

「公印省略」

平成15年7月18日



各 郡 市 医 師 会 長 殿

福岡県保健医療・福祉職員海外派遣
研修事業実行委員会委員長

平成15年度福岡県保健医療・福祉職員海外派遣研修事業の実施について

時下、ますます御清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、標記事業については、例年、看護・介護等職員等を保健・医療福祉の先進国であるヨーロッパへ派遣しているところですが、本年度は、別紙要綱により実施しますので、お知らせいたします。

つきましては、貴会会員診療所に対し、別添実施要綱を周知していただきますようよろしくお願い申し上げます。

なお、病院につきましては、実行委員会より直接送付しておりますので申し添えます。

※ 当該事業を福岡県のホームページにおいて、7月下旬に掲載する予定です。実施要綱及び申込書様式がダウンロードできますのでご活用ください。

(URL <http://www.pref.fukuoka.jp>)

《申込み・問合せ先》

福岡県保健医療・福祉職員海外派遣研修事業
実行委員会事務局

福岡県保健福祉部医療指導課内(担当:守口・左坐)

〒812-8577 福岡市博多区東公園7-7

TEL 092-643-3274



平成15年度福岡県保健医療・福祉職員海外派遣研修事業実施要綱

1 目的

県内の保健医療・福祉サービスの現場で、日夜、直接看護・介護等に携わっている職員を海外に派遣し、訪問国での視察・調査や職員との交流等を通して、諸外国の保健医療・福祉の現状を学ばせることにより、視野を広め、資質の向上及び士気の高揚を図り、今後の保健医療・福祉の推進に資することを目的とする。

2 主催

福岡県保健医療・福祉職員海外派遣研修事業実行委員会

3 事業の内容

- (1) 研修国（訪問都市）
ヨーロッパの保健医療・福祉先進国
「オランダ（アムステルダム）、スウェーデン（ストックホルム）、ドイツ（フランクフルト）」
- (2) 研修時期及び期間
平成15年10月22日（水）～10月31日（金）（10日間）
- (3) 研修参加人員
24名程度（研修生20名、特別団員若干名、団長1名、事務局1名）
- (4) 研修等

ア 事前研修（1泊2日研修1回）
海外派遣の目的を効果的に達成するため、研修生としての心構え及び研修国の事情等必要な研修を行う。

イ

現地研修
保健医療・福祉施設等の視察調査、訪問国の看護・介護職員との意見交換等を行う。

ウ

事後研修（日帰り研修2回）
海外派遣研修の内容についての情報交換及び実行委員会への研修報告を行う。

エ

事後活動
研修生は、帰国後に研修報告書を提出するとともに、研修の成果を地域・職場活動等に生かし、看護・介護の質的向上のために役立てる。

4 募集

- (1) 募集人員（研修生 20名、特別団員 若干名）
- (2) 募集期間 平成15年7月18日（金）～8月18日（月）消印有効
- (3) 参加資格

ア 研修生 次のアからエまでに掲げる事項に該当し、所属施設（団体）の長が推薦する者。

イ 職種、勤務要件等次のいずれかに該当する者

① 看護職員

県内の病院・診療所・介護老人保健施設・老人福祉施設・障害者福祉施設において10年以上看護業務（保健師助産師看護師法第2条から第6条までに定める業務をいう。）に従事し、かつ、同一の法人又は施設に3年以上勤務している者

② 介護職員

県内の病院・介護老人保健施設・老人福祉施設・障害者福祉施設において10年以上介護業務に従事し、かつ、同一の法人又は施設に3年以上勤務している者

・県内でホームヘルパーとして10年以上在宅介護に携わっている者

③ 理学療法士、作業療法士、視能訓練士及び言語聴覚士

県内の病院・介護老人保健施設・老人福祉施設・障害者福祉施設において10年以上（但し、言語聴覚士は、4年以上）それぞれの資格業務に従事し、かつ、同一の法人又は施設に3年以上勤務している者

イ 健康状態等

健康で協調性に富み、研修計画に沿った最長の規律ある団体行動に耐えられる者

ウ 事前・事後研修に必ず参加できる者

エ その他

- ① 国、地方公共団体が実施した業務に関する海外研修に参加した経験のない者
- ② 国、地方公共団体の職員でない者

Ｂ．特別団員 市町村等において保健医療・福祉の職場に勤務する者など、本研修事業への参加により、その研修成果を踏まえて、今後の保健医療・福祉の推進に貢献することが期待できる者を特別団員とする。

なお、特別団員は、研修生の条件であるイとウを原則満たすものとする。

5 申込方法

職員を参加させようとする施設又は団体の長は、次の書類各1通をとりそろえ、8月18日（月）までに持参又は郵送（当日消印有効）の上、実行委員会事務局へ申し込むものとする。

A. 研修生	
(1) 申込書【様式1】	(1) 申込書
(2) 参加申込書（本人用）【様式2-1・様式2-2】	【注意：様式1に準ずる】
(3) 作文	(2) 参加申込書（本人用）
ア テーマは「海外研修に期待するもの」とする	【様式2-1・様式2-2】
イ 400字詰原稿用紙3枚程度	

申込書等は、県内保健福祉環境事務所（政令市保健所を含む）、実行委員会事務局及び各関係団体（各医師会、県看護協会等）に置く。

6 研修生等の選考・決定

- (1) 実行委員会において、「5 申込方法」により提出された書類に基づき選考し、研修生を決定する。ただし、必要に応じて面接を行うことがある。
- (2) 選考の結果については、所属施設（団体）の長及び本人あて通知する。

7 研修生等の取り消し

- (1) 研修生として決定された者で、出発前に、健康上の理由又は派遣に不適当な事由が生じた場合は、研修生としての資格を取り消すものとする。
- (2) 出発後に、研修生としてふさわしくない行為があった者については、研修生としての資格を取り消し、直ちに帰国させるものとし、その費用は本人の負担とする。

8 経費・損害等の負担

- (1) 参加経費の負担は次のとおりとする。

A. 研修生

一人当たり経費（往復の旅費及び現地滞在諸経費45万円程度）のうち、15万円程度を県の負担とし、残り30万円程度を所属施設（団体）及び研修生で負担するものとする。

なお、研修生の負担は15万円程度以内とすること。

B. 特別団員

全額個人負担とする。（県の補助なし）

(2) 往復の旅費及び現地滞在諸経費以外は、別途研修生等の負担とする。（事前事後研修参加費、渡航手数料、集合地までの県内旅費、健康診断費等）

(3) 海外研修中の災害（天災、火災、不慮の災害等）、事故、個人の不注意等で主催者の責に帰さない理由によって生ずる参加者の損害等については、主催者は責任を負わないものとする。

9 問い合わせ先

福岡県保健医療福祉職員海外派遣研修事業実行委員会事務局

〒812-8577

福岡市博多区東公園7番7号

福岡県保健福祉部医療指導課内

TEL 092-643-3274

FAX 092-643-3277

様式 1

参 加 申 込 書

(所属団体推薦用)

平成 1 5 年 月 日

福岡県保健医療・福祉職員海外
派遣研修事業実行委員会
委員長 殿

所属団体の名称

代表者氏名



下記の職員を平成 1 5 年度福岡県保健医療・福祉職員海外派遣研修の研修生として申込みます。
なお、研修生に決定された場合には、事前研修及び事業実施計画に基づく全行事に参加することを承諾します。

また、所属団体負担分の 円についても負担することを承諾します。

記

推薦順位	氏 名	年齢	従事業務種別	在職年数 (年・月)	備 考

(所属団体の連絡先)

団体住所：〒

担当課名：

担当者名：

TEL：

FAX：

様式 2 の 1

参加申込書
(個人用)

平成15年 月 日

ふ り が な		※ 写真添付 上半身正面脱帽 (縦4.5cm×横3.5cm)
氏 名	㊟	
生 年 月 日	昭和 年 月 日	
年 齢 ・ 性 別	歳 か月 男・女	
現 住 所	TEL — —	
緊急時の連絡先	氏名 続柄 TEL — —	
勤 務 先 名		
応 募 理 由		
業務に関する 海外研修歴	有（ 回） ・ 無 有の場合 研修主催者（ ） 訪 問 国 名 （ ）	
現在の健康状態	良好 ・ 否	

様式2の2

年	月	経 歴（最終学歴、職歴、役職名等）	
資 格 免 許			取 得 年月日

※ 資格免許欄は、この海外派遣研修参加資格に関するものについて記入してください。