

# 平成30年度下半期 第11回産業保健セミナー 経費吸収と化学防護手袋の防護について学ぶ

食品包装材や点滴袋の耐酸素透過から学ぶ

受講料：無料

## 安価で薄手化学防護手袋の開発を目指す

2018.12.20(木)14時~16時 埼玉会館3C会議室  
(さいたま市浦和区高砂3-1-4 JR浦和駅徒歩7分)

|              |                             |
|--------------|-----------------------------|
| 対象者          | 産業医、産業看護職、人事労務担当者、衛生管理者、事業主 |
| 講師           | 田中 茂 相談員(労働衛生工学担当)          |
| 定員           | 50名(満席になり次第締め切ります)          |
| 日本医師会認定産業医単位 | 生涯・実地 2.0 単位(申請中)           |

病院、大学、研究所、そして多くの製造作業場で化学物質を取り扱っている作業者は手袋をしているでしょう。どんな手袋でも装着をしていれば化学物質による曝露はない、健康影響はないと思いませんか？今一度、手袋について考えてみませんか。(第2版が出版されました)



作業者の化学物質曝露の一つに化学物質が皮膚に接触し、皮膚を介して吸収され、血液を介して標的臓器にダメージを与える。この皮膚からの経皮吸収についての研究や、化学防護手袋の研究が遅れているのです。

化学物質を取り扱うときに手袋を装着して使用しているかと思います。(1)手袋をしていれば、皮膚と直接接触していないので大丈夫？(2)素材はなんでもよく、手袋をしていれば大丈夫？(3)病院では薄手手袋で使い捨てをしているかと思いますが、工場では作業者に手袋を支給したら、穴があくまで1か月近く使っている？(4)手袋が化学物質に接したら、化学物質に対する透過時間をふまえて交換する？手袋から化学物質が透過して皮膚を介して吸収されることを、少しでも防護するために、安価・薄手で多くの化学物質に対して透過しにくい素材を使った手袋の開発を提案します。

### 埼玉産業保健総合支援センター 行 FAX:048-829-2660

| 平成30年度下半期第11回産業保健セミナー 申込書 |              |                                |     | 平成30年12月20日                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
|---------------------------|--------------|--------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ふりがな                      |              |                                |     |                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| 受講者氏名                     |              | 職 種                            |     | 産業医、産業看護職、衛生管理者、事業主、人事労務担当者、その他( )                                                                                                                                                                                                                          |  |
| ご連絡先等                     | 事業場名         | T E L                          |     |                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
|                           | 所属部署         | F A X                          |     |                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
|                           | Eメール<br>アドレス | □メールマガジンの送信を希望しない場合は☑を入れてください。 |     |                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
|                           | 所在地          | (〒 )                           |     |                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
|                           | 従業員数         | 名                              | 業 種 | <input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 建設業 <input type="checkbox"/> 運輸・交通業 <input type="checkbox"/> 卸・小売業<br><input type="checkbox"/> 金融・保険業 <input type="checkbox"/> 教育業 <input type="checkbox"/> 医療・福祉業<br><input type="checkbox"/> その他( ) |  |

●産業医単位交付希望の方は、以下もご記入ください。

|         |  |        |                 |
|---------|--|--------|-----------------|
| 認定産業医番号 |  | 所属医師会名 | ※非会員の場合は、その旨を記入 |
|---------|--|--------|-----------------|