

感染対策、労働安全衛生、労働災害 に関わりのある方々
および従業員保健にご興味のある方々是非お集まりください！

医療機関における従業員保健セミナー

～従業員の感染も含めた健康問題はそのほとんどが予防可能です～

日本の医療機関における感染対策は、この十数年で組織としてしっかりと実施できるようになりました。しかしながら、日本の感染対策は、業務範囲が非常に広範囲であり、その中に従業員の針刺し・切創事象など生物学的危険の予防と対応も含まれています。

一方、欧米では、従業員の感染を含めた生物学的危険に関わる予防と対応は、感染制御部が実務を行うのではなく、従業員保健部がその任務を遂行しています。つまり欧米では、感染に関しての生物学的危険を含めた、物理的危険、化学的危険など、従業員の健康に関わる全ての事象の予防と対応を従業員保健部が担当し、患者の感染に関する予防と対応は感染制御部が担当すると言う具合に見事に分業がなされているのです。

今後、日本の医療機関は、従業員の健康問題に関する全ての事象を予防し対応する従業員保健部と人材が是非とも必要であり、それができることで感染制御が確立され、更なる患者安全の向上が期待できると思われれます。

そこで、今回のセミナーは、これらの欧米の従業員保健部の実態から、これからの日本の医療機関が目指す従業員保健の方向性について、私見を交えてお話させていただきます。

感染対策の方々はもちろんのこと、労働安全衛生、労働災害に関わる方々、および、従業員保健にご興味のある方々のご参加を心よりお待ちしております。

特定非営利活動法人日本感染管理支援協会

日時：平成 28 年 1 月 16 日(土) 10:00～12:00(受付 9:30～)

会場：愛鉄連厚生年金基金 4 階 大会議室（愛知県名古屋市中村区黄金通 1-18）※裏面地図をご参照ください。

定員：200名

費用：無料

【講師】

土井 英史(ドイ エイジ)先生

- ・特定非営利活動法人 日本感染管理支援協会 理事長
- ・東北大学医学部附属病院(宮城県)感染制御非常勤講師
- ・三重大学医学部附属病院(三重県)、大分岡病院(大分県) 他、感染管理コーディネーター

■プログラム

| | |
|----------------------|---|
| 9:30～ | 受付 |
| 9:50～ | オリエンテーション |
| 10:00～10:50 (50分) | ・なぜ従業員保健が必要なのか？ ・安全衛生委員会だけでは動かない従業員保健 ・従業員の健康問題にはどのようなものがあるのか？ ・欧米では既に存在する従業員保健部 |
| 10:50～11:10 (20分) | 休憩、医療機器展示 |
| 11:10～12:00 (50分) | ・生物学的危険(感染性廃棄物や血液媒介疾患など) ・物理的危険(火災も含む) ・化学的危険(危険物質関連) ・人間工学的配慮をした職場環境 |

※土井先生への質疑応答は、終了後個別に受け付けます。

【セミナーに関するお問合せ先】

株式会社トーカイ TEL : 058-212-3766 担当 : 立川、横井、大橋 まで

■交通アクセス

愛鉄連厚生年金基金

愛知県名古屋市中村区黄金通1丁目18番地



●地下鉄桜通線

「中村区役所」駅下車、4番出口
から南へ徒歩2分

Corporate Profile (株)トーカイ 会社概要

病院関連サービス、介護サービス、フードサプライサービス、
寝具・リネンサプライサービス、ビルメンテナンスサービス、リースキン

| | |
|--------|---|
| 創 立 | 昭和30年7月21日 |
| 代 表 者 | 代表取締役 小野木孝二 |
| 資 本 金 | 81億8百万円 |
| 売 上 高 | 98,159百万円(平成27年3月期/連結ベース) |
| 従業員数 | 6,998名(平成27年3月末/連結ベース) |
| 主要取引銀行 | 大垣共立銀行・十六銀行・三菱東京UFJ銀行・岐阜信用金庫 北陸銀行・みずほ銀行・中央三井信託銀行 |

【本 社】

〒500-8828 岐阜市若宮町9丁目16番地

TEL 058-212-3766<病院関連> FAX 058-266-5652

【支店】

・千葉・さいたま・戸田・東京・町田・横浜・長野・松本・浜松・名古屋・三重
・大阪・大阪東・大阪北・九州

会社ホームページURL <http://www.tokai-corp.com/>



医療機関における従業員保健セミナー 参加申込書

【日時及び会場】

[日時] 平成 28 年 1 月 16 日(土) 10:00~12:00

[会場] 愛鉄連厚生年金基金 4 階 大会議室 [住所] 愛知県名古屋市中村区黄金通 1 丁目 18 番地

【参加者】

ご病院名 _____

ご住所 _____

電話番号 _____ (内線)

FAX番号 _____

★予約確認書を弊社より返信いたしますので、上記に御連絡先 FAX 番号をご記入下さい。

| 役 職 | 所 属 | 氏 名 |
|-------|-----|-----------------------------|
| (例)師長 | 手術室 | (フリガナ) トウカイ イチロウ 東 海 一 郎 |
| | | (フリガナ) |
| | | (フリガナ) |
| | | (フリガナ) |
| | | (フリガナ) |
| | | (フリガナ) |
| | | (フリガナ) |
| | | (フリガナ) |
| | | (フリガナ) |

- ※ 平成 28 年 1 月 8 日(金)迄にFAXにてお申し込み下さい。
- ※ 尚、定員になり次第締め切りとさせていただきます。
- ※ 申込受付後、この参加申込書をご返信致しますので、当日ご持参下さい。

トウカイ 受付記入欄