

# 名古屋市依存症支援者研修会（アルコール依存症）

～アルコール依存症の理解と動機づけ 関わり方を変えてみよう～

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、必要な治療を十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。今年度も、アルコー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11月15日（日曜）

令和2年12月13日（日曜）

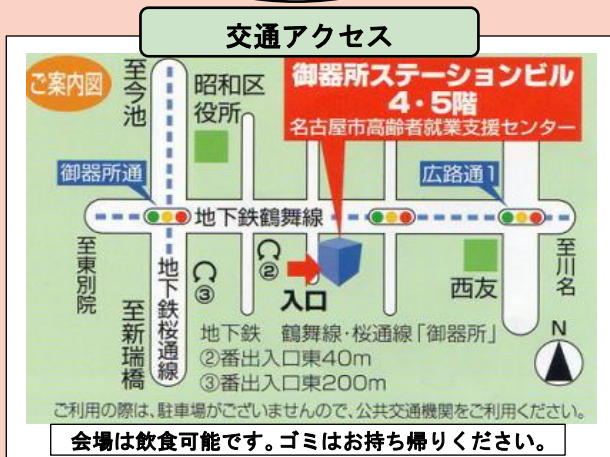
10:00～17:00（開場9:30）

## 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。

## 交通アクセス



ご利用の際は、駐車場がございませんので、公共交通機関をご利用ください。  
会場は飲食可能です。ゴミはお持ち帰りください。

## 定員 50名

○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いただきます。

## 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

※上記対象者は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11月7日）

メールにてお申込みください。

(E-mail: [nishiyamacl.kyoten@gmail.com](mailto: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いただきます。

※研修は2日間開催します。

研修当日のお問い合わせ：080-3066-8138（9:00～）

## 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  (11月15日)	9:30～	受付	
	9:45～	オリエンテーション	
	10:00～ 12:00	アルコール依存症概論 ～アルコール依存症の理解とアプローチ～	久里浜医療センター 院長 樋口 進先生
	12:00～ 13:00	休憩	
	13:00～ 14:00	余計なお世話にならない支援の難しさ ～doingよりもbeingが生み出すもの～	白梅学園大学 教授 長谷川俊雄先生
	14:30～ 14:40	休憩	
	14:40～ 16:10	断酒会について 本人の体験談  家族の体験談	知多中部断酒会 本人:林 藤孝氏 家族:高房まり氏
	16:10～ 16:15	休憩	
	16:15～ 16:50	名古屋市の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・次回の案内など	
2 日 目  (12月13日)	9:30～	受付	
	9:45～	オリエンテーション	
	10:00～ 12:00	依存症患者への動機づけ面接法の進め方	東京都立松沢病院 医師 後藤 恵先生
	12:00～ 13:00	休憩	
	13:00～ 14:30	アルコール依存看護のポイント ～回復段階に沿った身体面・精神面の診方～(仮)	亀田医療大学 教授 宮本眞巳先生
	14:30～ 14:45	休憩	
	14:45～ 15:45	AAについて 本人の体験談	AA マナ氏
	15:45～ 15:50	休憩	
	15:50～ 16:50	西山クリニックでの外来治療について	西山クリニック 院長 西山 仁先生
	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

拠点専用電話052-776-2300(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