

(名古屋市委託事業)

参加費  
無料

## 名古屋市依存症支援者研修会（アルコール健康障害） アルコール依存症臨床は面白い

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。今回は、アルコール健康障害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、みなさんお誘いあわせの上、ぜひご参加下さい。

### 日 程

令和5年10月29日（日曜）  
令和5年11月12日（日曜）  
10：00～17：00（開場9：30）

### 会 場

西山クリニック  
2F デイケア

（名古屋市名東区上社1-704）

### 定員 40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。

○原則、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5年10月20日）

○メールもしくはQRコードからお申込みください。

（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、経験年数、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。1週間過ぎても返信がない場合はお問い合わせ下さい。

※研修は2日間開催します。

当日問い合わせ：052-776-2300

# プログラム

	時間	内容	講師（敬称略）
1 日目  (10月29日)	9:30~	受付	
	9:45~	オリエンテーション	
	10:00~ 12:00	120分 アルコール依存症臨床は面白い ～私がこの50年から学んだこと～	東布施野田クリニック 名誉院長 辻本士郎先生(医師)
	12:00~ 13:00	休憩	
	13:00~ 14:30	90分 アルコール依存症の看護 ～看護師が知っておくと役立つポイントと関わり方のスタンス～	久里浜医療センター 樋田香織先生(看護師)
	14:30~ 14:40	休憩	
	14:40~ 15:40	60分 断酒会について 本人・家族の体験談	名古屋南断酒会 本人:小栗政義氏 家族:武蔵久美子氏
	15:40~ 15:50	休憩	
	15:50~ 16:20	30分 西山クリニックの取り組み	西山クリニック 岡本奈都美先生(精神保健福祉士)
	16:20~ 16:25	休憩	
	16:25~ 16:55	30分 名古屋市における依存症問題に関する施策について	名古屋市役所 健康増進課
16:55~ 17:00	アンケート 次回の案内など		
2 日目  (11月12日)	9:30~	受付	
	9:45~	オリエンテーション	
	10:00~ 12:00	120分 アルコール依存症は何を病み、何を治すのか？	旭山病院 理事長 山家研司先生(医師)
	12:00~ 13:00	休憩	
	13:00~ 14:30	90分 AAについて 本人の体験談 AAモデルミーティング	AA あおいグループ すず氏
	14:30~ 14:40	休憩	
	14:40~ 16:00	80分 事例を通しての当事者理解と関わり、そして支援者の思いを分かち合う	南豊田病院 鈴木亮平先生(医師) 山下志穂先生(公認心理師、臨床心理士)
	16:00~ 16:10	休憩	
	16:10~ 16:55	45分 西山先生へのQ&A	西山クリニック 院長 西山 仁先生(医師)
	16:55~ 17:00	アンケート 研修終了	

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：伊藤 岡本

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、  
経験年数、修了証送り先住所、電話番号