

「福岡県福祉サービス第三者評価」評価調査者募集

別表1

福祉施設・事業所の福祉サービスの質について、専門的・客観的な立場のもとに評価を行う「福祉サービス第三者評価」制度をご存じでしょうか。事業者が事業運営における問題点を把握しサービスの質の向上に結びつけることや、評価結果が公表されることにより利用者の適切なサービス選択に資するための情報になることを目的として実施されています。

当会は昨年より、「福岡県福祉サービス第三者評価事業」の評価機関として認証を頂いています。今後の事業の推進にあたって、評価調査者として活動して頂ける方を若干名募集いたします。なお、評価実施件数により、定期的な活動を必ずお約束できるものではありません。内容を十分ご理解の上、活動を希望される方は証明書を添付の上、裏面の申込書をご送付ください。

記

1. 内 容 福岡県福祉サービス第三者評価 評価調査者募集
2. 対 象 当会正会員（平成28年度までの会費完納者）
3. 募集人数 若干名
4. 条 件 ①～③全てを満たすこと
 - ①下記いずれかであること（右記別表1参照。表下に記載のある証明書類をご提出頂きます）
 - a 組織運営管理業務を3年以上経験している者又はこれと同等の能力を有していると認められる者
 - b 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又はこれと同等の能力を有していると認められる者
 - ②評価調査者養成研修の全日程（5日間）を修了すること

福岡県福祉サービス第三者評価事業 平成28年度評価調査者養成研修	
◇主 催	福岡県福祉サービス第三者評価推進機構（社会福祉法人福岡県社会福祉協議会）
◇開 催 日	講義 10月7日（金）、13日（木）、14日（金）、11月16日（水） 実習 10月21日（金）、31日（月）、11月7日（月）の間で1日
◇会 場	講義 クローバープラザ（春日市原町3-7-1）、実習 福岡市内保育所
◇参 加 費	無料（交通費等は受講者負担となります）

- ③今後、当会で評価業務に従事できること
（事業所自己評価や利用者アンケートによる事前分析を行った上で福祉サービス事業者へ訪問調査を行い、Excelで評価結果をとりまとめます。訪問調査は2日程度で実施します）
5. 注意事項
 - 申込多数の場合は担当理事・事業部で検討させていただきます。また、評価調査者養成研修の受講については主催者で調整される場合があります。
 - 申込結果については、9月中旬以降ご連絡を申し上げます。万が一お断りをする場合、申込書類は全て返却いたします。
 - ご不明な点は下記担当者までお問合せください。
6. 申込方法 裏面申込書にご記入の上、証明書類（右記別表1参照）を添付して下記申込先へ郵送してください。
7. 申込締切日 **平成28年9月7日（水）消印有効**
8. 申 込 先 〒812-0012
福岡市博多区博多駅中央街7-1-5 F
公益社団法人 福岡県介護福祉士会 事業部 <担当 吉澤>
TEL 092-474-7015 FAX 092-436-5234

a 組織運営系	(1) 組織運営管理業務 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、法人組織内の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、福岡県推進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
	(3) 上記(1)、(2)以外の者でこれ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 ※3
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 ※3		
ウ 福祉、医療、保健分野の当事者活動（3年以上）を経験している者 ※3		

- ※1 20人以上の組織を統括している（又はしていた）ことが証明できる書類を確認する。具体的には、事務分掌表、組織図、役員であれば法人登記簿等。申請者の申告のみでは認めない。
- ※2 資格取得後に3年以上経験を有することが必要である。このことを証明できる書類を確認する。具体的には、資格証、勤務証明書等。
- ※3 経歴書等を基に確認する。

「福岡県福祉サービス第三者評価」評価調査者申込書

公益社団法人 福岡県介護福祉士会

1. 住所・氏名等

平成 年 月 日現在

フリガナ 氏名	生年月日	昭和 平成	年	月	日	年齢	歳
	会員番号	40			性別	男・女	
住所	〒						
日中連絡 のとれる 電話番号	(自宅・携帯・職場) ※いずれかに○		FAX番号				
勤務先名	(ない場合は「なし」と記入)		勤務先 事業種別				

2. 福祉、医療、保健関係に関する資格 (例: 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 等)

資格名	取得年月日	資格名	取得年月日
介護福祉士	昭和 平成		昭和 平成
	年 月 日		年 月 日
	昭和 平成		昭和 平成
	年 月 日		年 月 日
	昭和 平成		昭和 平成
	年 月 日		年 月 日

3. 主な職歴

勤務先名	事業種別	役職等	勤務期間
			昭和・平成 年 月 ~ 年 月
			昭和・平成 年 月 ~ 年 月
			昭和・平成 年 月 ~ 年 月
			昭和・平成 年 月 ~ 年 月
			昭和・平成 年 月 ~ 年 月
			昭和・平成 年 月 ~ 年 月

4. 要件 (別表1を参考にあてはまるものに全て○をしてください。証明書類の添付が必要です)

a 組織 運営系	(1)	(2)	b 福祉系	(1)		(2)	(3)		
				ア	イ		ア	イ	ウ

※この申込書に書かれた内容は、当事業に関する手続き及びご本人への連絡以外には使用いたしません。 PDF

切り取り