

公印省略

30 介 第 443 号
平成 30 年 5 月 7 日

福岡県老人福祉施設協議会会長 殿

福岡県保健医療介護部長
(介護保険課)

平成 30 年度民間社会福祉施設等海外職員研修・調査派遣対象者の
推薦について (依頼)

日頃から本県の高齢者福祉行政の推進に御協力いただき、お礼申し上げます。
さて、標記の件について、別紙のとおり公益財団法人社会福祉振興・試験セン
ターから依頼がありました。

つきましては、御多忙中誠に恐れ入りますが、参加希望者について、**平成 30
年 5 月 22 日(火)**までに下記のとおり御推薦いただきますようお願いいたします。

なお、政令指定都市所在の施設の職員は推薦の対象から除きますので、御留意
願います。

記

1 推薦対象者・人数

高齢者福祉関係施設の職員(ヨーロッパ班)	1 人
高齢者福祉関係施設の職員(オセアニア班)	1 人

2 提出書類

- (1) 平成 30 年度民間社会福祉施設職員等海外研修・調査参加適格者
推薦書 (顔写真貼付) 及び所属長からの推薦書 (推薦理由書)
- (2) 健康診断書 (1 年以内の定期健康診断書等、コピー可)
- (3) (あれば) 被推薦者の名刺

3 提出先

〒812-8577

福岡県福岡市博多区東公園 7 番 7 号

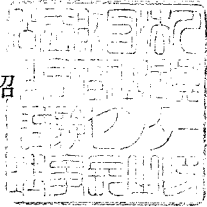
福岡県保健医療介護部介護保険課指定係

担当：指定係 田中
電話 092-643-3322
FAX 092-643-3309

社福振福二第30号
平成30年4月18日

各都道府県
民生主管部（局）長 様

公益財団法人社会福祉振興・試験センター
理事長 根本 嘉 昭



平成30年度民間社会福祉施設職員等海外研修・調査
派遣対象者の推薦について（お願い）

時下 ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素は当センターの事業運営につきまして、格別のご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、当センターが毎年実施しております標記海外研修を、別添「平成30年度民間社会福祉施設職員等海外研修・調査実施要綱」のとおり実施することとなりました。

つきましては、業務ご多忙の折誠に恐縮に存じますが、貴管下（中核市も含む）の民間社会福祉施設等に勤務する職員について、下記のとおりご推薦いただきたくお願い申し上げます。

なお、ご推薦にあたっては、各班（3班）派遣対象者を数名ずつご推薦いただき、本研修の趣旨に照らし特定の施設に偏ることなく、できるだけ多くの施設からご推薦いただきたく存じます。また、北米班の障害児・者関係施設の職員の推薦につきましては、誠に恐縮ではございますが、障害児・者関係のご担当の部署にご依頼いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

派遣対象者の選考結果につきましては、決定次第、貴職及び派遣決定者の所属施設長あてに連絡いたします（6月下旬頃を予定）。派遣定員の関係から、ご推薦を煩わしながらも参加いただけない場合もございますので、あらかじめご了承賜りますようお願い申し上げます。

記

1 ご推薦いただく対象者・人数

- | | | |
|----------|----------------|----|
| ① ヨーロッパ班 | 高年齢者福祉関係施設の職員 | 数名 |
| ② 北米班 | 障害児・者福祉関係施設の職員 | 数名 |
| ③ オセアニア班 | 高年齢者福祉関係施設の職員 | 数名 |

30.4.3

2 提出書類

- (1) 【各都道府県・指定都市（一部社協）が作成】※該当者なしの場合も提出願います。
○ 平成30年度民間社会福祉施設職員等海外研修・調査推薦回答書（指定様式）
- (2) 【各対象者ごとに提出】（期間限定でHPからダウンロード可）
- ① 平成30年度民間社会福祉施設職員等海外研修・調査参加適格者推薦書（顔写真貼付。指定様式）
 - ② 所属長からの推薦書（指定様式）
 - ③（あれば）対象者のお名刺 1枚

3 提出〆切

5月25日（金曜日）（消印有効）

※ 該当者なしの場合も、上記2（1）推薦回答書を送付願います。
また、〆切後も申込書の送付があった場合はお手数ですが、下記提出先までお問合せください。（場合によっては受理いたします）

4 その他

- ① 当センターホームページ（<http://www.sssc.or.jp>）に「実施要綱」及び「選考基準」を掲載しています。
- ② 提出書類のうち、以下3つの指定様式は推薦依頼期間限定で、当センターホームページに掲載しています。
【各県等が作成】○「推薦回答書」（エクセルデータ）
【各対象者ごと】①「参加適格者推薦書」（エクセルデータ）※各班ごと/3種類
②「所属長からの推薦書」（エクセルデータ）

《照会・提出先》

公益財団法人社会福祉振興・試験センター 福祉第二部

海外研修担当： 井領^{いりょう}（E-mail：fukushidai2@sssc.or.jp）

〒150-0002 東京都渋谷区渋谷 1-5-6 SEMPOS ビル

Tel：03-3486-7511 / Fax：03-3486-7514

平成30年度 民間社会福祉施設職員等海外研修・調査 推薦回答書

標記海外研修・調査の参加適格(希望)者について、以下のとおり回答します。

1 推薦者(都道府県・指定都市)

※自治体または担当部署の公印

- ① 都道府県・指定都市名称 _____ 県(市) 印
- ② 担当部署 _____
- ③ 主管課 _____
- ④ 担当者名 _____
- ⑤ 電話番号 _____ (内線) _____

2 参加適格(希望)者

- ① 参加適格(希望)者の有無 有 ・ 無 ※参加適格(希望)者がある場合は、
②③にも記入
- ② 参加適格(希望)者数 _____ 名

③ 参加適格(希望)者名・所属

班名	氏名	所属施設名
ヨーロッパ班 (高齢者施設の職員)		
北米班 (障害児・者施設の職員)		
オセアニア班 (高齢者施設の職員)		

※複数人数の場合は、行を増やして記入

公益財団法人社会福祉振興・試験センター
理事長 根本 嘉昭 様

(別紙「ヨーロッパ班」様式)

平成30年度 民間社会福祉施設職員等海外研修・調査
参加適格者推薦書【ヨーロッパ班(高齢者福祉関係)】

写 真
(4cm×3cm)

注)6か月以内
に撮影したもの

標記 海外研修・調査 派遣適格(希望)者を、次のとおり推薦いたします。

申 込 者	フリガナ 氏 名		性 別	男 ・ 女	生年月日 (年号及び西暦)	昭和 平成	年	月	日	年齢	歳 (9/1現在)	
	フリガナ 自宅住所	〒										
	連絡先	[電話]	[携帯電話]									
	E-mail	(必須)										
	最終学歴		煙草の嗜好 (該当の□を塗りつぶす)	<input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 禁煙								
	現施設における「職種」	(例:介護職員、生活支援員)		(あれば) 現施設における「役職」	(例:課長、主任)							
	現施設での勤務年数 (9/1現在)	年	月	同法人内での 当該施設通算年数 (9/1現在)	年	月	社会福祉施設 通算経験年数 (9/1現在)	年	月			
	現職に至る までの主な 職歴(5つまで)											
	社会・介護 福祉士資格 の保有状況	資格保有の有無 (該当に○印)	有・無	有 の 場 合	[資格種類] 該当に○印	[登録番号]	← 両資格保有している 場合は、番号・年月とも それぞれ2段書きで記入 (上段:社会、下段:介護)					
	他機関の海外 研修への 参加経験	参加の有無 (該当に○印)	有・無	[実施機関]	[登録年月]	平成	年	月	登録	研修期間	日間	
(1)応募理由 (2)この研修 をどのように して知ったか ○で囲んで ください。	(1)応募理由											
健康状態	ア 良好 イ やや気になる ウ 心配											
イ・ウと回答した方はその理由を 記入してください。												
申 込 者 所 属 法 人 ・ 施 設	フリガナ 所属法人名		フリガナ 現所属 施設名									
	施設種類											
	フリガナ 法人 理事長氏名		フリガナ 施設長 氏 名									
	フリガナ 法人所在地	〒		フリガナ 施設所在地	〒							
	連絡先	[電話]	連絡先		[電話]							
		[FAX]			[FAX]							
添付書類	「施設長等の推薦理由書」(様式あり)											

(注)これに記載の個人情報は、公益財団法人社会福祉振興・試験センターが行う事業目的達成のために使用するものであり、法令に定める場合を除き、他の目的への利用及び第三者に提供することはありません。

平成30年度 民間社会福祉施設職員等海外研修・調査
参加適格者推薦書【北米班(障害児・者福祉関係)】

写真
(4cm×3cm)

注)6か月以内に撮影したもの

標記 海外研修・調査 派遣適格(希望)者を、次のとおり推薦いたします。

申 込 者	フリガナ 氏名		性 別	男 ・ 女	生年月日 (年号及び西暦)	昭和 平成	年	月	日	年齢	歳 (9/1現在)	
	フリガナ 自宅住所	〒										
	連絡先	[電話]	[携帯電話]									
	E-mail	(必須)										
	最終学歴					煙草の嗜好 (該当の□を塗りつぶす)	<input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 禁煙					
	現施設における「職種」	(例:介護職員、生活支援員)				(あれば) 現施設における「役職」	(例:課長、主任)					
	現施設での勤務年数 (9/1現在)	年	月	同法人内での 当該施設通算年数 (9/1現在)	年	月	社会福祉施設 通算経験年数 (9/1現在)	年	月			
	現職に至るまでの主な職歴(5つまで)											
	社会・介護福祉士資格の保有状況	資格保有の有無 (該当に○印)	有・無	有の場合	[資格種類] 該当に○印	[登録番号]	号			← 両資格保有している場合は、番号・年月ともそれぞれ2段書きで記入(上段:社会、下段:介護)		
	他機関の海外研修への参加経験	参加の有無 (該当に○印)	有・無	有の場合	[実施機関]	[登録年月]	平成	年	月	登録	研修期間	日間
(1)応募理由 (2)この研修をどのようにして知ったか ○で囲んでください。	(1)応募理由 (2)① 介護専門誌介護福祉、福祉新聞、WAM、HP ②紹介 ③その他()											
健康状態	ア 良好 イ やや気になる ウ 心配											
イ・ウと回答した方はその理由を記入してください。												
申 込 者 所 属 法 人 ・ 施 設	フリガナ 所属法人名					フリガナ 現所属施設名						
	施設種類	【該当に○】 知的障害関係施設・身体障害関係施設・障害児関係施設・その他()										
	フリガナ 法人理事長氏名					フリガナ 施設長氏名						
	フリガナ 法人所在地	〒				フリガナ 施設所在地	〒					
	連絡先	[電話]					連絡先	[電話]				
		[FAX]						[FAX]				
添付書類	「施設長等の推薦理由書」(様式あり)											

(注)これに記載の個人情報は、公益財団法人社会福祉振興・試験センターが行う事業目的達成のために使用するものであり、法令に定める場合を除き、他の目的への利用及び第三者に提供することはありません。

(別紙「オセアニア班」様式)

平成30年度 民間社会福祉施設職員等海外研修・調査
参加適格者推薦書【オセアニア班(高齢者福祉関係)】

写真
(4cm×3cm)

注)6か月以内に撮影したもの

標記 海外研修・調査 派遣適格(希望)者を、次のとおり推薦いたします。

申 込 者	フリガナ 氏名	性 別	男 ・ 女	生年月日 (年号及び西暦)	昭和 平成	年	月	日	年齢	歳 (9/1現在)		
	フリガナ 自宅住所	〒										
	連絡先	[電話]	[携帯電話]									
	E-mail	(必須)										
	最終学歴				煙草の嗜好 (該当の□を塗りつぶす)	<input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 禁煙						
	現施設における「職種」	(例:介護職員、生活支援員)			(あれば) 現施設における「役職」	(例:課長、主任)						
	現施設での勤務年数 (9/1現在)	年	月	同法人内での 当該施設通算年数 (9/1現在)	年	月	社会福祉施設 通算経験年数 (9/1現在)	年	月			
	現職に至るまでの主な職歴(5つまで)											
	社会・介護福祉士資格の保有状況	資格保有の有無 (該当に○印)	有	無	有 の 場 合	[資格種類] 該当に○印	[登録番号]	号	一 両資格保有している場合は、番号・年月ともそれぞれ2段書きで記入(上段:社会、下段:介護)			
	他機関の海外研修への参加経験	参加の有無 (該当に○印)	有	無	[実施機関]	[登録年月]	平成	年	月	登録	研修期間 日間	
	(1)応募理由	(1)応募理由										
	(2)この研修をどのように知ったか ○で囲んでください。	(2)介護専門誌介護福祉、福祉新聞、WAM、HP ②紹介 ③その他()										
	健康状態	ア 良好 イ やや気になる ウ 心配										
	イ・ウと回答した方はその理由を記入してください。											
	申 込 者 所 属 法 人 ・ 施 設	フリガナ 所属法人名				フリガナ 現所属施設名						
施設種類												
フリガナ 法人理事長氏名					フリガナ 施設長氏名							
フリガナ 法人所在地		〒			フリガナ 施設所在地	〒						
連絡先		[電話]				連絡先	[電話]					
		[FAX]					[FAX]					
添付書類	「施設長等の推薦理由書」(様式あり)											

(注)これに記載の個人情報は、公益財団法人社会福祉振興・試験センターが行う事業目的達成のために使用するものであり、法令に定める場合を除き、他の目的への利用及び第三者に提供することはありません。

平成30年度民間社会福祉施設職員等海外研修・調査 所属長からの推薦書

		作成日	平成30年	月	日
施設名 及び所在地 (法人名も記入すること)	〒				
代表者 (役職・氏名)					
電話番号					

職印

標記海外研修・調査の参加について、以下の者を推薦します。

フリガナ					
氏名					
所属施設名					
現施設の 採用年月	昭和	年	月	※ 現施設の勤務年数が5年未満の場合は、 同一法人における採用年月を記入	
職種	(例: 介護職員、生活支援員等)				
役職	(例: 主任、ユニットリーダー等)				
推薦理由 (欄に収まらない場合は、 別紙添付可)					

《作成上の注意》

- ① 申込者1名につき、1枚作成する。
- ② 証明者は、原則として「所属施設長」が行う。

平成30年度
民間社会福祉施設職員等海外研修・調査

日 程 表

- ヨーロッパ班（高齢者福祉関係 職員）
- 北米班（障害児・者福祉関係 職員）
- オセアニア班（高齢者福祉関係 職員）

◇この日程は予定です◇

訪問する都市及び訪問先の施設等は予定であり、変更になることがあります。詳細な日程表（訪問先施設等を含む）は、派遣決定者へオリエンテーションの際にお知らせします。

【ヨーロッパ班 / 高齢者福祉関係】

日次	月日	発着地/滞在地	時間	交通機関	行 動	食事
1	9月26日 (水)	成田空港発 コペンハーゲン着 コペンハーゲン発 ストックホルム着	11:10 15:30 17:05 18:20	SK-984 SK-1408 専用車	成田空港に集合、空路、コペンハーゲンへ (時差-7時間、所要11時間20分) 着後、添乗員の案内でお乗り継ぎ。 空路、ストックホルムへ(時差なし、所要1時間15分) 着後、ホテルへ移動 〔ストックホルム泊〕	朝：× 昼：機 夕：○
2	9月27日 (木)	ストックホルム	午前 午後	専用車 専用車	●スウェーデン・クオリティ・ケア(SQC)のスタッフ・通訳より、 SQC会議室(予定)にて、高齢者福祉のレクチャー (民間企業) ●スロツツオヴァーレン (高齢者グループホーム&ナーシングホーム) ※同施設にて交流会を予定しております。 〔ストックホルム泊〕	朝：○ 昼：○ 夕：○
3	9月28日 (金)	ストックホルム	午前 午後	専用車	●ヴィラ・アガティール (認知症高齢者のグループホームとナーシングホーム) ●リーディング デイケアセンター (高齢者のためのデイケアセンター) 〔ストックホルム泊〕	朝：○ 昼：○ 夕：○
4	9月29日 (土)	ストックホルム ストックホルム発	午前 16:45	専用車 クルーズ	ストックホルム市内文化施設視察 豪華客船タリク シリヤラインで、航路、ヘルシンキへ (時差+1時間、所要16時間10分) 〔船中泊〕	朝：○ 昼：○ 夕：○
5	9月30日 (日)	ヘルシンキ着 ヘルシンキ発 コペンハーゲン着	09:55 17:00 17:40	SK-1713	下船 その後、ヘルシンキ市内文化施設視察 空路、コペンハーゲンへ(時差-1時間、所要1時間40分) 〔コペンハーゲン泊〕	朝：○ 昼：○ 夕：○
6	10月1日 (月)	コペンハーゲン	午前 午後	専用車 専用車	●コーディネーターまたは通訳より、高齢者福祉のレクチャー ●イェルベミッテルセンター (介護器具センター) 〔コペンハーゲン泊〕	朝：○ 昼：○ 夕：○
7	10月2日 (火)	コペンハーゲン	午前 午後	専用車	●ブライエセンター・ソールン (音楽プロフィールのナーシングホーム) ※午後は、午前中に訪問した同施設にて職員・入居者との交流会 を予定しております。 〔コペンハーゲン泊〕	朝：○ 昼：○ 夕：○
8	10月3日 (水)	コペンハーゲン	午前 午後	専用車 専用車	●ブライエ・ディメンセンタークララフス (高齢者の街にある認知症センター) コペンハーゲン市内文化施設視察 〔コペンハーゲン泊〕	朝：○ 昼：○ 夕：○
9	10月4日 (木)	コペンハーゲン コペンハーゲン発	午前 15:45	SK-983	資料整理 オプションツアー：フレデリクスボーン城視察 空路、成田空港へ (時差+7時間、所要10時間50分) 〔機内泊〕	朝：○ 昼：○ 夕：機
10	10月5日 (金)	成田空港着	09:35		到着、解散	朝：機

※利用航空会社：SK / スカンジナビア航空

※訪問施設については現在調整中のため、施設名に変更が生じる場合はございますが、施設種類については変更が無いように致します。

※訪問施設での利用者の方々との「交流会」は、訪問施設が現在調整中のため予定となっております。

確定は、訪問施設確定後にご案内させていただきます。

民間社会福祉施設職員等海外研修・調査《北米班/障害児・者福祉》

日数	月日	曜	発着地	時刻	交通機関	摘要	食事
1	2018年 9月26日	水	東京(羽田)発 ミネアポリス着	16:20 13:30	DL120	羽田国際空港に集合。一路、直行便にて ミネアポリスへ。[所要時間:11時間10分] ◆ミネアポリス市内公共文化視察 ミネアポリスは自然と科学が溶け合う文化的な町、また全米 随一の治安の良い都市として現在注目をあつめています。 ミネソタ州議事堂、セントポール大聖堂、ガスリーシアター等。 【ミネアポリス泊】	昼:機 夕:○
2	9月27日	木	[ミネアポリス]	午前 午後	専用車 専用車	●ミネソタ州ARC訪問(行政機関) ●インターグリティ・リビングオプションズ訪問 (知的障害者福祉施設) 【ミネアポリス泊】	朝:○ 昼:○ 夕:○
3	9月28日	金	[ミネアポリス]	午前 午後	専用車 専用車	●ミネアポリスVAヘルスケアシステム訪問 (退役軍人専門の身体障害者施設) 施設概要等レクチャー及び職員と意見交換 ●ジレット・チルドレン訪問 (障害児施設) 【ミネアポリス泊】	朝:○ 昼:○ 夕:○
4	9月29日	土	[ミネアポリス]	終日	各自	各自資料整理等自由視察 *希望者はミネアポリス美術館、又はミネソタ 科学博物館など訪問 【ミネアポリス泊】	朝:○ 昼:○ 夕:○
5	9月30日	日	ミネアポリス発 シアトル着	11:20 13:05	DL589	専用車にて空港へ。航空機にてシアトルへ。 《所要時間:3時間45分》 ◆シアトル市内公共文化施設視察 バイクプレイス・マーケットや、スペースニードル など視察。 【シアトル泊】	朝:○ 昼:○ 夕:○
6	10月1日	月	[シアトル]	午前 午後	専用車 専用車	●シアトル市社会福祉課訪問(行政機関) ●アライアンス・オブ・ピープル・ウィズ・ディサ ビリティーズ訪問(身体障害者施設) 【シアトル泊】	朝:○ 昼:○ 夕:○
7	10月2日	火	[シアトル]	午前 午後	専用車 専用車	●ファークレスト・レジデンシャル・リハビリテーシ ョンセンター訪問(障害者自立支援センター) ※スタッフとの懇談及び交流 ●ブライスターケア訪問 (障害児在宅ケアセンター) 【シアトル泊】	朝:○ 昼:○ 夕:○
8	10月3日	水	[シアトル]	午前	各自	各自資料整理等自由視察 *希望者はボーイング社工場見学(オプションル) 【シアトル泊】	朝:○ 昼:○ 夕:○
9	10月4日	木	シアトル発	12:58	DL167	シアトルを出発し、帰国の途へ。 《所要時間:10時間47分》 【機内泊】	朝:○ 昼:機
10	10月5日	金	東京(成田)着	15:45		帰国手続き終了後、解散。	朝:機

※航空機便名、時間、訪問先については変更となる場合があります。

※利用予定航空機:(DL:デルタ航空)

平成30年度 民間社会福祉施設職員等海外研修・調査 オセアニア班

日程表

日	月日(曜日)	出発地	現地時間	交通工具	内容	泊
1	9月7日 (金)	羽田空港発	22:00	QF026	空路、シドニーへ (所要時間9時間30分)	【機内泊】 夕:機
2	9月8日 (土)	シドニー着	08:30	専用車	着後、シドニー市内視察	【シドニー泊】 朝:機 昼:○ 夕:○
3	9月9日 (日)	シドニー	終日	専用車	終日シドニー郊外視察 (ブルーマウンテン視察) 夕食後、現地生活体験(メロ・ライト・レール乗車)	【シドニー泊】 朝:○ 昼:○ 夕:○
4	9月10日 (月)	シドニー	午前 午後	専用車	◎コーディネーター千鶴氏の憂州福祉についての講義 ◎リー・プレイス (ローケア介護施設) *入居者との交流	【シドニー泊】 朝:○ 昼:○ 夕:○
5	9月11日 (火)	シドニー	午前 午後	専用車 専用車	◎ウェズリー・ガーデンズ (シドニー最大規模の高齢者施設) *施設入居者との交流 施設内のカフェにて昼食 ◎ホーリー・スピリット・クロイドン (総合型高齢者施設) *施設関係者との意見交換	【シドニー泊】 朝:○ 昼:○ 夕:○
6	9月12日 (水)	シドニー	午前 午後	専用車 専用車	◎アート・ヘルス・インスティテュート (NPO法人運営トレーニング施設) *セラピーの説明とトレーニング参加 ◎ホーム・サポート・セントラル・シドニー (高齢者の在宅ケア機関) *施設関係者との意見交換	【シドニー泊】 朝:○ 昼:○ 夕:○
7	9月13日 (木)	シドニー シドニー発	午前 午後 20:50	専用車 専用車	午前 自由行動 ◎アシスティブ・テクノロジー・オーストラリア (自立支援センター) *ハイテク介護施設住宅視察と器具体験 専用車で夕食へ 空路、シドニーへ(所要時間9時25分)	【機内泊】 朝:○ 昼:○ 夕:○
8	9月14日 (金)	羽田空港着	05:15		羽田空港到着後、自由解散	朝:機

※ 利用予定航空会社: QF / カンタス航空