

平成 24 年度東京都福祉サービス評価推進機構

評価者養成講習募集要項

1 目的

評価者養成講習は、東京都における福祉サービス第三者評価を行うために必要な一定のレベルの知識や経験がある受講希望者を対象に、東京都福祉サービス第三者評価のルールや評価の視点、判断基準の共有化を図ること等により、都民や福祉事業者等から信頼される評価者を養成することを目的とします。

2 講習実施方法

評価者養成講習は、講義・演習と評価実習に分けて実施します。

3 講義・演習

講義・演習は、次の「講義・演習カリキュラム」により、6 日間に割り振り実施します。

(講義・演習カリキュラム) ※カリキュラムは変更になる場合があります。

	科 目
1 日目	オリエンテーション 福祉サービスの基本的理解 第三者評価概論 評価手法（事業評価・利用者調査） 振返り問題
2 日目	1 件の評価の流れ カテゴリの構造・関連 評価の視点
3 日目	評価の進め方 評価の視点
4 日目	評価の進め方
5 日目	評価結果報告書の作成（グループ作業）
6 日目	評価結果報告書の作成とまとめ（グループ作業） 修了試験

※ 講義・演習の時間は原則として、午前 9 時 30 分から午後 5 時までです。

※ 遅刻・早退・欠席は、原則として認めません。

※ 講習期間中、課題（宿題）を設定し、その提出を受講の条件とすることがあります。

4 評価実習

・認証済評価機関（以下、「評価機関」という。）が平成24年8月1日以降に実施する東京都福祉サービス評価推進機構（以下「機構」という。）の定める評価に補助者として参加し、現地調査に同行した上で、その体験について評価実習報告書を作成して機構に提出してください。

評価実習は、養成講習全日程終了後に実施することが望ましいが、講習の受講前や受講期間中に行った場合は、講習最終日に評価実習報告書を提出してください。

また、自らの評価機関以外で評価実習を行った場合は、評価実習同行証明書をあわせて提出してください。

なお、機構では、実習先の調整はいたしません。

- ・評価実習の実施期限は、養成講習の修了試験の合格通知が届いてから2ヶ月以内とします。
- ・評価実習報告書は、評価実習終了後、2週間以内に機構あて提出してください。

5 養成講習日程

期	コース名	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目
第1期	Aコース	8月29日	8月30日	8月31日	9月6日(木)	9月13日(木)	9月20日(木)
	Bコース	(水)	(木)	(金)	9月7日(金)	9月14日(金)	9月21日(金)
第2期	Cコース	10月17日	10月18日	10月19日	10月25日(木)	11月1日(木)	11月8日(木)
	Dコース	(水)	(木)	(金)	10月26日(金)	11月2日(金)	11月9日(金)

6 講習会場

財団法人 東京都福祉保健財団 15階多目的室
新宿区神楽河岸1-1セントラルプラザ（JR飯田橋駅前）

7 募集定員

120名

①第1期（A・Bコース） 60名（30名×2）

②第2期（C・Dコース） 60名（30名×2）

※ 新規に認証申請を予定している法人（以下、「新規申請法人」という。）からの申し込みは、原則として、①第1期（A・Bコース）とします。

8 受講資格要件

福祉サービス第三者評価機関認証実施要領第9条に該当する者（下記の資格要件を満たす者）を評価機関または新規申請法人より推薦してください。

【資格要件】次の分類の1つ以上に該当し、別紙1「評価者養成講習受講資格要件」に合致する者。

(分類1)	福祉・医療・保健業務を3年以上経験している者
(分類2)	組織運営管理等業務を3年以上経験している者
(分類3)	調査関係機関等で調査業務や経営相談を3年以上経験している者
(分類4)	福祉・医療・保健・経営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
(分類5)	その他、上記と同等の能力を有していると機構が認める者

※推薦するにあたり、受講申込者に対し、評価者となった後、継続して活動するための要件等について必ず説明してください。

9 申込書類

申込書類は、別紙2「申込書類の整理方法について」を参照のうえ、整理し提出してください。様式が定められている書類についてはすべてパソコン等で入力し作成してください。（手書き不可）

- (1) 評価者養成講習受講者推薦書 【様式1】
評価機関または新規申請法人が作成
- (2) 評価機関評価実績等状況調書 【様式2】
評価機関が作成
- (3) 受講申込者提出書類一覧表 【様式3】
受講申込者の提出する申込書類を整理し、評価機関・新規申請法人が作成
- (4) 評価者養成講習申込書 【様式A】
受講申込者本人が作成
- (5) 実務経験（資格要件）証明書 【様式B】
受講申込者本人が作成、内容を評価機関・新規申請法人で責任をもって証明
- (6) 受講申込レポート 【様式C】
受講申込者本人が作成
- (7) 添付資料
受講資格要件により、別紙3「養成講習申込提出資料一覧」に定める資料を添付してください。
- (8) その他
審査に必要と考えられる書類

10 申込方法

評価機関または新規申請法人からの推薦により申込みを受け付けます。（個人での申込みはできません。）受講者を推薦する評価機関及び新規申請法人は、以下の手続きにより申込書類を提出してください。

なお、新規申請法人は認証申請とあわせて申込みください。

- (1) 申込書類受付日の予約
評価者養成講習に受講者を推薦する評価機関及び新規申請法人は、別紙4「養成講習受付日予約申込書」に必要事項を記載し、機構へ提出してください。
日程調整後、申込受付日時等を連絡します。
事前の予約がない場合、受付できない場合がありますので注意してください。
- (2) 申込書類の受付
決定した申込受付日時に申込書類を持参してください。
当日、評価機関・評価者等の状況について聞き取りを行いますので、対応できる方の出席をお願いします。
- (3) その他
審査は、受付最終日までに提出された書類により行います。受付日程については、余裕を持って申込みください。

1.1 申込上の注意

(1) 評価機関について

- ・第1期については、新規申請法人も含まれることを考慮のうえ、申し込みください。

(2) 新規申請法人について

・福祉サービス第三者評価機関認証要綱第2条第9号に規定する評価者に関する申請要件を満たすことが必要です。申し込みをした上位3名は、必ず福祉分野と経営分野の資格を有する組み合わせとしてください。なお、4名以上で申し込まれ、どなたかが資格審査で要件を満たさない場合もこの組み合わせとなる必要があります。

- ・4名以上での申込みの場合、優先順位4番目以降の方は補欠とします。

・4名以上で申し込まれ、資格審査においてどなたかが資格要件を満たさなかった場合、または、申込者数が募集定員に満たない場合は、補欠の方を繰り上げます。

・評価者名簿登載者を含んで申し込まれる新規申請法人は、既登載者を申込優先順位1番目から順に氏名と評価者番号（備考欄）を記入してください。この場合も、優先順位4番目以降の方は補欠とします。

・資格審査の結果、法人としての申請要件を満たすことができなくなった場合は、すべての方が受講することはできません。

- ・原則として、第1期に申し込みください。

1.2 受付期間

(1) 申込受付日の予約

平成24年3月19日（月）から平成24年3月23日（金）

(2) 申込書類受付

平成24年4月16日（月）から平成24年5月23日（水）

※ なお、土・日曜日、祝日及び評価者フォローアップ研修（共通コース）の開催日は除く。

評価者フォローアップ研修(共通コース)開催予定日

平成24年 4月17日(火)、18日(水)、21日(土)、25日(水)、26日(木)

5月9日(水)、17日(木)、18日(金)

1.3 申込先

〒162-0823 東京都新宿区神楽河岸1-1 セントラルプラザ13階

東京都福祉サービス評価推進機構

財団法人 東京都福祉保健財団

情報部 評価支援室 研修担当 田崎・治田

電話 03-5206-8750 FAX 03-3235-8533

1.4 受講者の決定

(1) 受講資格要件等について申込書類により審査し、受講者を決定します。

なお、審査通過者が定員を上回っている場合には、下記のとおり決定します。

① 評価機関の場合

- ・応募評価機関数及び評価実績等を勘案し、申込人数を調整して決定します。

② 新規申請法人の場合

- ・新規申請法人数や認証要件等を勘案し、申込人数を調整して決定します。

(2) 受講決定後、受講者決定通知を評価機関あて発送します。（平成24年7月中旬頃を予定。）

15 受講料

¥28,000-

受講料の支払方法については受講決定の際に送付する当財団が発行する「払込票」にて振り込みをしてください。

16 修了試験の実施

講習最終日に修了試験を実施します。修了試験において機構が定める基準に達した者を修了試験合格者とします。

17 修了証の交付

修了試験合格者で、評価実習を修了した者に対して「修了証」を交付します。

18 名簿登載

評価者として活動するには、評価者名簿への登載が必要です。

修了証発行後、30日以内に名簿登載手続きを行わなければ、修了証の効力は無効となりますので御注意ください。

評価者養成講習応募資格要件

分類1 福祉・医療・保健業務を3年以上経験している者

◎内容にある「福祉サービス現場」については、別添1「社会福祉法(抄)」及び別添2「介護保険法に規定される福祉サービス」を参照のこと

資格要件	内 容
1-1	福祉サービス現場で資格【注1】を有しその業務に専従している常勤職員 福祉サービス現場で資格【注1】を有しその業務に従事している非常勤職員 なお、非常勤職員の場合は通算して常勤3年間(実日数540日以上)【注2】に匹敵する程度の業務経験がある者
1-2	福祉サービス現場の長(施設長、管理者等)として従事している常勤職員
1-3	医療・保健業務現場(保健所、病院等)で資格【注3】を有しその業務に従事する常勤職員(管理部門業務を除く)
1-4	福祉関係法令に定める相談業務に従事している常勤職員
1-5	福祉分野の行政や社協、非営利団体の常勤職員で、福祉サービス現場の経験(相談業務含む)はないが、福祉事業担当・福祉施策担当業務等を通じて、福祉サービス現場の訪問先が30ヶ所以上あり、現場を熟知している者【注4】
	① 行政機関で福祉施設の指導検査業務を3年
	② 苦情対応や福祉情報誌の発行等広報・公聴業務を3年
	③ 福祉施策に関する企画・計画業務を3年
1-6	民間企業や非営利団体の常勤職員等で、福祉サービス現場の経験(相談業務含む)はないが、福祉関連事業の担当業務を通じて福祉サービス現場の訪問先が30ヶ所以上あり、現場を熟知している者【注4】
	① 市町村介護保険計画策定、地域福祉計画策定等の業務を3年
	② 社会福祉に関する調査研究や情報提供業務を3年
1-7	通算して常勤3年間(実日数540日以上)に匹敵する程度の業務量で、かつ、5年以上安定的・継続的に活動を行なっている団体に所属して、福祉サービスに関わる相談、情報提供、第三者苦情解決制度、権利擁護、ボランティア・コーディネーターなど、複数の福祉サービス事業者を比較して考えるような活動に従事している者【注5】
	① 民間相談機関の福祉サービスに関わる相談員のボランティアを週1回、10年間など
	② 「身体障害者施設の第三者委員」を月2回、5年間など
1-8	東京都以外の福祉サービス第三者評価事業の評価者として3年以上の経験を有し、かつ、評価件数【注6】が30件以上【注7】あり、福祉サービス現場を熟知している者

【注1】 ここでいう資格とは、別紙1-①のとおり

【注2】 ここでいう「通算して常勤3年間(実日数540日以上)」とは、3年間の中で勤務実日数が540日以上あることを意味する

【注3】 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

【注4】 施設整備事業業務を通じたサービス提供前の土地や施設の訪問経験は含まない

【注5】 単に経験年数や時間だけを要件にするのではなく、評価につながる経験であり、これに付随する情報収集、相談、研修活動等で、実質的に540日以上の経験があること

【注6】 評価件数とは、21財情報第1034号通知 3(3)に規定する「利用者調査の実施から報告書の作成まで、一貫して行うこと」と同程度のものとする

【注7】 福祉サービス第三者評価事業の評価件数が30件に満たない場合、介護保険法の地域密着型サービス外部評価事業(以下、「外部評価」という)の調査者経験が3年以上ある場合に限り外部評価の評価件数を加えることができる

分類2 組織運営管理等業務を3年以上経験している者

資格要件	内 容
2-1	常勤職員が20人以上【注8】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(登記上の役員で常勤の者)として従事している者

【注8】 社員19名の会社の社長(アルバイトなどにより、20名になることもある)は不可とする

分類3 調査関係機関等で調査業務や経営相談を3年以上経験している者

資格要件	内 容
3-1	顧客の経営相談業務を主たる業務とする事務所に所属(3年以上)し、通算して540日以上、顧客の経営相談業務を担当している者【注9】
3-2	調査会社の社員(3年以上)として、調査項目の作成、調査の実施、集計・分析、顧客へのフィードバック又は公表等までの一連の調査業務に通算して540日以上携わり、調査や分析の手法に熟知している者(ただし、下記【注10】の業務は除く)
3-3	NPOや任意団体の職員(3年以上)として、調査項目の作成、調査の実施、集計・分析、顧客へのフィードバック又は公表等の実施までの一連の調査の流れに携わり、調査や分析の手法に熟知している者で、かつ、通算して常勤3年間(実日数540日以上)に匹敵する程度の業務経験のある者(ただし、下記【注10】の業務は除く)

【注9】「経営相談業務を担当している者」とは、ある一定期間継続して、企業や団体等の組織運営や経営に関わる幅広い相談を行ってきた者とし、以下の者は含まないものとする

- ・社会保険労務士・行政書士・公認会計士・税理士等の資格を有しその業務のみに専従している者
- ・会計・財務の例月処理等の支援やISO認証取得の際の相談など、限定された分野だけでの相談業務に従事している者

【注10】①土地家屋調査、土地鑑定、地質・水質調査、測量、資産調査、探偵事務所での調査、興信所での調査

②自社製品開発のための調査(市場調査等)

③一連の調査に部分的に関与していない業務内容のある調査

- 例 ・調査項目の作成や調査実施に携わっているが、集計・分析作業や顧客へのフィードバック資料作成までの業務には携わっていない調査
- ・調査項目の作成や調査実施に携わっているが、集計・分析作業や結果報告冊子作成までの業務には携わっていない調査

分類4 福祉・医療・保健・経営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

資格要件	内 容
4-1	大学・短大・専門学校の常勤教員、非常勤講師、大学助手として週1回以上講義を担当し、かつ福祉・医療・保健・経営分野の教育と研究に専念している者【注11】

【注11】 教育、研究以外に本職を持っている者は、分類4では不可とする

分類5 その他、上記と同等の能力を有していると機構が認める者

資格要件	内 容
5-1	要件1～4と同等の経験を有しているとみなされる者
	① 経験年数が3年に足りず、補足として、当該要件につながる他の要件が数年以上あり、2つの経験のつながりから能力の積み上げが推定できる例については、経験年数を合算し、3年以上と認められる場合がある(福祉分野の経験と経営分野の経験の通算は不可。【注12】)
	② その他要件1～4と同等の経験を有しているとみなされる者

【注12】 例 福祉分野の学識経験が2年、福祉現場での指導員経験が2年ある者は可とする

福祉施設での指導員経験が2年10ヶ月、経営相談業務の経験が2年ある者は不可とする

評価者養成講習応募要件1-1に関する資格の範囲

1 医師	7 理学療法士	13 精神保健福祉士
2 歯科医師	8 作業療法士	14 保育士
3 薬剤師	9 社会福祉士	15 介護支援専門員
4 保健師	10 介護福祉士	16 訪問介護員【1】
5 看護師	11 言語聴覚士	
6 准看護師	12 栄養士(管理栄養士を含む)	

【1】ここでいう訪問介護員とは下記をさす。

- ・介護保険法の訪問介護員1級
- ・介護保険法の訪問介護員2級
- ・家庭奉仕員等講習会修了者(昭和58年～63年に実施していたもの)
- ・障害者(児)ホームヘルパー養成講習修了者の居宅介護員1級
- ・障害者(児)ホームヘルパー養成講習修了者の居宅介護員2級
- ・障害者(児)ホームヘルパー養成講習修了者の居宅介護員3級

【2】上記以外の資格については、分類5として資格審査会で審査するものとする。

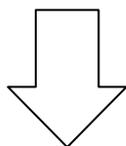
○提出書類の整理方法について

提出書類は、以下の手順で整理し、とりまとめのうえ提出してください。

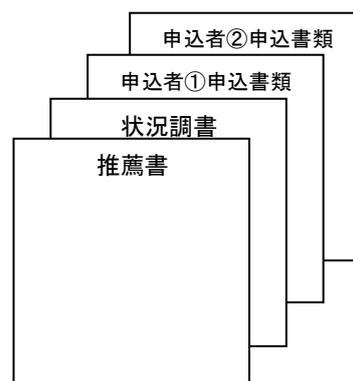
1 申込書類の整理方法

提出書類は以下の順番に整理してください。

- ① 評価者養成講習受講者推薦書【様式 1】
- ② 評価機関評価実績等状況調書【様式 2】
- ③ 受講申込者に関する申込書等
(下記の方法により受講申込者ごとにまとめてください。)



例: 申込者が 2 名の場合



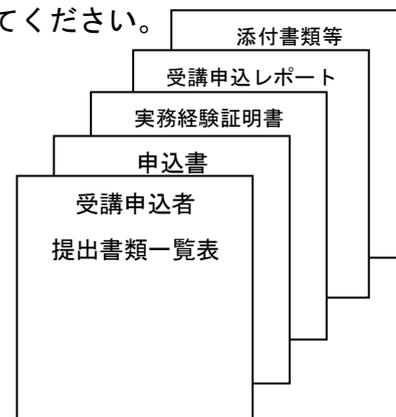
・受講申込者に関する申込書類の整理

受講申込者に関する申込書類に「提出書類一覧表」を添付し、

以下の順番に整理し、受講申込者ごとにクリップ等でまとめてください。

- ① 受講申込者 提出書類一覧表【様式 3】
- ② 評価者養成講習申込書【様式 A】
- ③ 実務経験(資格要件)証明書【様式 B】
- ④ 受講申込レポート【様式 C】
- ⑤ 添付資料 (実績表・成果物等)

※成果物等の添付書類が多数ある場合は、別綴じとしても構いません。その場合は、付箋等によりどの受講申込者の添付資料か特定できるよう工夫をお願いします。



2 注意事項

- ・受付最終日までに提出のあった申込書類により審査します。添付漏れがないよう評価機関で確認してください。
- ・不明な点については問い合わせをさせていただくことがあります。
- ・成果物の返却が必要な場合には、提出書類一覧の別表に記載してください。

養成講習申込提出資料一覧

別紙3

○評価機関等に関する書類

	評価機関	新規法人
受講者推薦書【様式1】	○	○
評価機関評価実績等状況調査【様式2】	○	

○…必須
△…任意

○被推薦者に関する書類

資格要件番号	1												2	3			4	5			
	1	2	3	4	5			6		7		8	1	2	3	1	1				
					①	②	③	①	②	①	②						①	②			
評価者養成講習申込書【様式A】	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
実務経験(資格要件)証明書【様式B】	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
受講申込レポート【様式C】	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
実績表【様式a】 (訪問先等30か所以上を記載)					○	○	○	○	○												
実績表【様式b】 (活動件数、内容等を記載)										○	○										
実績表【様式c】 (評価実績等を記載)												○									
実績表【様式d】 (経営相談内容・実績を記載)													○								
実績表【様式e】 (調査内容・実績を記載)														○	○						
登記簿謄本 ※1													○						同等と判断した資格要件に準じて添付すること		
法人規模(常勤職員数)の確認できる資料													○								
成果物 (業務内容を確認できる成果物)						○	○														
成果物 (実績表に対応した成果物) ※2								○	○	△	△			○	○	○					
所属する事務所・調査会社・団体等の概要が分かる資料												○		○	○	○					
大学等で週1回以上講義を担当していることが分かる資料																		○			
研究論文等																		○			
推薦理由書 ※3																				○	○
その他補足資料等	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△		△	△

※1 2-1の登記簿謄本については役員であった期間を証明できるもの書類を添付すること。(以前の経歴については全部事項証明書で確認することができる。)
 ※2 成果物については、実績表に記載した内容に対応した成果物を添付すること。(記載したすべてについて添付をもとめるものではありません。)
 ※3 推薦理由書の様式については任意とするが、同等と判断した分類・受講資格要件番号及び判断した理由等を記載すること。

送信先 東京都福祉サービス評価推進機構 研修担当 行
 FAX 03-3235-8533

評価者養成講習受付事前申込書

評価機関名 _____
 担当者 _____
 連絡先電話 _____
 申込予定者数 _____ 名

(内訳 分類1 _____ 分類2 _____ 分類3 _____ 分類4 _____ 分類5 _____)

【受付希望日程】

第1希望	第2希望	第3希望	第4希望	第5希望

- ・受付を希望する日程の番号を下表より選択し記入してください。
- ・受付時間は1時間程度を予定しています。

受付日程一覧

月	日	曜日	AM	PM	備 考
4	16	月	1	2	
	17	火			フォローアップ研修(共通)
	18	水			フォローアップ研修(共通)
	19	木	3	4	
	20	金	5	6	
	21	土			フォローアップ研修(共通)
	22	日			
	23	月	7	8	
	24	火	9	10	
	25	水			フォローアップ研修(共通)
	26	木			フォローアップ研修(共通)
	27	金	11	12	
	28	土			
	29	日			昭和の日
30	月			振替休日	
5	1	火	13	14	
	2	水	15	16	
	3	木			憲法記念日
	4	金			みどりの日
	5	土			こどもの日
	6	日			

月	日	曜日	AM	PM	備 考
5	7	月	17	18	
	8	火	19	20	
	9	水			フォローアップ研修(共通)
	10	木	21	22	
	11	金	23	24	
	12	土			
	13	日			
	14	月	25	26	
	15	火	27	28	
	16	水	29	30	
	17	木			フォローアップ研修(共通)
	18	金			フォローアップ研修(共通)
	19	土			
	20	日			
	21	月	31	32	
	22	火	33	34	
	23	水	35	36	

機構使用欄

_____ 月 _____ 日 () AM・PM _____ :

社会福祉法(抄)

(定義)

第二条 この法律において「社会福祉事業」とは、第一種社会福祉事業及び第二種社会福祉事業をいう。

2 次に掲げる事業を第一種社会福祉事業とする。

一 生活保護法（昭和二十五年法律第百四十四号）に規定する救護施設、更生施設その他生計困難者を無料又は低額な料金で入所させて生活の扶助を行うことを目的とする施設を経営する事業及び生計困難者に対して助葬を行う事業

二 児童福祉法（昭和二十二年法律第百六十四号）に規定する乳児院、母子生活支援施設、児童養護施設、知的障害児施設、知的障害児通園施設、盲ろうあ児施設、肢体不自由児施設、重症心身障害児施設、情緒障害児短期治療施設又は児童自立支援施設を経営する事業

三 老人福祉法（昭和三十八年法律第百三十三号）に規定する養護老人ホーム、特別養護老人ホーム又は軽費老人ホームを経営する事業

三の二 障害者自立支援法（平成十七年法律第百二十三号）に規定する障害者支援施設を経営する事業

四 障害者自立支援法 附則第四十一条第一項の規定によりなお従前の例により運営をすることができることとされた同項に規定する身体障害者更生援護施設を経営する事業

五 障害者自立支援法 附則第五十八条第一項の規定によりなお従前の例により運営をすることができることとされた同項に規定する知的障害者援護施設を経営する事業

六 売春防止法（昭和三十一年法律第百十八号）に規定する婦人保護施設を経営する事業

七 授産施設を経営する事業及び生計困難者に対して無利子又は低利で資金を融通する事業

3 次に掲げる事業を第二種社会福祉事業とする。

一 生計困難者に対して、その住居で衣食その他日常の生活必需品若しくはこれに要する金銭を与え、又は生活に関する相談に応ずる事業

- 二 児童福祉法 に規定する児童自立生活援助事業、放課後児童健全育成事業又は子育て短期支援事業、同法 に規定する助産施設、保育所、児童厚生施設又は児童家庭支援センターを経営する事業及び児童の福祉の増進について相談に応ずる事業
- 三 母子及び寡婦福祉法（昭和三十九年法律第百二十九号）に規定する母子家庭等日常生活支援事業又は寡婦日常生活支援事業及び同法 に規定する母子福祉施設を経営する事業
- 四 老人福祉法 に規定する老人居宅介護等事業、老人デイサービス事業、老人短期入所事業、小規模多機能型居宅介護事業又は認知症対応型老人共同生活援助事業及び同法 に規定する老人デイサービスセンター、老人短期入所施設、老人福祉センター又は老人介護支援センターを経営する事業
- 四の二 障害者自立支援法 に規定する障害福祉サービス事業、相談支援事業又は移動支援事業及び同法 に規定する地域活動支援センター又は福祉ホームを経営する事業
- 五 身体障害者福祉法（昭和二十四年法律第二百八十三号）に規定する身体障害者生活訓練等事業、手話通訳事業又は介助犬訓練事業若しくは聴導犬訓練事業、同法 に規定する身体障害者福祉センター、補装具製作施設、盲導犬訓練施設又は視聴覚障害者情報提供施設を経営する事業及び身体障害者の更生相談に応ずる事業
- 六 知的障害者福祉法（昭和三十五年法律第三十七号）に規定する知的障害者の更生相談に応ずる事業
- 七 障害者自立支援法 附則第四十八条 の規定によりなお従前の例により運営をすることができることとされた同条 に規定する精神障害者社会復帰施設を経営する事業
- 八 生計困難者のために、無料又は低額な料金で、簡易住宅を貸し付け、又は宿泊所その他の施設を利用させる事業
- 九 生計困難者のために、無料又は低額な料金で診療を行う事業
- 十 生計困難者に対して、無料又は低額な費用で介護保険法（平成九年法律第百二十三号）に規定する介護老人保健施設を利用させる事業
- 十一 隣保事業（隣保館等の施設を設け、無料又は低額な料金でこれを利用させることその他の近隣地域における住民の生活の改善及び向上を図るための各種の事業を行うものをいう。）

十二 福祉サービス利用援助事業(精神上の理由により日常生活を営むのに支障がある者に対して、無料又は低額な料金で、福祉サービス(前項各号及び前各号の事業において提供されるものに限る。以下この号において同じ。)の利用に関し相談に応じ、及び助言を行い、並びに福祉サービスの提供を受けるために必要な手続又は福祉サービスの利用に要する費用の支払に関する便宜を供与することその他の福祉サービスの適切な利用のための一連の援助を一体的に行う事業をいう。)

十三 前項各号及び前各号の事業に関する連絡又は助成を行う事業

4 この法律における「社会福祉事業」には、次に掲げる事業は、含まれないものとする。

一 更生保護事業法(平成七年法律第八十六号)に規定する更生保護事業(以下「更生保護事業」という。)

二 実施期間が六月(前項第十三号に掲げる事業にあつては、三月)を超えない事業

三 社団又は組合の行う事業であつて、社員又は組合員のためにするもの

四 第二項各号及び前項第一号から第九号までに掲げる事業であつて、常時保護を受ける者が、入所させて保護を行うものにあつては五人、その他のものにあつては二十人(政令で定めるものにあつては、十人)に満たないもの

五 前項第十三号に掲げる事業のうち、社会福祉事業の助成を行うものであつて、助成の金額が毎年度五百万円に満たないもの又は助成を受ける社会福祉事業の数が毎年度五十に満たないもの

介護保険法に規定される福祉サービス

指定・監督	区分	介護サービス	予防サービス
都道府県	在宅サービス	訪問介護	介護予防訪問介護
		訪問入浴介護	介護予防訪問入浴介護
		訪問看護	介護予防訪問看護
		訪問リハビリテーション	介護予防訪問リハビリテーション
		居宅療養管理指導	介護予防居宅療養管理指導
		通所介護	介護予防通所介護
		通所リハビリテーション	介護予防通所リハビリテーション
		短期入所生活介護	介護予防短期入所生活介護
		短期入所療養介護	介護予防短期入所療養介護
		特定施設入居者生活介護	介護予防特定施設入居者生活介護
		福祉用具貸与	介護予防福祉用具貸与
		特定福祉用具販売	特定介護予防福祉用具販売
	居宅介護支援		
	施設サービス	介護老人福祉施設	
		介護老人保健施設	
介護療養型医療施設			
区市町村	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護	
		認知症対応型通所介護	介護予防認知症対応型通所介護
		小規模多機能型居宅介護	介護予防小規模多機能型居宅介護
		認知症対応型共同生活介護	介護予防認知症対応型共同生活介護
		地域密着型特定施設入居者生活介護	
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	
その他	その他	住宅改修	介護予防住宅改修

評価者養成講習受講申込 (様式)

・ 受講者推薦書【様式1】	P17
・ 評価機関評価実績等状況調書【様式2】	P18
・ 受講申込者 提出書類一覧表【様式3】	P19
・ 評価者養成講習申込書【様式A】	P20
・ 実務経験(資格要件)証明書【様式B】	P21
・ 受講申込レポート【様式C】	P22
・ 実績表【様式a】	P23
(資格要件番号 1-5-①・②・③、1-6-①・②用)	
・ 実績表【様式b】	P26
(資格要件番号 1-7-①・②用)	
・ 実績表【様式c】	P28
(資格要件番号 1-8 用)	
・ 実績表【様式d】	P31
(資格要件番号 3-1 用)	
・ 実績表【様式e】	P34
(資格要件番号 3-2、3-3 用)	

※ 申込書類は、全てパソコンで作成してください。申込様式は、「とうきょう福祉ナビゲーション」でダウンロードしてください。押印をお忘れなくお願いします。

※ 推薦書・申込書・実務経験(資格要件)証明書については、記入例が P35 以降にあります。

評価機関名

○評価機関評価件数

各年度の評価件数を記入してください。(準ずる評価・利用者調査のみの調査等は含まない)

	21年度	22年度	23年度	24年度 (予定)
件数				

○評価者数及び評価実績

平成24年4月1日現在 在籍する評価者について平成23年度実績を記入してください。
(貴評価機関での評価実績を記入してください。)

評価者数		内訳(評価実績)					
		0件	1件	2件	3件	4件	5件以上
主たる							
従たる							

○推薦する受講者数について

・推薦する受講者数の考え方について、24年度以降の評価予定等を踏まえ記入してください。

○研修について

・新規評価者に対し予定している研修等について記入してください。

・評価機関で実施している(実施を予定している)評価者に対する研修について記入してください。

○その他

○受講申込者 提出書類一覧表

様式3

評価機関名 _____

推薦順位 _____

申込者氏名 _____

受講資格要件 _____

○…要提出
 △…任意提出
 □…同等と判断した
 資格要件に準じて提出

提出書類	該当受講資格要件	必要書類	提出の有無
評価者養成講習申込書 【様式A】	必須	○	
実務経験(資格要件)証明書 【様式B】	必須	○	
受講申込レポート 【様式C】	必須	○	
実績表【様式a】	1-5-①・②・③、1-6-①・②	-	
実績表【様式b】	1-7-①・②	-	
実績表【様式c】	1-8	-	
実績表【様式d】	3-1	-	
実績表【様式e】	3-2、3-3	-	
登記簿謄本	2-1	-	
法人規模の確認できる資料	2-1	-	
業務内容が確認できる成果物	1-5-②・③	-	
実績表記載事項に関する成果物 ※具体的な成果物について別表に記載すること	1-6-①・②、1-7-①・②、 3-1、3-2、3-3	-	
所属する事務所・調査会社・団体等の概要が分かる資料	1-8、3-1、3-2、3-3	-	
大学等で週1回以上講義を担当していることが分かる資料	4-1	-	
研究論文等	4-1	-	
推薦理由書	5-1-①、5-1-②	-	
その他補足資料		△	

別表 提出成果物等一覧

提出成果物名	実績表 該当番号	返却の 要否	備 考
1		要・不要	
2		要・不要	
3		要・不要	
4		要・不要	
5		要・不要	
6		要・不要	
7		要・不要	
8		要・不要	

評価者養成講習申込書

フリガナ											性別	年齢	※整理番号							
氏名											1 男 2 女	歳								
生年月日	西暦	1	9				年				月			日	あてはまる受講資格要件分類番号					
															1	2	3	4	5	
フリガナ																				
現住所	都 道 区 市										府 県 町 村									
	〒										(電話)	()	-				
フリガナ																				
勤務先名																				
フリガナ																				
勤務先所在地	都 道 区 市										府 県 町 村									
	〒										(電話)	()	-				
推薦評価機関名 (法人名)																				
希望	第 1 希望	第 2 希望	第 3 希望	第 4 希望																
コース																				

以上のように貴機構で実施する評価者養成講習に申し込みをいたします。

平成 年 月 日
 東京都福祉サービス評価推進機構
 財団法人 東京都福祉保健財団 理事長 様

申込者氏名 _____ 印

- 備考 1 希望コースは、第 4 希望まで記入してください。第 1 希望が定員となった場合は、順次希望を繰り下げてコース決定します。
 (同一のコースに希望が集中することがあるため、出来るだけ第 4 希望まで御記入ください。)
- 2 新規申請法人から申し込みをする方は、原則として I 期に申し込んでください。
- 3 ※の欄は記入しないでください。
- 4 申し込みは、申込者一人につき 1 通のみです。2 通以上の申し込みがあった場合は、無効となりますので、御注意ください。
- * この情報については、評価者養成講習及び評価者名簿登載時以外は使用しません。

実務経験(資格要件)証明書

様式B

受講資格要件 (分類毎の合計期間)	分類1	ヶ月	分類2	ヶ月	分類3	ヶ月	分類4	ヶ月
----------------------	-----	----	-----	----	-----	----	-----	----

非常勤及び応募資格要件番号 1-7-①・②、3-1,2,3 に該当する場合は勤務実績を記入

No.	実務経験期間 (西暦で新しい順に記入)	月数	分類	資格要件番号	実績表有・無	勤務先	部署名	役職	職務内容(具体的に記述)	常勤・非常勤	日数/週 a	実績 b	勤務実績 a×b
1	年 月～ 年 月	ヶ月			有・無					常勤 非常勤	日	週	
2	年 月～ 年 月	ヶ月			有・無					常勤 非常勤	日	週	
3	年 月～ 年 月	ヶ月			有・無					常勤 非常勤	日	週	
4	年 月～ 年 月	ヶ月			有・無					常勤 非常勤	日	週	
5	年 月～ 年 月	ヶ月			有・無					常勤 非常勤	日	週	

※1

※2

評価に関連する主な資格で該当する資格に○印

取得資格の名称	取得年月日(西暦)	取得資格の名称	取得年月日(西暦)
1. 社会福祉士	年 月	7. 訪問介護員1級	年 月
2. 介護支援専門員	年 月	8. 訪問介護員2級	年 月
3. 保育士	年 月	9. 栄養士	年 月
4. 看護師	年 月	10. 精神保健福祉士	年 月
5. 介護福祉士	年 月	11. 中小企業診断士	年 月
6. 保健師	年 月	12. 社会保険労務士	年 月

※1 実務経験期間については平成24年5月末日までの実務経験見込みについて記入してください。

※2 実績表の有無については別紙3 養成講習申込提出資料一覧により確認してください。

その他の資格

取得資格の名称	資格認定機関名称	取得年月日(西暦)
		年 月
		年 月

※機構認証

*この情報については、評価者養成講習及び評価者名簿登載時以外は、使用しません。

上記のように実務経験(資格要件)を有していることに相違ありません。

平成 年 月 日

申込者氏名: _____ 印

上記の者の実務経験は貴機構の定める必要な資格や経験を満たしていることを証明します。

平成 年 月 日

評価機関名: _____ 印

代表者名: _____ 印

受講申込レポート

様式C

氏名	
推薦評価機関名	

○次の事項について記入してください。記入はパソコンにより作成してください。(手書き不可)

(1) 東京都の福祉サービス第三者評価制度について、必ず、ホームページ等で情報収集をしたうえで記入してください。(300文字以上 400文字以内)

(2) 評価者養成講習に申込みをした動機とめざす評価者像について記入してください。(300文字以上 400文字以内)

(3) 自分の職務経験等をどのように福祉サービス第三者評価に活かせると考えますか。実務経験証明書【様式B】に書かれた実務経験に基づき記入してください。(300文字以上 400文字以内)

(4) 「利用者本位の福祉サービス」とはどのようなものだと考えますか。(300文字以上 400文字以内)

(5) 実務経験証明書【様式B】に記載した以外に今まで関わった「福祉サービス」にはどのようなものがありましたか。具体的な関わり方を示して記入してください。(ない場合は「なし」と記入してください)

実績表 (資格要件番号 1-5-①・②・③、1-6-①・②用)

氏名 : _____

様式 a

※必ず30ヶ所以上記入してください。

項番	サービス種別	訪問日	訪問先名称	訪問先の担当者名	訪問内容
1		年 月 日			
2		年 月 日			
3		年 月 日			
4		年 月 日			
5		年 月 日			
6		年 月 日			
7		年 月 日			
8		年 月 日			
9		年 月 日			
10		年 月 日			
11		年 月 日			

実績表 (資格要件番号 1-5-①・②・③、1-6-①・②用)

氏名 : _____

様式 a

※必ず30ヶ所以上記入してください。

項番	サービス種別	訪問日	訪問先名称	訪問先の担当者名	訪問内容
12		年 月 日			
13		年 月 日			
14		年 月 日			
15		年 月 日			
16		年 月 日			
17		年 月 日			
18		年 月 日			
19		年 月 日			
20		年 月 日			
21		年 月 日			
22		年 月 日			

実績表 (資格要件番号 1-5-①・②・③、1-6-①・②用)

氏名 : _____

様式 a

※必ず30ヶ所以上記入してください。

項番	サービス種別	訪問日	訪問先名称	訪問先の担当者名	訪問内容
23		年 月 日			
24		年 月 日			
25		年 月 日			
26		年 月 日			
27		年 月 日			
28		年 月 日			
29		年 月 日			
30		年 月 日			
31		年 月 日			
32		年 月 日			
33		年 月 日			

※実績表の追加は以下に続けてください。

実績表 (資格要件番号 1-7-①・②用)

氏名 : _____

様式b

項番	業務内容	従事期間	実績(具体的に記入)
1		年 月 日～ 年 月 日	
2		年 月 日～ 年 月 日	
3		年 月 日～ 年 月 日	
4		年 月 日～ 年 月 日	
5		年 月 日～ 年 月 日	

実績表 (資格要件番号 1-7-①・②用)

氏名 : _____

様式 b

項番	業務内容	従事期間	実績(具体的に記入)
6			
7			
8			
9			
10			

※活動内容実績はできるだけ多くの件数を提示してください。実績表の追加は以下に続けて作成してください。

実績表 (資格要件番号 1-8 用)

氏名 : _____

様式c

※必ず30件以上記入してください。

項番	事業所名	サービス種別	評価機関	評価(調査)期間	備考
例	〇〇デイサービスセンター	通所介護	株式会社△△△△ (□□県認証評価機関)	H.23.8.1~H.23.12.1	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					

実績表 (資格要件番号 1-8 用)

氏名 : _____

様式c

※必ず30件以上記入してください。

項番	事業所名	サービス種別	評価機関	評価(調査)期間	備考
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					

実績表 (資格要件番号 1-8 用)

氏名 : _____

様式c

※必ず30件以上記入してください。

項番	事業所名	サービス種別	評価機関	評価(調査)期間	備考
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					

実績表の追加は以下に続けて作成してください。

実績表 (資格要件番号 3-1 用)

氏名 : _____

様式d

項番	経営相談依頼先	相談目的	従事期間	相談内容(具体的に記入)
1			年 月 日 ~ 年 月 日	
2			年 月 日 ~ 年 月 日	
3			年 月 日 ~ 年 月 日	

実績表 (資格要件番号 3-1 用)

氏名 : _____

様式d

項番	経営相談依頼先	相談目的	従事期間	相談内容(具体的に記入)
4			年 月 日～ 年 月 日	
5			年 月 日～ 年 月 日	
6			年 月 日～ 年 月 日	

実績表 (資格要件番号 3-1 用)

氏名 : _____

様式d

項番	経営相談依頼先	相談目的	従事期間	相談内容(具体的に記入)
7			年 月 日～ 年 月 日	
8			年 月 日～ 年 月 日	
9			年 月 日～ 年 月 日	

※相談内容はできるだけ多くの件数を提示してください。実績表の追加は以下に続けて作成してください。

実績表 (資格要件番号 3-2、3-3 用)

氏名 : _____

様式e

項番	調査依頼先	調査目的	調査期間	調査内容(具体的に記入)
1			年 月 日 ~ 年 月 日	
2			年 月 日 ~ 年 月 日	
3			年 月 日 ~ 年 月 日	

実績表 (資格要件番号 3-2、3-3 用)

氏名 : _____

様式e

項番	調査依頼先	調査目的	調査期間	調査内容(具体的に記入)
4			年 月 日 ~ 年 月 日	
5			年 月 日 ~ 年 月 日	
6			年 月 日 ~ 年 月 日	

実績表 (資格要件番号 3-2、3-3 用)

氏名 : _____

様式e

項番	調査依頼先	調査目的	調査期間	調査内容(具体的に記入)
7			年 月 日～ 年 月 日	
8			年 月 日～ 年 月 日	
9			年 月 日～ 年 月 日	

※調査内容はできるだけ多くの件数を提示してください。実績表の追加は以下に続けて作成してください。

評価者養成講習受講申込 (様式記入例)

- 受講者推薦書【様式1】記入例 P38
- 評価者養成講習申込書【様式A】記入例 P39
- 実務経験(資格要件)証明書【様式B】記入例 P40

平成24年度 東京都福祉サービス
評価者養成講習 受講者

被推薦者の受講資格要件番号、分野
(福祉・経営)をご記入ください。
分類1 :福祉
分類2、3:経営
分類4、5:福祉もしくは経営
(申請内容にて記載)

優先順位	氏名	住所	要件番号	分野(福祉・経営)	
1	山田 太郎	千代田区栄町 1-1-1-101	1-1	福祉	
2	評価 花子	墨田区墨東 2-5-7	1-5-①	福祉	
3	機構 次郎	新宿区大久保 3-2-2	3-1	経営	
4	機関 三郎	足立区西新井 3-5-2	2-1	経営	
5	手法 五郎	江戸川区南町 1-2-3	1-1	福祉	

※新規申請法人については募集要項「11 申込上の注意(2)」を参照の上、順位を記入してください。

上記の者は、貴機構で定める資格要件を満たし、また当評価機関の評価者として所属予定であるので、貴機構の評価者養成講習に推薦します。

平成 24年 4月 18日

認証機関番号: 機構 01-234

評価機関名: ● ● ● ● 株式会社

代表者: 評価 一郎

所在地: 〒162-0823
新宿区神楽河岸 1-1

電話: 03-△△△△-1234

印

推薦書の作成年月日、「評価機関名」、
「代表者」、「所在地」、「電話」を記入
の上、忘れずに捺印してください。

備考欄

*この情報については、評価者養成講習及び評価者名簿登載時以外は、使用いたしません。

記入例

評価者養成講習申込書

フリガナ	ヤマダ		タロウ		性別	年齢		※整理番号									
氏名	山田		太郎		① 男 2 女	45 歳											
生年月日	西暦	1	9	6	6	年	0	4	月	0	8	日	あてはまる受講資格要件分類番号				
													①	2	3	4	5
フリガナ	トウキョウト チヨダク サカエチョウ																
現住所	東京		③ 都 道 千代田		④ 区 市 栄町												
	〒	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	(電話)	(03)	0000	-	0000	
フリガナ	トウキョウトフクシホケンザイダン																
勤務先名	東京都福祉保健財団																
フリガナ	トウキョウト シンジュク カグラカシ																
勤務先所在地	東京		③ 都 道 新宿		④ 区 市 神楽河岸1-1												
	〒	1	6	2	0	8	2	3	(電話)	(03)	5206	-	8750				
推薦評価機関名 (法人名)	● ● ● ● 株式会社																
希望	第 1 希望	第 2 希望	第 3 希望	第 4 希望													
コース	D	B	C	A													

別紙の実務経験証明書の該当する資格要件分類に○を付けてください。(複数可)

以上のように貴機構で実施する評価者養成講習の申し込みをいたします。

A~Dコースで記入してください。
また、第4希望まで記入してください。

平成 24年 4月 18日

東京都福祉サービス評価推進機構

財団法人 東京都福祉保健財団 理事長 様

申込者氏名 山田 太郎

印

- 備考
- 希望コースは、第4希望まで記入してください。第1希望が定員となった場合は、順次希望を繰り下げてコース決定します。(同一のコースに希望が集中することがあるため、出来るだけ第4希望まで御記入ください。)
 - 新規申請法人から申し込みをする方は、原則としてI期に申し込んでください。
 - ※の欄は記入しないでください。
 - 申し込みは、申込者一人につき1通のみです。2通以上の申し込みがあった場合は、無効となりますので、御注意ください。
- * この情報については、評価者養成講習及び評価者名簿登載時以外は使用しません。

記入例

実務経験(資格要件)証明書

様式B

(分類毎の合計期間)	分類1	96ヶ月	分類2	ヶ月	分類3	ヶ月	分類4	ヶ月
------------	-----	------	-----	----	-----	----	-----	----

下記の実務経験の分類毎の合計期間を御記入ください。合計月数が36ヶ月以上になるように御記入ください。(複数可)

該当する場合は勤務実績を記入

新しい順に記入	実務経験期間 (西暦で新しい順に記入)	月数	分類	資格要件番号	実績表有・無	勤務先	部署名	役職	職務内容(具体的に記述)	常勤・非常勤	日数/週 a	実績 b	勤務実績 a×b
1	2000年4月～2003年3月	36ヶ月	1	1-1	有・無	☆★居宅介護支援事業所	施設調整係	主任	居宅介護支援専門員として訪問調査、相談、ケアプランの作成など行った。	常勤 非常勤	日	週	
2	1995年4月～2000年3月	60ヶ月	1	1-1	有・無	特別養護老人ホーム○×△		主任	ユニットリーダーとして介護業務全般を行った他、部下の指導も中心となって行った。	常勤 非常勤	日	週	
3	年 月～ 年 月	ヶ月			無					常勤 非常勤	日	週	
4	年 月～ 年 月	ヶ月								常勤 非常勤	日	週	
5	年 月～ 年 月	ヶ月			有・無					常勤 非常勤	日	週	

別紙1「評価者養成講習受講資格要件」を見て資格要件番号を御記入ください。

職務内容は、詳しく御記入ください。

※1 評価に関連する主な資格で該当する資格に○印

取得資格の名称	取得年月日(西暦)	取得資格の名称	取得年月日(西暦)
1. 社会福祉士	年 月	7. 訪問介護員1級	年 月
② 介護支援専門員	2000年 3月	8. 訪問介護員2級	年 月
3. 保育士	年 月	9. 栄養士	年 月
4. 看護師	年 月	10. 精神保健福祉士	年 月
⑤ 介護福祉士	1995年 3月	11. 中小企業診断士	年 月
6. 保健師	年 月	12. 社会保険労務士	年 月

※1 実務経験期間については平成24年5月末日までの実務経験見込みについて記入してください。
 ※2 実績表の有無については別紙3 養成講習申込提出資料一覧により確認してください。

その他の資格

取得資格の名称	資格認定機関名称	取得年月日(西暦)
		年 月
		年 月

その他評価に関連する資格をお持ちの方はこちらに御記入ください。

※機構認証

*この情報については、評価者養成講習及び評価者名簿登載時以外は、使用しません。

上記のように実務経験(資格要件)を有していることに相違ありません。
 平成 24年 4月 18日

申込者氏名: 山田 太郎



上記の者の実務経験は貴機構の定める必要な資格や経験を満たしていることを証明します。
 平成 24年 4月 20日

評価機関名: ●●●●株式会社

代表者名: 評価 一郎

