

(別添 2 - 1)

学 則

① 号又は名称	医療法人医誠会
② 修事業の名称	医療法人医誠会 介護職員初任者研修
③ 研修の種類	介護保険法施行令に基づく介護員養成研修
④ 研修課程及び 学習形式	介護職員初任者研修課程 ・ 通学形式 ・ 通信形式 (通信学習実施計画書 (別添 2 - 1 0) を参照。)
⑤ 事業者指定番号	180
⑥ 開講の目的	利用者のニーズの変化や要望に臨機応変に対応できる柔軟性のある人材を育成すべく社内研修を行っていく。職員の能力に応じた教育の機会を与えることで、学びと実践の両立を行い、個々の能力を最大限に発揮し得る環境を提供する。
⑦ 講義・演習室 (住所も記載)	講義： 大阪市淀川区西中島 3-18-9 (新大阪日大ビル) 大阪市東淀川区菅原 1-1-21 (介護老人保健施設エスペラル東淀川) 大阪市東淀川区井高野 4-6-37 (介護老人保健施設エスペラル井高野) 摂津市南千里丘 1-24 (介護老人保健施設エスペラル摂津)
⑧ 実習施設	1 実施しない 2 実施する (実習施設一覧表 (別添 2 - 7) を参照。)
⑨ 講師の氏名及び 担当科目	講師一覧表 (別添 2 - 3) を参照。
⑩ 使用テキスト	日本医療企画「介護職員初任者研修課程テキスト」
⑪ シラバス	シラバス (別添 2 - 2) を参照。
⑫ 受講資格	受講開始時点にてホロニクスグループである医療法人医誠会 (ホロニクスケア(株)含む) の介護関連業務に関する職員で研修を必要とする者。 当法人グループ入職が内定した方で受講を希望し、法人が認めた者。
⑬ 広告の方法	法人ホームページに記載
⑭ 情報開示の方法	下記ホームページにおいて情報開示する。 ホームページアドレス : http://www.iseikaihp.com/index.html

<p>⑮ 受講手続き及び本人確認の方法 (応募者多数の場合の対応方法を含む)</p>	<p>受講希望者は、電話、FAX、メール、はがき、来校のいずれか本人の都合のよい方法にて受け付ける。受講申し込み受付にあたっては、本人確認を行う。(下記いずれかの方法)</p> <p>(1)戸籍謄本、戸籍抄本若しくは住民票 (2)住民基本台帳カードの提示 (3)在留カードの提示 (4)健康保険証の提示 (5)運転免許証の提示 (6)パスポートの提示 (7)年金手帳の提示 (8)運転免許証以外の国家資格を有する場合は、その免許証または登録証 申込受付は先着順とする。(振込手続き完了時点で受講確定とする) 定員を超えての申込みには応じないが、選に漏れた者は次回開講を優先的に受講できるものとする。</p>
<p>⑯ 受講料及び受講料支払方法</p>	<p>6,850 円 (テキスト代、消費税含む) 受講開始前日までに支払う事。(振込手数料は受講者負担とする)</p>
<p>⑰ 解約条件及び返金の有無</p>	<p>指定の支払い期日までに入金を確認できない場合、受講申し込みの解約とみなす。解約については受講料及びテキスト代 6,850 円は返還しないものとする。</p>
<p>⑱ 受講者の個人情報の取扱</p>	<p>個人情報保護規程策定の有無 (有・無) 受講者の個人情報については、個人情報保護法に基づき適切に管理し、介護職員研修事業について必要な場合のみに使用する。 なお、修了者には大阪府の管理する修了者名簿に記載される。</p>
<p>⑲ 研修修了の認定方法</p>	<p>認定方法：修了を認定した者には修了証明書を交付する。 研修の修了年限：8ヶ月 但し、病気等やむおでない理由がある場合は、1年6か月以内とする。 修了評価方法：(別添2-9)を参照。 修了評価筆記試験不合格時の取扱い： 不合格者に関しては、担当講師による補修の上、再試験を実施する。 (補習費用：2,500円(税別)、再評価費用：2,500円(税別)) 但し、再評価の試験回数は最大2回までとする。 したがって、最終試験の結果、不合格となった者は未修了扱いとなるため注意すること。</p>
<p>⑳ 補講の方法及び取扱</p>	<p>補講の方法： 補講は項目単位で行うものとし個別対応にて実施する。 ※補講日程については、事前に事務局に連絡し確認する事。 補講に要する費用 個別対応補講費用…一項目あたり 2,500円</p>

⑳ 科目免除の取扱	大阪府介護職員初任者研修実施要領の規定のとおり取り扱う。ただし、受講料の減免措置はない。 (1年以上介護等の実務経験を有する者は「(1) 職務の理解」項目免除可)
㉑ 受講中の事故等についての対応	受講中に生じた事故等については、法人が責任を持って対応するものとする。また、保障に関しては加入する施設賠償責任保険にて対応する。
㉒ 研修責任者名、所属名及び役職	氏名： 森下 清司 所属名：医療法人医誠会 役職： 常務理事
㉓ 課程編成責任者名、所属名及び役職	氏名： 阪口 武彦 所属名：医療法人医誠会 役職： 看護補助者・介護職員対策部 係長
㉔ 苦情等相談担当者名、所属名、役職及び連絡先	氏名： 脇澤 和子 所属名：医療法人医誠会 役職： 総務部長 連絡先：06-6307-2151
㉕ 研修事務担当者名、所属名及び連絡先	氏名： 酒井 梨江 所属名：医療法人医誠会 看護補助者・介護職員対策部 連絡先：06-6307-2151
㉖ 情報開示責任者名、所属名、役職及び連絡先	氏名： 船津 大 所属名：医療法人医誠会 役職： 医療情報部 次長 連絡先：072-956-2985
㉗ 修了証書を亡失・き損した場合の取扱い	「養成研修修了証明書等の亡失・き損時の取り扱いに関する要領」に基づき証明書を交付する。 ・証明書交付に係る費用：2,500円
㉘ その他必要な事項	受講の取り消しについて 次の各項に該当する者は、受講を取り消すことが出来る。 ① 学習意欲に著しく欠け、修了の見込みがないと認められた者 ② 研修の秩序を乱し、その他受講生としての本分に反したものの ③ 受講生自身から受講継続の意思のないことを申し出た者 ④ 法人が不適切とみなした者

※1 大阪府からのお知らせ	大阪府介護職員初任者研修事業実施要領第2の2(1)より抜粋 【内容及び手続きの説明及び同意】 事業者は、受講の受付に際し、受講希望者に対し受講するため
---------------	---

	に必要な費用等を明記した学則の内容及び研修を受講する上での重要な事項等を記載した書面等を配布するとともに、その説明を行い、かつ、あらかじめ受講希望者の同意を得なければならない。
--	--

※2 研修事業者の指定担当	大阪府 福祉部 地域福祉推進室 地域福祉課 事業者育成グループ 電話：06-6944-9165 ホームページ： http://www.pref.osaka.jp/chiikifukushi/
---------------	--

記載例

(別添 2 - 1)

学 則

①商号又は名称	株式会社〇〇商事	指定申請書に記載した事業名称を記載。
②研修事業の名称	株式会社〇〇商事 介護人材養成スクール	
③研修の種類	介護保険法施行令に基づく介護員養成研修	
④研修課程及び 学習形式	介護職員初任者研修課程 ・通学形式 ・通信形式 (通信学習実施計画書 (別添 2 - 1 0) を参照。)	両方の形式で実施する場合は、その旨明記すること。
⑤事業者指定番号	〇〇	
⑥開講の目的	質の高い・・・福祉・介護・・・人材を養成・・・確保する。	研修事業を実施する目的を記載。
⑦講義・演習室 (住所も記載)	大阪市中央区〇〇町 1 - 1 - 1 大阪〇〇ビル 10階中会議室	講義・演習室として使用する場所の名称と住所を記載。 (複数あれば全て記載)
⑧実習施設	1 <input type="checkbox"/> 実施しない 2 実施する (実習施設一覧表 (別添 2 - 7) を参照。)	
⑨講師の氏名及び 担当科目	講師一覧表 (別添 2 - 3) を参照。	
⑩使用テキスト	〇〇〇〇出版「介護職員基礎研修テキスト」	発行元も記載すること。
⑪シラバス	シラバス (別添 2 - 2) を参照。	
⑫受講資格	開講日時点において満〇歳以上の者で・・・、かつ、 福祉・介護の就業を希望している者・・・	
⑬広告の方法	ダイレクトメール、新聞折込みチラシ、〇〇市広報誌及び自社のホームページにおいて行う。	
⑭情報開示の方法	下記ホームページにおいて情報開示する。 http://www.〇〇.co.jp/	
⑮受講手続き及び 本人確認の方法 (応募者多数の 場合の対応方法 を含む)	受講希望者には、本学則、重要事項説明書、直近の研修カリキュラム、申込書を送付する。 なお、受講申し込みにあたっては、原本確認が必要なことから受当社〇〇事務所で行う。 応募者多数の場合には、・・・	
⑯受講料及び受講 料支払方法	〇〇、〇〇〇円 (テキスト代、消費税含む) 規定期日までに下記口座に振り込むこと。 〇〇銀行 〇〇支店 当座No.〇〇	

<p>⑰ 解約条件及び返金の有無</p>	<p>受講者からのキャンセル： 開講日の1週間前までは、・・・全額返金・・・ 3日間前までは、半額を・・・</p> <p>弊社からのキャンセル： 応募者が〇〇名に満たなかった場合、・・・</p>
<p>⑱ 受講者の個人情報の取扱</p>	<p>個人情報保護規程策定の有無 (有)・無)</p> <p>受講者から得た個人情報については・・・</p> <p>なお、修了者は大阪府の管理する修了者名簿に記載される。</p>
<p>⑲ 研修修了の認定方法</p>	<p>認定方法：修了を認定した者には修了証明書を交付する。</p> <p>研修の修了年限：3ヶ月 最長は8か月。事業者において短く設定しても可。</p> <p>修了評価方法：(別添2-9)を参照。</p> <p>修了評価筆記試験不合格時の取扱い： 担当講師による補習のうえ、修了評価当日に再試験を実施する。 (補習費用：〇〇円、再評価費用：〇〇円) ただし、再評価の試験の回数は最大〇回までとする。・・・ したがって、最終試験の結果、不合格となった者は未修了扱いとなるため注意すること。・・・等々</p>
<p>⑳ 補講の方法及び取扱</p>	<p>補講の方法：原則、同時期に開催している他教室で振替補講、又は個別対応で実施する。</p> <p>なお、実習を組み入れた場合の「(1)職務の理解」及び「(10)振り返り」、並びに「(2)介護における尊厳の保持・自立支援」の「③人権啓発に係る基礎知識」及び実技演習を実施した項目のレポートによる補講は認めない。 レポート補講は、各科目の通信可能時間数を超えない範囲でしか実施できません。</p> <p>他教室への振替補講費用：無料</p> <p>個別対応補講費用：1時間あたり〇〇円</p> <p>レポート課題を課した場合：添削・指導費用：1項目につき〇〇円</p>
<p>㉑ 科目免除の取扱</p>	<p>大阪府介護職員初任者研修実施要領の規定のとおり取り扱う。ただし、受講料の減免措置はない。・・・</p> <p>介護等の実務経験が1年以上の者が受講を希望した場合において、受講申請時にその証明書を提出できる者は、「(1)〇〇」の科目を免除する。この場合の受講料は正規の受講料から〇〇円減額する。・・・等々</p>
<p>㉒ 受講中の事故等についての対応</p>	<p>受講中に生じた事故等については、・・・当社が加入する〇〇保険で対応する。したがって保険料の受講者負担は生じない。</p>
<p>㉓ 研修責任者名、所属名及び役職</p>	<p>氏名：〇〇 〇〇</p> <p>所属：人材育成企画部</p> <p>役職：企画第2部長</p>

補講を行うことは、事業者の責務です。したがって、「補講を実施しない」という記載は認められません。

レポート補講は、各科目の通信可能時間数を超えない範囲でしか実施できません。

②④ 課程編成責任者 名、所属名及び役職	氏名： 所属： 役職：
②⑤ 苦情等相談担当者名、所属名、役職及び連絡先	氏名： 所属： 役職： 連絡先：06-0000-0000 緊急連絡先 090-
②⑥ 研修事務担当者名、所属名及び連絡先	氏名： 所属： 連絡先：
②⑦ 情報開示責任者名、所属名、役職及び連絡先	氏名：〇〇 〇〇 所属：総合情報システム部 役職：システム事業課長 連絡先：
②⑧ 修了証書を亡失・き損した場合の取扱い	「養成研修修了証明書等の亡失・き損時の取り扱いに関する要領」に基づき証明書を交付する。 ・証明書交付手数料： 円 or 無料 等々
②⑨ その他必要な事項	遅参の取扱い： 授業開始前の出席確認時点で出席が確認できなかった場合は遅参扱いとし欠席とする。その際、当事業所が設定する日程において補習を受けなければならない。 退校処分の取扱い：

<p>※1 大阪府からのお知らせ</p> <p>受講料受領後のトラブルを避けるため、事前に十分な説明を行なっておくこと。</p> <p>※1、※2の項目削除厳禁</p>	<p>大阪府介護職員初任者研修事業実施要領第2の2(1)より抜粋</p> <p>【内容及び手続きの説明及び同意】</p> <p>事業者は、受講の受付に際し、受講希望者に対し受講するために必要な費用等を明記した学則の内容及び研修を受講する上で重要な事項等を記載した書面等を配布するとともに、その説明を行い、かつ、あらかじめ受講希望者の同意を得なければならない。</p>
--	--

※2 研修事業者の指定担当	<p>大阪府 福祉部 地域福祉推進室</p> <p>地域福祉課 事業者育成グループ</p> <p>電話：06-6944-9165</p> <p>ホームページ：http://www.pref.osaka.jp/chiikifukushi/</p>
---------------	--