

(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（ギャンブル依存症） ギャンブル依存症の理解と支援

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、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、みなさんお誘いあわせの上、ぜひご参加下さい。

日 程

令和7年 1月19日（日曜）

10:00～17:00（開場9:30）

令和7年 2月16日（日曜）

10:00～15:50（開場9:30）

会 場

西山クリニック
2F デイケア

（名古屋市中東区上社1-704）

ご不明な点はお問い合わせください。



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。

○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7年 1月10日 金曜）

QRコードまたはメールにてお申込みください。

（Email：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。

当日の問い合わせ先：052-776-2300

プログラム

	時間		内容	講師	
1 日 目 (1月19日)	9:30~		受付		
	9:45~		オリエンテーション		
	10:00~ 12:00	120分	ギャンブル依存症への理解と支援 ~ギャンブル依存症の診断と治療、家族への支援、グループの進め方~	北海道精神保健協会 会長 北仁会旭山病院・札幌こころの診療所 田辺 等先生 (医師)	
	12:00~ 13:00	60分	休憩		
	13:00~ 14:30	90分	弁護士が借金問題に関わる時 ~債務整理と受診の促し方、支援者が本人と相談する時~	愛知ひまわり法律事務所 杉本みさ紀先生 (弁護士)	
	14:30~ 14:40	10分	休憩		
	14:40~ 15:40	60分	ギャマノンについて・家族の体験談	ギャマノン名古屋竹の子グループ えっちゃん ぴーちゃん	
	15:40~ 15:50	10分	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 内藤千昭先生 (精神保健福祉士)	
	16:20~ 16:30	10分	休憩		
	16:30~ 16:55	25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 林本浩兵先生	
	16:55~ 17:00		アンケート・次回の案内など		
	2 日 目 (2月16日)	9:30~		受付	
		9:45~		オリエンテーション	
10:00~ 11:30		90分	GAについて・モデルミーティング	GAメンバー	
11:30~ 12:30		60分	休憩		
12:30~ 14:30		120分	グループディスカッション	名古屋市仕事暮らし自立サポートセンター大曾根 石上里美先生 (精神保健福祉士)	
14:30~ 14:40		10分	休憩		
14:40~ 15:40		60分	西山クリニックDr&スタッフのQ&A (事例の総括込)	西山クリニック 院長 西山 仁先生 (医師) 西山クリニックスタッフ	
15:40~ 15:50		10分	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：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