

(別添 2 - 1)

学 則

① 商号又は名称	公益社団法人 大阪聴力障害者協会
② 研修事業の名称	公益社団法人 大阪聴力障害者協会 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 (介護職員初任者研修課程)
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	※電話等の連絡後に記載し、直ちに情報開示すること。
⑥ 開講の目的	聴覚障害を持つ高齢者、重複障害者の多様なニーズに対応し、手話等で円滑なコミュニケーションをとることで、その生活を支えるケアを提供するため、手話でコミュニケーションの取れる介護員の養成を行う。
⑦ 講義・演習室 (住所も記載)	講義、演習 大阪府立福祉情報コミュニケーションセンター 4階 会議室 大阪市東成区中道 1-3-59
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	公益財団法人介護労働安定センター発行 「介護職員初任者研修テキスト」
⑪ シラバス	シラバス (別添 2 - 2) を参照。
⑫ 受講資格	大阪府内に在住する介護業務に就くことを希望するもの
⑬ 広告の方法	当法人の機関紙、ホームページにて広報
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.daicyokyo.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)	希望者に案内書を送付。内容を確認後申し込む。但し応募者多数の場合は締め切り後抽選とする。
⑯受講料及び受講料支払方法	5,500円(テキスト代、消費税含む) 受講料なし 支払方法:開講日に支払う
⑰解約条件及び返金の有無	開講日30日以前であればキャンセル可 それ以降にキャンセルする場合はテキスト代実費は入金が必要
⑱受講者の個人情報取扱	個人情報保護規程策定の有無(有・無) 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。
⑲研修修了の認定方法	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:2ヶ月 修了評価方法:(別添2-9)を参照。
⑳補講の方法及び取扱	補講の方法:補講科目は3科目を上限とし、対面形式で補講する。 補講に要する費用:0円
㉑科目免除の取扱	科目免除は行わない。
㉒受講中の事故等についての対応	当法人が加入する損害賠償保険で対応する。したがって保険料の受講者負担は生じない。
㉓研修責任者名、所属名及び役職	氏名:長宗 政男 所属名:公益社団法人 大阪聴力障害者協会 役職:大阪ろうあ会館 事務局長
㉔課程編成責任者名、所属名及び役職	氏名:平太 真佐美 所属名:大阪ろうあ会館 役職:介護支援課課長
㉕苦情等相談担当者名、所属名、役職及び連絡先	氏名:平太 真佐美 所属名:大阪ろうあ会館 役職:介護支援課課長 連絡先:TEL06-6796-8306 FAX06-6762-5879
㉖研修事務担当者名、所属名及び連絡先	氏名:平太 真佐美 所属名:大阪ろうあ会館 連絡先:TEL06-6796-8306 FAX06-6762-5879

㉗ 情報開示責任者 名、所属名、役職 及び連絡先	氏名：平太 真佐美 所属名：大阪ろうあ会館 役職：介護支援課課長 連絡先：TEL06-6796-8306 FAX06-6762-5879
㉘ 修了証明書を亡 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： 0 円
㉙ その他必要な事 項	

※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 福祉人材・法人指導課 人材確保グループ 電話：06-6944-9165
---------------	-----------------------------------------------------------

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 (介護職員初任者研修課程)	
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2-10) 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)	大阪府中央区〇〇町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 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、再試験を実施する。 (補習費用：〇〇円、再評価費用：〇〇円)</p> <p>ただし、再評価の試験の回数は最大〇回までとする。・・・</p> <p>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 修了証明書を亡失・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>福祉人材・法人指導課 人材確保グループ</p> <p>電話：06-6944-9165</p>
---------------	--------------------------------------------------------------------------