参加費 無料 定員50名

# 名古屋市依存症支援者研修会(ギャンブル等依存症)

~ギャンブル依存症ってどんな病気?見立てと支援の進め方~

当クリニックは平成30年10月に、名古屋市から「依存症専門医療機関」「依存症治療拠点機関」の選定を受けました。委託事業として上記研修を開催しますのでお知らせします。

アルコール、薬物、ギャンブル等の依存症は、適切な治療と支援により回復が可能な病気です。しかし、依存症者は様々な理由から、必要な治療を充分に受けられないと同時に、関わる医療従事者も日々大変な状況で援助にあたっています。今年度、委託事業としてはじめてのギャンブル依存症の研修会を開催したいと思います。

全国でも先駆的な取り組みをしている方々をお呼びして、盛りだくさんの内容にしておりますので、万 障繰り合わせの上ぜひご参加下さい。

## 日 程

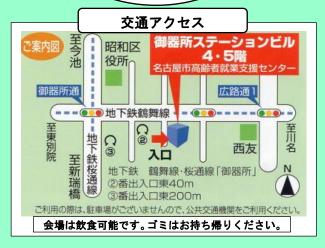
令和2年 8月30日 (日曜) 令和2年 9月27日 (日曜)

10:00~17:00 (開場9:30)

# 会場

名古屋市高齢者就業支援センター 5階 大会議室

直接、会場への問い合わせはご遠慮ください。



#### **定員** 50名

〇定員になり次第締め切ります。定員を超えた場合お断りの 連絡をさせて頂きます。

## 対象 病院・診療所・訪問看護ステーションの医療従事者

医療従事者とは、医師、看護師、精神保健福祉士、社会福祉士、作業療法士、心理 技術者(公認心理師、臨床心理士)、薬剤師、理学療法士、管理栄養士、言語聴覚士

#### 相談支援事業所等の精神保健福祉士、社会福祉士 ギャンブル依存症の支援者

- ※<u>医療従事者は</u>名古屋市から依存症専門医療機関に係る研修に参加した修了証が発行されます。
- ○名古屋市在勤の方を対象とした研修会です。

## 参加費 無料

申し込み方法 (申込締切日:令和2年8月17日)

メールにてお申込みください。

(E-mail: nishiyamacl.kyoten@gmail.com)

記載事項:氏名(フリガナ)、生年月日、所属、 職種、修了証送り先住所、電話番号

- ※申込みを受付後、メールにて返信させて頂きます。
- ※研修は2日間開催します。
- ※2日間通して参加できる方の申込みを優先します。

#### お願い

※感染予防対策として、当日はマスクの着用をお願いします。また、体調不良の方は参加の自粛をお願いします

## 研修内容

	時間	内容	講師
1 日 目 (8月30日)	9:30~	受 付	
	9:45~	オリエンテーション	
	10:00~ 12:00	ギャンブル障害(依存症)総論 ~診たて(診断基準)と経過、日本の特徴と現在 アルコール・ 薬物依存症と同じ?違うの?脳で何が起きているの?~	東京慈恵会医科大学 教授 宮田久嗣先生
	12:00~ 13:00	休 憩	
	13:00 <b>~</b> 14:30	ギャンブル依存症問題から学ぶこと	こころの相談室リカバリー 代表 吉岡 隆氏
	14:30~ 14:45	休 憩	
	14:45 <b>~</b> 16:45	ギャマノンについて 家族の体験談 GAについて 本人の体験談	ギャマノン名古屋 竹の子グループ GA 鵜沼グループ
	16:45~ 17:00	アンケート 次回の案内など	
2 日 目 (9月27日)	9:30~	受 付	
	9:45~	オリエンテーション	
	10:00~ 12:00	ギャンブル依存症各論 治療法 アプローチの仕方 回復や治療目標など	よしの病院 診療部長 蒲生裕司先生
	12:00~ 13:00	休 憩	
	13:00 <b>~</b> 14:30	ギャンブル依存症について 法律家の立場から 現場の実際 借金問題への対処法	愛知市民法律事務所 弁護士 平井宏和氏
	14:30~ 14:45	休 憩	
	14:45 <b>~</b> 16:15	西山クリニックでの治療の現状	西山クリニック 院長 西山 仁先生
	16:15~ 16:20	休 憩	
	16:20 <b>~</b> 16:50	依存症対策政策と施策	名古屋市職員
	16:50~ 17:00	アンケート 終了	

本研修は、名古屋市依存症専門医療機関選定基準の人員配置に必要な(1)イにあたる「依存症対策総合支援事業の実施について」(平成29年6月13日付け障発0613第2号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)の別紙「依存症対策総合支援事業実施要綱」で定める「依存症医療研修」に該当するものです。



#### 問い合わせ

西山クリニック 担当:雲川 奥村

TEL052-771-1600 (水・日・祝休み)

#### 参加申込み

E-mail:nishiyamacl.kyoten@gmail.com

申込記載事項:氏名(フリガナ)、生年月日、所属、職種

修了証送り先住所、電話番号

西山クリニック夏季休暇のお知らせ 令和2年8月9日~8月16日