

令和6年1月9日

郡市区等医師会長 様

大阪府医師会長
高井康之
(公印省略)

令和5年度 ギャンブル等依存症簡易介入マニュアル普及研修
の開催について (ご案内)

平素は本会事業に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、本会では今年度において、大阪府から「ギャンブル等依存症簡易介入マニュアル普及事業」を受託し、その一環として標記研修を開催いたします。

ギャンブル依存症の早期発見・早期治療のためには、精神科医療機関だけでなく、地域のかかりつけ医等においても、簡易介入や情報提供等を実施できる仕組み作りが必要であることから、少しでも多くの先生方にご参加いただきたく存じます。

つきましては、公務ご多端のところ誠に恐縮でございますが、会員医療機関へご周知賜りますよう、何卒よろしくお願い申し上げます (本研修の案内は、府医ニュース1月17日号にも掲載予定です)。

なお、標記研修は会場受講に加え、Webでもご受講いただけます。会場受講を希望される場合は、別紙申込書に必要事項を記入の上、本会地域医療2課宛にFAX (06-6765-3737) をお送りいただきますよう、お願い申し上げます。

Web受講を希望される場合は、下記URLまたはQRコードよりお申し込み願います。

記

日 時：令和6年2月29日 (木) 午後2時～4時

会 場：【会場受講】大阪府医師会館 2階ホール

【Web受講】下記URLまたはQRコードよりお申し込み

<申込URL>

https://us02web.zoom.us/webinar/register/WN_N63QwghARrCZJJRt1tvixA

<申込QRコード>



<事務局> 大阪府医師会 地域医療2課 (松下)
〒543-8935 大阪市天王寺区上本町2-1-22
TEL 06-6763-7002/FAX 06-6765-3737

令和5年度 ギャンブル等依存症簡易介入マニュアル普及研修

1. 日 時：令和6年2月29日（木）午後2時～4時
2. 場 所：大阪府医師会館 2階ホール（※W e b受講併用）
3. 対 象：医師・その他保健医療職種の関係者
4. 会場定員：200名
5. 位置付け：大阪府・大阪市共同事業 ギャンブル依存症簡易介入マニュアル普及事業
6. 主 催：大阪府医師会、大阪府、大阪市、

《 次 第 》

挨拶・座 長： 大阪府医師会 副会長 阪本 栄

<研 修>

（1）ギャンブル等依存症の基礎知識 （60分/CG82）

地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪精神医療センター 精神科医師

入来 晃久

（2）簡易介入マニュアルの活用 （60分/CG84）

①「ギャンブル等依存症簡易介入マニュアル」について

医療法人悠仁会 稲田クリニック 院長

稲田 泰之

②「アルコール問題のある人への簡易介入マニュアル」について

医療法人和気会 新生会病院 院長

和気 浩三

（3）質疑応答

<W e bによる研修会（Z o o m）受講方法について>

①下記URLまたはQRコードよりお申し込みください。

※同一のメールアドレスを使って複数人が申し込むことはできません。

https://us02web.zoom.us/webinar/register/WN_N63QwghARrCZJJRt1tvixA



②お申し込みの直後にメールが届きますのでご確認ください。

研修会当日の参加ページのURLが、メール文面に掲載されています。

※メールが届かない場合は、恐れ入りますが、n-matsushita@po.osaka.med.or.jp

（担当：松下）までご連絡ください。

③当日の参加方法

開催1日前に案内メールが届きます。当日の参加ページのURLが掲載されていますので、URLをクリックしてご参加ください。

※インターネット回線が混み合う可能性があるため、研修会の開始（午後2時）までに余裕をもってご参加ください。

④研修会の資料について

開催1日前の案内メールにて、ダウンロード用のURLを掲載する予定です。

※講師の都合により掲載できない場合もございます。ご了承ください。

⑤受講確認について

当日のW e b入退時刻により、受講確認を行います。

府医会館での受講用

大阪府医師会 地域医療2課行 (FAX: 06-6765-3737)

「令和5年度 ギャンブル等依存症簡易介入マニュアル普及研修」

受講申込書【大阪府医師会館での受講用】

日時：令和6年2月29日(木) 午後2時～4時

場所：大阪府医師会館 2階ホール

①医療機関名： _____

②医療機関所在地： 〒 _____

フリガナ
③名前： _____

④生年月日：(和暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日生まれ

⑤医籍登録番号：

--	--	--	--	--	--

⑥所属地区医師会： _____

⑦連絡先TEL： _____

⑧連絡先FAX： _____

※必要事項をご記入の上、2月22日(木)までに、大阪府医師会地域医療2課までFAX(06-6765-3737)にてお申込みください。

※受講票などの発送はありません。当日は直接会場にお越しください。