

栃木県職業訓練機関・栃木職業能力開発センター(ポリテクセンター) 清掃指導  
特別支援学校清掃指導・栃木県障害者競技大会「とちぎアビリンピック」競技委員、資機材提供  
栃木県シルバー人材センター連合会技能講習・栃木県「とちぎものづくり選手権」委員、資機材提供

## 病院清掃従事者研修 開催のご案内

栃木県知事認定 厚生労働省登録機関(清掃・貯水槽の研修)  
主催：公益社団法人栃木県ビルメンテナンス協会

- 趣旨：「医療法」で、研修を受けることが定められています。  
病院清掃に従事する方、今後従事予定の方、管理する方、営業の方又※「ゾーニング」について学びたい方に、毎年実施しております。
    - ・社員研修として是非、ご活用ください。
    - ・コロナ禍の中、「ゾーニング」「消毒の知識」について学びたい方も、ご参加ください。※「実技」は、宇都宮市保健所の方が行う、実践的なものです。
    - ・将来、「病院清掃受託責任者」を取らせたい方も、ご参加ください。
    - ・「医療関連サービスマーク」のご担当者にも、おすすめします。
  - 日時：令和5年5月18日(木) 9:30～16:00 (受付9:15・昼食休憩11:45～12:45)
  - 会場：栃木県ビルメンテナンス協会 研修センター  
宇都宮市岩曾町1377 第1KSKビル4階 TEL：028-689-4021
  - 研修内容：別紙カリキュラムのとおり
  - 定員：15名
  - 受講料：6,700円
  - テキスト代：1,500円(会員)、2,300円(非会員)
  - 申込方法：受講料とテキスト代を合せた8,200円(会員)、9,000円(非会員)を下記の口座にお振り込みいただき、別紙の受講申請書にご記入の上、FAX(028-689-4022)で、お申し込みください。振り込み手数料はご負担願います。原則として、お振り込みいただいた受講料等はお返しできません。  
※複数でのお申し込みの場合は、一括してお振り込みください。
- 振込銀行：足利銀行 本店  
口座番号：普通 1749870  
名義：(公社) 栃木県ビルメンテナンス協会  
会長 鈴木秀明
- 申込用紙：受講申請書(別紙)
    - ※ 公益社団法人栃木県ビルメンテナンス協会のホームページからもダウンロードできます。
    - (資格・講習・研修の案内→病院清掃従事者研修→PDFより)
  - 締切：令和5年5月2日(火) 先着順
    - ※ 定員に達した場合、お断りする場合がございます。
    - その場合は、お振り込みいただいた代金は、お返しいたします。
  - 受講票：後日、地図をつけて担当者様宛にFAXいたします。
  - 修了証明：修了した方には、修了証書を発行いたします。

## 病院清掃従事者研修カリキュラム

- ※・医療関連サービスマーク実地調査指導員、病院清掃受託責任者講習のベテラン講師が、担当します。
- ・コロナ禍の中、「実技」は、宇都宮市保健所の方が担当いたします。
- ・厚生労働省が定める内容になっています。

時間	内容
9:30～9:35	オリエンテーション
9:35～10:35 (60分)	(第1章) 病院清掃従事者研修の目的 ①従事者研修の目的 (第2章) 病院の特殊性 ①病院とは ②病院の組織 ③病院設備とその取扱い ④清掃・消毒業務の作業全般 ⑤受託責任者と病院清掃従事者 (第3章) 病院感染について ①微生物に関する知識 ②感染に関する知識 ③感染対策について ④消毒・滅菌に関する知識
(10分休憩)	
10:45～11:45 (60分)	(第4章) 病院清掃業務の基本 ①基本的事項 ② <u>ゾーニング</u> ③ <u>消毒の知識</u> ④個人情報保護について (第5章) 各区域の清掃方法 ①作業動線と作業の基本 ②清掃方法のポイント ③作業手順書 (第6章) 医療廃棄物の取り扱い ①医療廃棄物の分類 ②感染症廃棄物 ③廃棄物の収集・運搬時の注意 ④針刺しの予防と対応
11:45～12:45 (60分)	昼食休憩
12:45～13:45 (60分)	(第7章) 安全と衛生 ①病院の特殊性と現状 ②安全と衛生の基本 ③安全と衛生の実際 (第8章) 病院清掃従事者のマナー ①あいさつ、言葉遣い ②患者・家族への対応 ③一般的なマナー ④病院内共通マナー ⑤マナーと安全
(10分休憩)	
13:55～14:55 (60分)	(実 技) 吐瀉物処理マニュアルのテキストを使い 「吐瀉物の処理方法」を学びます。
(10分休憩)	
15:05～15:45 (40分)	質疑応答 ①作業上の問題点・疑問点 ②その他
15:45～16:00	閉講式 修了証書の交付

**病院清掃従事者研修 受講申請書**

〈申込者〉

会社名			
住所	〒 -		
電話番号	- -	FAX 番号	- -
担当部署		担当者	
代金振込日	月 日		

〈受講者〉 ※修了証書作成のため、氏名は楷書で、はっきりと記入してください。

No.	(ふりがな) 氏 名	生年月日	病院清掃経験の有無(どちらかに○) 有の場合は経験年数
1	( )	昭 平 年 月 .日	有 年 ・ 無
2	( )	昭 平 年 月 .日	有 年 ・ 無
3	( )	昭 平 年 月 .日	有 年 ・ 無
4	( )	昭 平 年 月 .日	有 年 ・ 無
5	( )	昭 平 年 月 .日	有 年 ・ 無

アンケート

・研修に対するご意見、ありましたらご記入ください。
-----
-----
-----
-----
-----