

令和7年11月18日

郡市区等医師会長 様

大阪府医師会長  
加納 康 至  
(公印省略)

「令和7年度 アルコール関連問題の早期発見・簡易介入普及研修」の開催について

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、標記研修会の開催について、大阪府より案内がございました。大阪府では、令和6年3月に策定した「第2期大阪府アルコール健康障がい対策推進計画」に基づき、身体科・精神科医療機関とアルコール専門医療機関の連携推進にかかる取組みを推進しており、その一環として今回の研修を開催いたします。

なお、会場参加とWeb参加で申込方法が異なりますので、下記またはチラシをご確認ください。

については、貴会におかれましても本件をご了知の上、貴会会員へご周知賜りますようお願い申し上げます。

#### 記

日 時：令和7年12月18日（木）午後2時～4時

形 式：ハイブリッド開催（会場またはWeb）

会 場：大阪府医師会館 7階71会議室  
（大阪府大阪市天王寺区上本町2-1-22）

対 象：医療従事者、医療支援・相談支援に携わる関係機関職員など

申込方法：○会場でのご参加の場合  
チラシ裏面に必要事項を記入の上、FAX またはメールにてご提出

○Web でのご参加の場合  
下記 URL または右記 QR コードからお申込み  
URL：[https://us02web.zoom.us/webinar/register/WN\\_SF1TyYK4RumTOS2rOUEZrA](https://us02web.zoom.us/webinar/register/WN_SF1TyYK4RumTOS2rOUEZrA)

申込締切：令和7年12月16日（火）



**【本研修会に関する問い合わせ先】**  
大阪府 健康医療部 保健医療室 地域保健課 依存症対策グループ  
TEL：06-6944-7527 FAX：06-4792-1722  
メールアドレス：[chiikihoken-g04@gbox.pref.osaka.lg.jp](mailto:chiikihoken-g04@gbox.pref.osaka.lg.jp)

<担当>  
大阪府医師会介護福祉課 下野  
TEL：06-6763-7002  
FAX：06-6765-3737

# 令和7年度 アルコール関連問題の

## 早期発見・簡易介入普及研修

**日時** 令和7年12月18日(木)午後2時～4時

**形式** ハイブリッド開催(会場、Web)

**会場** 大阪府医師会館 7階71会議室  
(大阪府大阪市天王寺区上本町2-1-22)

受講料無料

申込締切:

12月16日(火)まで

本研修は、大阪府医師会生涯研修システム登録研修であり、認定単位は1.5単位です。

(CC:4. 医師－患者関係とコミュニケーション 1単位、82.生活習慣 0.5単位)

参加対象者:医療従事者、医療支援・相談支援に携わる関係機関職員など

### 内容

(1) アルコール関連問題のある人への簡易介入マニュアルについて  
～断酒と減酒の考え方～

医療法人和気会 新生会病院 院長 和気 浩三 氏

(2) 当事者の体験談

大阪府断酒会 濱崎 正子 氏

(3) 当院でのアルコール関連疾患入院患者への対応

社会医療法人生長会 ベルランド総合病院 院長補佐 安 辰一 氏

### 申込方法

<会場でのご参加方法>

裏面に必要事項を記入いただき、下記FAX番号又はメールアドレスへご提出をお願いします。

<Webでのご参加方法>

Zoomウェビナーを使用いたします。右記二次元コードを読み取り頂くか、  
下記URLにアクセス頂きまして、参加申込みをお願いします。

※研修参加用URLの転送はご遠慮お願いいたします。

※録画/録音はご遠慮お願いいたします。



URL:[https://us02web.zoom.us/webinar/register/WN\\_SF1TyYK4RumTOS2rOUEZrA](https://us02web.zoom.us/webinar/register/WN_SF1TyYK4RumTOS2rOUEZrA)

<問い合わせ先>

大阪府 健康医療部 保健医療室 地域保健課 依存症対策グループ

TEL:06-6944-7527 FAX:06-4792-1722

メールアドレス:chiikihoken-g04@gbox.pref.osaka.lg.jp

主催:  大阪府

# 令和7年度 アルコール関連問題の 早期発見・簡易介入普及研修 参加申込書

FAXでの送信先：06-4792-1722

メールでの送信先：[chiikihoken-g04@gbox.pref.osaka.lg.jp](mailto:chiikihoken-g04@gbox.pref.osaka.lg.jp)

申込締切：令和7年12月16日（火）まで

ふりがな	
氏名	
職種	
医籍登録番号	※医師の方はご記入ください。
所属郡市区 等医師会名	※医師の方はご記入ください。
所属（医療）機関名	
所属（医療） 機関所在地	〒
電話番号	
確認事項	精神科または精神科以外どちらからのご参加かお教えてください。 精神科 <input type="checkbox"/> 精神科以外 <input type="checkbox"/>
備考	

## 【問い合わせ先】

大阪府健康医療部地域保健課依存症対策グループ TEL：06-6944-7527