか？黄色人種の日本人という手帳を持たされたらどのように感じますか？

また、アメリカの障がいの捉え方で日本と異なり感動したものがあります。アメリカには州管轄の Department of Vocational Rehabilitation (DVR)があり、就労支援を担っているのですが、DVRではより重度の障がいのある人がより早く就労支援のサービスを受けら



れるという制度があり、DVRのリハビリテーションカウンセラーがその判定を行います。6つの Limitation(制限)の項目があり、Mobility

(移動)、Self Care (自己管理)、Work Skill (職業スキル)、Self Direction (自己決定)、Communication (コミュニケーション)、Work Tolerance (忍耐力)、Interpersonal Skill (社会性スキル)のうち、3つ以上 Limitation があれば最重度でサービスがすぐに提供されます。2つだと重度でサービスが最重度の次に早く受けられます。Limitation が1つ以下の場合、DVRのサービスが受けられないことがあります。その場合は地域の他の就労支援センターなどがDVRに代わってサービスを提供します。障がい



名や診断名に囚われることなく、個々のクライアントに合わせたサービスを提供できる良い方法だと思います。職業リハビリテーションにおいて一番大事なことは、診断名ではなく、その障がいのせいでどのような Limitation があり、それをどうサポートできるかなのです。

ところで私は、アメリカで職業リハビリテーションを学べば学ぶほど、アメリカの制度と日本の制度の相違に悩まされるようになりました。アメリカで学んだことがどのくらい日本で役に立つのか、わからなくなったからです。でも、法律も文化も違う日本とアメリカ。日本には日本独自の職業リハビリテーションがあるのが当然です。諸外国の成功例を応用しながら、日本の職業リハビリテーションが益々発展していくよう期待します。

当事者 S S T に期待するもの ～ SST 普及協会経験交流ワークショップに参加して～

横浜市金沢区生活支援センター 渡部継男

SST 普及協会主催の第 14 回 SST 経験交流ワークショップの分科会「当事者 SST」に参加しました。参加者は全員当事者かと思っていたら、精神科病院の看護師さんや保健所のワーカーさん、生活支援センターの職員の方もいて、様々な立場の人のグループ編成となりました。

この冊子を読んでいる方は SST のことは分かっているらっしゃると思いますが、「SST ってなに？」と聞かれると、「Social Skills Training の略で、社会生活技能訓練と訳し、認知行動療法に基づく云々」と説明されて当事者にとっては非常にわかりにくいです。精神科医でも、高齢の医師は興味がないようです。SST を理解している医師は若い医師に限定されます。私の主治医は年齢的に微妙なところですが、SST には興味がないそうです。SST を学問的に捉えると時には難しい感じがしてしましますが、今回の「当事者 SST」は実践的で難解な部分は一切ありませんでした。

私にとって SST とは「楽に生きる方法論」です。非当事者にとって簡単なことでも、認知に問題を抱える我々当事者には難しかったり、そのことで真剣に悩んだりするものです。非当事者は毎日自然に社会技能を使用していることが分かります。時には嘘をついたりもします。でも悪意のある嘘ではなく日々の生活をしなやかに過ごすための自然な行動なのです。それ故改めて SST を考えると当たり前で簡単なことのため、かえって難しくなってしまうのです。それを当事者に身につけてもらうことは簡単なこと故に難しいのです。

当事者が社会技能を身につけると日常生活を

実にスムーズに過ごすことが出来ます。私は以前調子が悪かった頃、外に出るのが怖かった経験があります。その理由の一つに近所の人にあったときどう挨拶をしたらよいか、どんな表情をすればいいのか、何と言えばいいのか、立ち止まった方がよいかなどと非当事者にとって何でもないことでも深刻な問題でした。当事者はそのことで悩み苦しみ四六時中頭から離れません。何でそんなことで悩むのかと思われませんが、疾病と障がい併せ持つ当事者にとってはそれこそが「生きづらさ」なのです。挨拶を例に取りましたが、挨拶のタイミングはどうすればいいのか。普通は「適当に」「自然に」という答えが返ってきますが、その「適当」「自然」という漠然としたアドバイスは役に立ちません。もっと具体的に、「1メートル近づいたら頭を下げてこんにちはどういうように」と言ってほしいのです。また、普段周囲に気遣いの出来る当事者が、ある場面では無神経にぶっきらぼうに人をあしらうことがあります。このような行動は実は理由があるので、そこで社会技能を行使すれば何の問題も生じないことがあります。こんな時この人にこそ、そのとき使える社会技能を使ってほしいと思えるのです。

地域で普通に当たり前の生活を送るには服薬だけではダメなのです。服薬して症状が軽くなっても、「生きる技術」を失っているため、日常生活に支障を来すことが改善されません。当事者が一番陥るのが人間関係のトラブルです。生活支援センター等で顔見知りになってメールアドレスを交換したりして仲間を増やすことで孤独感が

ら解放されることは大変良いことなのですが、社会技能が身につけていない場合、不適切なメールを送ってしまったりして喧嘩になり絶縁状態となって再びますます孤独と闘わなければいけないこととなります。そこで SST の重要性が本当に最近になって認識されるようになってきています。

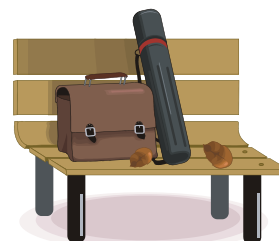
私は当事者としてもっと社会技能を身につけなければいけないと感じることが多いです。一方、PSW として社会技能を身につけてもらうよう援助する立場でもあります。そんな私に何が出来るでしょう。社会技能が身につけていない者が社会技能を身につけるよう援助するというのは一見矛盾しているように思われるでしょう。しかし、援助者として当事者を見ていて、こういう社会技能が身につけていけば問題は生じないし、苦しむこともないのにな、と感じるときがあります。実は技術の無さの理由もよく分かります。気持ちが分かるだけに、具体的アドバイスを求められたときに答えが簡単に出来るのは、私に二つの面があるからでしょうか。しかし、日々の相談業務の中で非当事者でも悩む問題にぶつかることがあります。そのときどうしたらよいか。その方法もこの分科会で学ぶことが出来ました。ある問題が生じたとき、全体を通して考えてしまうと答えが出なくても、文字に起こして問題を整理し明確化しお互いに考えたりすると、相談に乗る方も来談者も非常に分かり易く、すぐに解決できない問題でも、「まずはこうやってみよう」と前進できるのです。この方法も学ぶことが出来て、今後の私の活動に役に立つものでした。

さて、この分科会は当事者向けということで、認知行動療法に基づく云々など難しい内容ではなく、ロールプレイングの形で楽しく参加できました。私は当事者でもあり援助者でもあるので、SST を

進める側のやり方に難しさが伴うな、と感じたり、受ける側としてそれはテクニックとしてキツイんだよな、と感じたり、ヒシヒシと伝わり疲れしました。自分でも情けないなあと思いますが、兎に角疲れやすい。しかし、この分科会では頻りに長い休憩時間を設けて下さったので一日頑張ることが出来ました。

また、ある生活支援センターでピアカウンセラーをなさっている方と情報交換が出来たのも大きな収穫です。やはり当事者に当事者が援助することの重要性や効果の大きさには気づいているものの、技量不足を感じている部分では私と同じでありました。

今回の当事者 SST ではロールプレイングで来談者役とピアサポーター役を交互に行うというかなり実践的なものでした。八木原律子先生と斉藤潤子先生が見本を見せてから参加者が実際にロールプレイングをやってみるのですが、これが結構難しい。非当事者の参加者も上手くできなかつたりするので、薬で頭を鈍らされている当事者にとっては何をか言わんや。自分がどういう立場なのかも分からなくなる状態で、これでは SST を実践することなど出来ないと自信を失いました。しかし、当事者 SST ですから、来談者とピアな関係で一緒に考えながら問題解決に臨む姿勢を忘れなければ何とか出来そうです。これからもっと SST の勉強をしてリーダー役が出来るように実践を積んで頑張ろうと思わせてくれるような意義のある研修でした。



精神障がい者自立支援アシスタント派遣事業

～ 横浜市での取り組み ～

横浜市では、平成19年度より単身等で生活する知的障がい者のほか、新たに精神障がい者に対し、専任職員による障がい特性を踏まえた支援を行う「障害者自立生活アシスタント派遣事業」の取り組みを開始しました。

この事業は精神障害者生活支援センター及び精神障害者生活訓練施設（援護寮）に委託を行っています。これは委託先施設の専門性を活かして、単身等で生活する精神障がい者に対して、その特性を踏まえた支援を行い、在宅の精神障がい者の地域生活の継続を図ることを目的としています。

現在、横浜市内で、「横浜市総合保健医療センター ハイツかもめ」、「ゆかり荘」、「保土ヶ谷区生活支援センター」の3施設が取り組んでいます。実施にあたって具体的な方法や内容は下記の通りです。

支援対象者

以下に該当する精神障がい者としています。

単身者

精神障がい者またはそれに準ずる者で構成される世帯で生活している方

職場の独身寮等に入居しているが居室の提供以外の支援を受けていない方

同居家族等の高齢化、長期にわたる病気等で日常生活の支援を受けられない方

家族と同居又はグループホームに入居しているが、一定期間で単身生活等への移行が可能な方

支援内容

訪問による生活支援として

衣食住に関する支援（服装、栄養面の配慮、住居の整理整頓等に関する助言）

健康管理に関する支援（服薬管理、受診、通院等に関する助言）

消費生活に関する支援（浪費防止等に関する助言）

余暇活動に関する支援（情報提供、計画づくり等に関する助言）

コミュニケーション支援として

対人関係の調整（家族・友人・近隣住民への連絡、関係調整）

職場・通所先との連絡（休暇・遅刻の連絡、職場からの相談への対応）

緊急時対応として

本人又は関係者からの連絡により利用者の緊急事態に対応

職員体制

実際にこの役割を担う自立生活アシスタントは、専任の職員で複数配置となっており、そのうち一人は相当の経験（概ね5年以上）と知識を有する常勤となっている

支援対象地域

支援は実施施設の所在地とあらかじめ指定した地域（区）となっています。

例えば、「総合保健医療センター ハイツかもめ」は、港北区、鶴見区、神奈川区、都築区、青葉区、緑区となっている。「ゆかり荘」では神

奈川区 保土ヶ谷区 磯子区。

「保土ヶ谷生活支援センター」では保土ヶ谷区・旭区・西区となっています。

それでは実際に支援をしている職員からみるとどのような事業なのでしょう？

以下に保土ヶ谷区生活支援センターの自立生活アシスタント事業専任職員の松田智子さんから取り組みへの思いをお寄せいただきました。

「『自アシ（自立生活アシスタントの通称）』って、具体的に何をしてくれるの？」とよく質問されます。事業開始当時「新事業」ということで「新しい取り組み」だと「どんなことをしたらよいものか」と思い悩み始めてから1年弱...、今の私のこの仕事のイメージは、「地域にいるフットワークの良い身近なソーシャルワーカー」。対象の方が地域で自分らしい生活を送っていく為に、日々の生活の中でどのような問題や不安を抱えているのか、その解決方法をご本人や関係機関と連絡調整し、一緒に解決の方法を探って行き、社会資源に繋げながら、ひとつひとつ解決していく。サービスからこぼれてしまったと思われる方に密に関わることにより、決め細やかな対応をしていけるのが、自立生活アシスタントであると思います。「ソーシャルワーカー」とは本来こういうものなのではないかと日々の体験の中から感じています。

しかし、関係機関からご紹介いただく方の中には、周囲の心配とは裏腹に、今の生活に心配や不安を持っていない方もいて、関係づくりをしながら一緒に考えていくのですが、ご自身の希望を引き出して支援していくというのは難しいところです。周りがどんなに心配でもご本人はすでに自

立生活をしているのですから。

今は予防の時代。上記のようになる前の「予防」として、自アシが働きかけることはできないかと感じるこの頃です。残念ながら、現在は予防の必要な人は、自立生活アシスタント派遣事業の対象者にはなっていません。

今年度10月、この事業は新たに2カ所の事業所が増えることになっています。ひとつの事業所が25人程の受け持ちとされていますが、私が支援しているのは10人足らず。

地域には、社会資源を上手く利用できていない方がたくさんいます。より多くの方にこの事業を知っていただき、サービスを拡げていきたいと思っています。

まだまだ、始まったばかりの事業で松田さんは試行錯誤で大変なご苦勞をされています。「支援をしている10人」という数字が現れるまでの、本人との信頼関係を結ぶまで、水面下の地道な訪問活動に時間をかけてきた経緯を伺った時には本当に粘り強さや根気も必要とされる仕事だと頭が下がる思いでした。

援護寮のように24時間の支援体制のない生活支援センターがより取り組みやすく、また対象者に対してもよりよい事業になるように関係者の一人として考えていかなければと思います。

（YMSN 森川充子）

研修会のお知らせ

精神保健福祉研修会	参加費 1 回	5 0 0 円 (年間 4, 0 0 0 円)
日 時 :	毎月第2金曜日(12月休会 全11回) pm. 7:00~8:30	
場 所 :	ひまわりの郷 OR ウィリング横浜 横浜市港南区 上大岡オフィスタワー	
内 容 :	ホームページをご覧ください http://forest-1.com/ymsn/	
S S T (生活技能訓練)研修会	参加費 1 回	1, 0 0 0 円 (年間 7, 0 0 0 円)
日 時 :	毎月第3木曜日(8月・12月休会 全10回) pm. 7:00~9:00	
場 所 :	横浜市総合保健医療センター 講堂 研修室	
全体会 :	認定講師のリーダー実践を学ぶ ~様々なケースへの対応~	
分科会 :	A. 初級コース B. リーダー体験コース C. ステップ・バイ・ステップコース D. 家族 SST コース	

当事者のためのグループ活動のお知らせ

詳細は各支援センターへお尋ねください

就労講座	港南区生活支援センター	毎月第3水曜日(原則) pm. 2:00~3:00
就労フォロー アップミーティ ング	港南区生活支援センター	毎月第1土曜日 pm. 2:30~3:30
	神奈川区生活支援センター	毎月第4日曜日 pm. 2:00~3:00
	Y M S N	O B 会の開催 就労者の S S T 実施
S S T	港南区生活支援センター	毎月第3土曜日 pm. 2:00~3:00

電話相談

毎週木曜日(1回/週) 10:00~15:30
相談専用電話 045-841-8294

会員について

会員を募集します。YMSNの活動を応援していただける方は会員になってください。(会費 正会員年間5,000円)
会員は、研修会(上記案内)への年間参加費が割引になります。
精神保健福祉研修会(1,000円) SST研修会(3,500円)
会員へは、情報誌が無料配付されます。

正会員5,000円(個人) 賛助会員12,000円(団体)

(正会員・賛助会員にはYMSN情報誌を無料配付)

振込先:郵便振替口座 00250-6-71607

横浜メンタルサービスネットワーク

季刊 YMSN情報誌 Vol.5 No.2

めんたるねっと2008第18号 2008年9月30日発行

間購読料1,000円(年4回発行) 1冊頒価300円

発行: NPO法人 横浜メンタルサービスネットワーク

理事長 武井昭代 編集代表 森川充子

〒233-0001 横浜市港南区上大岡東2-42-4

T E L 045-841-2179

F A X 045-841-2189

<http://forest-1.com/ymsn/>

e-mail: ymsn@forest-1.com

印刷: 横浜市総合保健医療財団

精神障がい者授産施設 港風舎印刷