

(別添 2 - 1)

学 則

①商号又は名称	株式会社 ニチイ学館
②研修事業の名称	株式会社ニチイ学館 介護職員初任者研修 (通信)
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	44
⑥開講の目的	介護に従事しようとする者を対象とした基礎的な養成研修として、 介護に携わるものが業務を遂行する上で求められる専門的な基本 姿勢、基本的な知識・技術を習得するための研修とすることを目 的とする。
⑦講義・演習室 (住所も記載)	天王寺教室 大阪市阿倍野区阿部野筋 2-1-37 東陽ビル 7 階
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	研修に使用する教材は次のとおりとする。 ニチイ学館オリジナルテキスト 2510 (1) 教材 介護職員初任者研修 テキスト 1 介護職員初任者研修 テキスト 2 介護職員初任者研修 テキスト 3 介護職員初任者研修 テキスト 4 介護職員初任者研修 テキスト 5 (2) 補助教材 学習ガイドブック (質問用紙含む) 介護職員初任者研修 レポート問題 介護職員初任者研修 修了試験問題 介護職員初任者研修 スクーリングノート
⑪シラバス	シラバス (別添 2 - 2) を参照。
⑫受講資格	介護に従事することを希望する 16 歳以上の方で、演習を含む全 ての課程を受講・遂行することが可能な方であることが条件です。
⑬広告の方法	パンフレット・チラシ・雑誌・新聞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	<p>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.e-nichii.net/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)	<ol style="list-style-type: none"> 1) 受講申込者は当社指定の申込用紙に必要事項を記入・入力し、郵送・Webにより申し込む。 先着順での受付とし、定員に達した場合は受付終了とする。 定員に達した教室を希望する者には申込時点で他の教室への変更を含め個別に対応する。 2) 当社は申込内容を確認後、受講料等支払いのための書類またはメールを受講申込者宛に送付する。 3) 受講申込者は受講料等支払いのための書類またはメールに記載の期日までに受講料等を納入する。 4) 当社は受講料納入確認後、教材を受講申込者に発送する。 これをもって受講申込手続き完了とする。 5) 当社は受講申込受付時または初回受講時において、戸籍謄本、住民票、運転免許証等により受講者本人である事の確認を行う。
⑯受講料及び受講料支払方法	<p>一括払 88,000円(テキスト代、消費税含む) 支払い方法は2種類 ①現金一括 ②クレジットカード一括</p>
⑰解約条件及び返金の有無	<p>教材受領後8日以内の解約申出であれば「クーリングオフ」を適用し、受講生へ受講料全額の返還を行う。 クーリングオフ期間を経過した後に受講契約を解除する場合、原則として受講料の返還は行わない。 ただし、初回通学日の前日までに解約の申し出があった場合、教材の返送を確認後、事務手数料15,000円(税込)を除いた受講料の返還を行う。 (弊社からのキャンセル) 応募者が規定人数に満たなかった場合、未開講になる場合あり。</p>
⑱受講者の個人情報の取扱	<p>個人情報保護規程策定の有無 (有・無) 受講者から得た個人情報については、下記目的で使用する。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 弊社からの教育講座のご案内 2) 弊社からの商品のご案内 3) 弊社からの就業に関するご案内 4) お客様との連絡及び満足度等の調査 5) 実績報告の為に都道府県に提出する場合があります。 <p>※なお、弊社監督の元、業務の一部を委託する場合があります。 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>⑱ 研修修了の認定方法</p>	<p>認定方法：定めるカリキュラムにおいて、すべての添削課題の合格ラインへの到達、スクーリング全日程の出席、知識と技術の評価テスト（正誤方式筆記試験）の合格、修了試験（5肢択一方式・正誤方式・選択方式）の合格、および受講料が完納されている者を修了者と認める。修了を認定した者には修了証明書を交付する。</p> <p>合格＝70点以上　　不合格＝69点以下</p> <p>研修の修了年限：8ヶ月</p> <p>修了評価方法：（別添2－9）を参照。</p>
<p>⑳ 補講の方法及び取扱</p>	<p>補講の方法：原則、同時期に開講している別の研修の講義・演習で補講（振替補講）を受ける。</p> <p>補講に要する費用：別のクラスへの振替補講費用：無料</p> <p>修了期限内に補講を終了できない場合は修了不可とする。</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。</p> <p>1年以上の介護等の実務経験を有する者が受講する場合、その証明が可能な受講者の希望により「(1) 職務の理解」の科目を免除することが出来る。免除要件の確認は、受講者から「実務経験証明書」の原本もしくは原本照合したものの写しの提出を受けて行う。</p> <p>この場合の受講料は正規の受講料から3,300円減額する。</p>
<p>㉒ 受講中の事故等についての対応</p>	<p>研修実施中に事故が発生した場合は、大阪府担当者及び当該受講者の家族等に速やかに連絡を行うとともに、必要な措置を講じる。また、事故に至った経緯及び事故に際してとった処置について記録し、大阪府に報告する。</p>
<p>㉓ 研修事業を実施する府内の事業所所在地</p>	<p>郵便番号：〒530-0001</p> <p>所在地：大阪府大阪市北区梅田3丁目3-20 明治安田生命大阪梅田ビル20階</p>
<p>㉔ 研修責任者名、所属名及び役職</p>	<p>氏名：田中 由里子　　役職：支店長</p> <p>所属名：株式会社ニチイ学館 大阪支店</p>
<p>㉕ 課程編成責任者名、所属名及び役職</p>	<p>氏名：上杉順子</p> <p>所属名：株式会社ニチイ学館 人財開発事業本部 教育指導部</p> <p>氏名：國方直実　　役職：チームリーダー</p> <p>所属名：株式会社ニチイ学館 大阪支店 教育人材課</p>
<p>㉖ 苦情等相談担当者名、所属名、役職及び連絡先</p>	<p>氏名：國方 直実　　役職：チームリーダー</p> <p>所属名：株式会社ニチイ学館 大阪支店 教育人材課</p> <p>連絡先：06-6867-9723</p>
<p>㉗ 研修事務担当者名、所属名及び連絡先</p>	<p>氏名：國方 直実(受講者対応等・府連絡窓口)</p> <p>所属名：株式会社ニチイ学館 大阪支店 教育人材課</p> <p>連絡先：06-6867-9723</p>
<p>㉘ 情報開示責任者名、所属名、役職及び連絡先</p>	<p>氏名：田中 由里子　　役職：支店長</p> <p>所属名：株式会社ニチイ学館 大阪支店</p> <p>連絡先：06-6867-9723</p>

⑳ 修了証明書を亡失・き損した場合の取扱	<p>「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。</p> <p>・証明書交付に係る費用：600円</p>
㉑ その他必要な事項	<p>遅刻の取り扱い：研修開始前の出欠確認時点で、出席が確認できなかった場合は遅刻とみなす。10分以上の遅刻・早退した場合は欠席扱いとする。その際は補講を受けなければならない。</p> <p>退校処分の取扱い：下記に該当する者は事業者の判断により当該受講生の受講を取り消すことが出来る。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 学習意欲が著しく欠け、修了の見込みがないと認められる者 2) 学習態度が著しく悪くカリキュラムの進行を妨げる者 3) 他の受講者の学習を著しく妨げる者 4) 自力で演習内容を行うことが出来ない者 5) その他、事業者が不相当とみなした者 <p>受講を取り消されるに至った者は、その間履修した当該研修については、全て無効とする。</p>

※1 大阪府からのお知らせ	<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。</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>
---------------	--

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 <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</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。・・・ 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。</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>

最長は8か月。事業者において短く設定しても可。

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>
---------------	--