

北海道福祉サービス第三者評価事業 2015年度評価調査者養成研修会開催要項

1. 目的 この研修会は、北海道福祉サービス第三者評価実施要綱第9条第1項第1号に規定する評価調査者養成研修として、評価調査者の養成を図ることを目的とします。
2. 主催 北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構(公益社団法人北海道社会福祉士会)
3. 日時
 - 【1日目】 2015年9月21日(月、祝)午前9時30分から午後5時30分まで
 - 【2日目】 2015年9月22日(火、祝)午前9時30分から午後5時30分まで
 - 【3日目】 2015年9月23日(水)～11月20日(金)のうちの1日(10:00～17:00)
 - 【4日目】 2015年11月21日(土)午前9時30分から午後5時30分まで
4. 会場 札幌市社会福祉総合センター4階大研修室など(1日目、2日目及び4日目)
(札幌市中央区大通西19丁目(地下鉄東西線「西18丁目」下車))
分野別現場実習(3日目)は北海道内の実習協力施設で実施
5. 受講対象者 次のいずれかの要件に該当する方(詳しくは別表2を参照)
 - a-1 組織運営管理業務を3年以上経験している者
 - a-2 組織運営管理業務を3年以上経験している者と同等の能力を有していると認められる者
 - b-1 福祉、医療、保健分野の有資格者で、当該業務を3年以上経験している者
 - b-2 福祉、医療、保健分野の学識経験者で、当該業務を3年以上経験している者
 - b-3 福祉、医療、保健分野の有資格者若しくは学識経験者で、当該業務を3年以上経験している者と同等の能力を有していると認められる者

※両方に該当する方は、c(a+b)という資格要件となりますので、申込書のc欄にチェックして下さい。
6. 受講定員 60名(受講申込みが定員を超える場合は、受講をお断りする場合があります。)
7. 受講コース 第2希望まで選択。1コース9名に満たない場合、コースの変更をお願いする場合があります。

受講コース	研 修 内 容
障がいコース	2014年10月に道推進機構が改定した「福祉サービス評価基準(共通45項目)」及び2005年3月に道推進機構が策定した「福祉サービス内容評価基準(障害者・児施設版)」に基づき、障がい者・児施設関係の福祉サービス第三者評価に係る知識・技術を習得します。
保育コース	2014年10月に道推進機構が改定した「福祉サービス評価基準(共通45項目)」及び2012年2月に道推進機構が改定した「福祉サービス内容評価基準(保育所版)」に基づき、保育所の福祉サービス第三者評価に係る知識・技術を習得します。
高齢者福祉コース	2014年10月に道推進機構が改定した「福祉サービス評価基準(共通45項目)」及び2013年10月に道推進機構が改定した「福祉サービス内容評価基準(高齢者福祉版)」に基づき、高齢者分野の福祉サービス第三者評価に係る知識・技術を習得します。 なお、実習は「介護老人福祉施設」のみとなります。
救護コース	2014年10月に道推進機構が改定した「福祉サービス評価基準(共通45項目)」及び2012年2月に道推進機構が策定した「福祉サービス内容評価基準(救護施設版)」に基づき、救護施設の福祉サービス第三者評価に係る知識・技術を習得します。

- ※ 現時点で評価調査者の資格を有する方で、新たな専門領域(障がい・保育・高齢者福祉・救護)の付加を希望する方は、養成研修の2日目に新たな専門分野を受講してください。また、評価調査者資格を拡大したい方は、1日目を受講することにより、資格の拡大(aまたはbからcへ)が可能となります。
- ※ これまで児童福祉コースを設けていましたが、全国社会福祉協議会が社会的養護関係施設の推進組織となったことから、当機構として養成は行いません。

8. 受講料
- | | |
|--------------------|---------------|
| ①初めて受講する方 | 32,400円(消費税込) |
| ②第1日目または第2日目のみ受講の方 | 8,100円(消費税込) |
| ③第1日目と第2日目の両日受講の方 | 16,200円(消費税込) |

※ 実習等にかかる交通費等の実費は、各自で負担していただきます。

※ 自己の都合により必要な全課程を受講できなかった場合でも、受講料は返還しません。

9. 受講申込の方法

(1) 申込期限(期限までに必着)

2015年8月21日(金)

※ 期日までに申込みがない場合は、いかなる理由があっても、受講することはできません。

(2) 申込方法

同封の①申込書に必要事項を記入の上、②顔写真(カラー・縦3cm×横2.5cm)と、③受講資格要件を証明する書類(「勤務証明書」・「資格証」の写し。詳細は別表2を参照のこと)を添付して提出してください。申込書には、郵便振替払込金受領証のコピーを張り付けてください。

※ 写真は携帯版評価調査者証に使用します。写真の裏に氏名を必ず記載して下さい。過去に継続研修を受講された方についても写真は必要です(評価調査者証には、「組織」「福祉」「総合」の区分、「保育・障がい・高齢・救護」の区分を新たに印字します。)

(3) 受講票について

当機構において受講料の納入を確認できた受講申込者から、順次受講票を送付します。受講票は受講当日に必ず持参して下さい。

受講料納入先 郵便振替口座:02710-0-97697

加入者名:北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構

10. 研修プログラム 研修プログラムは別表1をご参照ください。

11. 事前準備

「第三者評価実践マニュアル(全107頁)」については、各自でダウンロードしてお持ち下さい。全国社会福祉協議会のホームページ(http://www.shakyo-hyouka.net/panf/manual_ver2.pdf)よりダウンロードできます。

12. 合否の判断

受講者については、評価技能審査試験を実施するとともに、レポートの評価を行います。試験については、講義の内容及び「第三者評価実践マニュアル ver.2」から出題します。10問出題し、6問の正答があれば合格とします。不合格の場合は、1回に限り追試験(2015年12月19日午後、札幌市内)を受験することが可能ですが、その試験にも合格できない場合は、評価調査者となることができません。なお、不合格の場合でも、研修受講料は返却しません。

13. 登録及び評価調査員証の交付

前項の評価技能審査試験に合格された方を、評価調査者の資格者として北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構に登録します。また、2016年1月末日ころまでに携帯版評価調査員証(顔写真付)を送付します(修了証書を兼ねます)。

※ 本登録により評価調査者としての活動を保障するものではありません。評価調査者として活動する場合は評価機関に所属や登録あるいは契約する必要があります。

14. 個人情報の取り扱い

この研修会の申込者、受講者、修了者に関する個人情報は、公益社団法人北海道社会福祉士会の個人情報保護規程に基づき適切に取り扱います。申込書に記載された個人情報は、この研修会の運営、連絡、評価調査者一覧の整備(北海道への情報提供含む)等の目的にのみ使用し、他の目的に使用することはありません。また、研修会を円滑に運営し、受講者相互の情報交換を行うことを目的に、受講者の氏名、市町村名、所属名等を記載した名簿を作成し、受講者、講師に提供します。

なお、評価機関への修了者情報の提供については、書面による項目ごとの同意に基づいて行います。この同意の範囲内で、評価機関に情報提供を行います。評価機関は、提供を受けた情報をもとに、評価調査者としての登録を呼びかける場合があります。

15. 申込先、お問い合わせ先

住所：〒060-0002 北海道札幌市中央区北2条西7丁目 かでる 2.7 4階

北海道社会福祉士会 事務局 (担当：五十嵐、小林)

TEL.011-213-1313 FAX.011-213-1314 E-mail : info@hokkaido-csw.or.jp

<別表1>

2015年度評価調査者養成研修カリキュラム

日	区分	時間	研修科目	講師等	場所	
第1日 (9月21日/月)	共通 (基礎的) 研修課程	9:00~9:30	受講者受付		4階大研修室前	
		9:30~9:50	開講式・オリエンテーション	推進機構	4階大研修室	
		9:50~12:00 (2時間10分)	講義1 福祉サービス第三者評価の理念と全体像 講義2 福祉サービス第三者評価調査者の役割と倫理	調整中		
		13:00~16:00 (3時間)	講義3 福祉サービス第三者評価基準ガイドラインの概要			
		16:00~17:30 (1時間30分)	講義4 書面審査・訪問調査の基本的な考え方と留意点 講義5 報告書の記載方法と公表の方法			
第2日 (9月22日/火)	分野別研修課程	9:30~12:00 (1時間30分)	【障がいコース】 障害者・児施設における第三者評価基準の理解	調整中	未定 (社会福祉総合センター内)	
			【保育所コース】 保育所における第三者評価基準の理解	調整中	未定 (社会福祉総合センター内)	
			【高齢者福祉コース】 高齢者施設における第三者評価基準の理解	調整中	未定 (社会福祉総合センター内)	
			【救護コース】 救護施設における第三者評価基準の理解	調整中	未定 (社会福祉総合センター内)	
		12:00~13:00	昼食・休憩			
		13:00~17:30	【障がいコース】	各ファシリテーター	未定 (社会福祉総合センター内)	
			【保育所コース】	各ファシリテーター	未定 (社会福祉総合センター内)	
			【高齢者福祉コース】	各ファシリテーター	未定 (社会福祉総合センター内)	
【救護コース】	各ファシリテーター		未定 (社会福祉総合センター内)			
第3日	分野別実習	9:30~17:30 (うち昼食・休憩あり)	実習1 (コース別) ①障がい者 ②保育所 ③高齢者福祉 (介護老人福祉施設) ④救護	※事務局は同伴しません。各実習グループで運営します。	実習 (指定された施設に訪問調査)	
第4日 (11月21日/土)	総括	9:30~12:00	(演習2) 選択科目 ①障がい ②保育所 ③高齢者福祉 (介護老人福祉施設) ④救護	各ファシリテーター	未定 (社会福祉総合センター内)	
		12:00~13:00	昼食・休憩			
		13:00~16:30	まとめ (各グループ発表と講評)		各ファシリテーター	大研修室
		16:40~16:45	閉講式		推進機構	
		17:00~17:25	筆記試験			

※ 講師・ファシリテーターは都合により変更する場合があります。

※ コースによっては実習を実施しない場合があります (希望が9名未満の場合等)。

＜別表2＞ 受講対象者の要件

a 組織運営系	(1) 組織運営管理業務を3年以上経験している者	常勤職員が20人以上の法人組織において、法人の運営方針の決定に関与する役員として3年以上従事している者 ※1
	(2) 組織運営管理業務を3年以上経験している者と同等の能力を有していると認められる者	常勤職員が20人以上の法人組織の役員ではないが、法人組織内で20人以上で構成される部署を統括する監督又は管理の地位にあり、部署の運営方針の決定に関与する業務に3年以上従事している者 ※1
b 福祉系	(1) 福祉、医療、保健分野の有資格者で、当該業務を3年以上経験している者	ア 医師、保健師、看護師・准看護師、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、保育士の資格を持ち、当該業務を3年以上経験している者 ※2
		イ 上記以外の資格で、機構がこれと同等と認める資格を持ち、資格取得後当該業務を3年以上経験している者 ※2
	(2) 福祉、医療、保健分野の学識経験者で、当該業務を3年以上経験している者	大学・短大・専門学校において週1回以上講義を担当し、かつ福祉・医療・保健分野の教育と研究に専念（3年以上）している者 ※2
	(3) 福祉、医療、保健分野の有資格者若しくは学識経験者で、当該業務を3年以上経験している者と同等の能力を有していると認められる者	ア 福祉、医療、保健分野の行政や社会福祉協議会、非営利団体の常勤職員等（3年以上）で、福祉サービスが実際に提供されている現場を熟知している者 ※2
イ 民間企業や非営利団体の常勤職員等（3年以上）で、福祉サービスが実際に提供されている現場を熟知している者 ※2		

＜受講資格要件を証明する書類＞

添付した「勤務証明書」と、福祉系の資格がある場合は「資格証」の写しを提出すること。

- ※1 20人以上の組織を統括している（又はしていた）ことの客観的な証明となる書類を確認します。具体的には、勤務証明書の他に事務分掌表、組織図、役員であれば法人登記簿の写しなどが考えられます。申請者の申告のみでは認めません。
- ※2 資格取得後に3年以上経験を有することが必要です。資格証、勤務証明書などを提出いただき確認します。なお、介護支援専門員資格がある方については経験年数の証明は必要ありませんので、資格証の写しだけで結構です。

注1：継続研修修了者で、専門領域の拡大を目指す方は受講資格を証明する書類の提出は必要ありません。

注2：継続研修修了者で評価調査者資格を拡大したい方(aまたはbからcへ)は、拡大したい資格要件の必要書類(上記※1または※2)を添付して下さい。

注3：上記全ての受講資格要件について資格証、経歴書を元に、審査委員会で審査の上、受講資格を決定します。なお、経験年数は受講申込日現在とします。

北海道福祉サービス第三者評価事業 2015年度評価調査者養成研修受講申込書

今 回 の 受 講 希 望	受講分野	<input type="checkbox"/> a.組織運営管理分野 <input type="checkbox"/> b.保健医療福祉分野 <input type="checkbox"/> c.総合(組織運営管理分野及び保健医療福祉分野)		
		第1希望(必須)	第2希望(必須)	
受 講 者	受講コース	<input type="checkbox"/> 障がい者・児入所施設コース <input type="checkbox"/> 保育所コース <input type="checkbox"/> 高齢者福祉コース <input type="checkbox"/> 救護施設コース	受講コース	<input type="checkbox"/> 障がい者・児入所施設コース <input type="checkbox"/> 保育所コース <input type="checkbox"/> 高齢者福祉コース <input type="checkbox"/> 救護施設コース
	フリガナ			生年月日
	氏名			昭和 平成
	連絡先住所	(〒 -)		
	連絡先種別	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先等(名称を下欄に記載) ()	連絡先 電話番号	()
	現在の勤務	<input type="checkbox"/> 勤務なし <input type="checkbox"/> 勤務あり(勤務先名称を下欄に記載(任意)) ()		
	自宅所在地 市町村名		勤務先所在地 市町村名	
	希望する受講日	<input type="checkbox"/> 1日目のみ受講 <input type="checkbox"/> 2日目のみ受講 <input type="checkbox"/> 1・2日目受講 <input type="checkbox"/> 4日間受講		

郵便振替払込金受領証のコピーを張り付けてください。

(受領書貼り付け欄)

上記のとおり、受講を申し込みます。

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構代表者 様

(受講申込者氏名) 印
 (受講申込者所在地)
 〒

勤 務 証 明 書

年 月 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構
公益社団法人北海道社会福祉士会
会 長 高橋 修一 様

事業所の所在地及び名称

代表者氏名 _____ 印

交付担当者氏名 _____
連絡先電話番号 _____

下記の者の当事業所での勤務経験は以下のとおりであることを証明します。

在勤時の氏名	(昭和・平成 年 月 日生)
業務期間	昭和・平成 年 月 日～ 昭和・平成 年 月 日 (通算 年 カ月)
業務内容	a. 組織運営系：事業所で担当していた業務内容と、管理運営していた職位 (例：〇〇部長として30名の部下を統括していた。など)をお書きください。
	b. 福祉系：事業所等で担当していた福祉サービスの内容や、学識経験者の場合は担当していた講義内容などをお書き下さい。

※ 氏名の変更があった場合は戸籍抄本等当該変更がわかる書類を添付して下さい。

※ 複数の証明が必要な場合は本様式をコピーして使用して下さい。

※ 次に該当する場合は、この書類の提出は不要です。

- ① 介護支援専門員資格を有する方
- ② 過去に養成研修を修了した方が、過去の養成研修で受講した受講分野と同一の受講分野を受講する場合

評価調査者名簿の登録内容変更届兼情報提供に関する同意書

私は、私に関する次の事項について、変更がありましたので届出を行うとともに、北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構が評価機関（評価機関の認証の申請をしようとする者を含む。）に対して情報提供することに同意します。

項目	公表に同意しない事項 (同意しない場合に チェック)	内容
届出区分		<input type="checkbox"/> 登録内容の追加・変更 <input type="checkbox"/> 登録の辞退（理由：
フリガナ 氏名	<input type="checkbox"/>	
生年月日	<input type="checkbox"/>	昭和 平成 年 月 日
受講分野		<input type="checkbox"/> 組織運営管理 <input type="checkbox"/> 福祉、医療、保健 <input type="checkbox"/> 総合
修了コース		<input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 救護 <input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> 保育
評価調査者の活動を 可能とさせる研修		研修名 <input type="checkbox"/> 養成研修 <input type="checkbox"/> 継続研修
		修了日 平成 年 月 日
連絡先	種別	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	住所・所在地	<input type="checkbox"/> 〒
	電話番号	<input type="checkbox"/>
	FAX番号	<input type="checkbox"/>
	メールアドレス	<input type="checkbox"/>

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 様

平成 年 月 日

評価調査者番号

氏名

印

(記入に当たっての留意事項)

- 必ず本人が自署することとしてください。
- 「受講分野」及び「修了コース」には、これまで修了したものすべてにチェックをしてください。
- 「生年月日」及び「連絡先」に係る各項目について、公表に同意しない場合は、「公表に同意しない事項」欄にチェックをしてください。なお、「氏名」にチェックをした場合は、すべての項目が公表されないこととなります。
- 登録した情報に変更が生じた場合は速やかに当機構にご連絡をお願いします。