

社会福祉法人博愛会
会津みどりホーム
介護職員初任者研修（通学）学則

（指定事業者の名称、所在地）

第1条 本研修は次の事業者が実施する。

社会福祉法人 博愛会

福島県会津若松市神指町大字北四合字伊丹堂6 2番地2

（事業の目的）

第2条 高齢者の増大かつ多様化するニーズに対応した適切な介護サービスを提供するため、必要な知識、技術を有する介護員の養成を行い、広く福祉社会に貢献することを目的とする。

（実施課程及び形式）

第3条 前条の目的を達成するために、次の研修事業（以下研修という。）を実施する。
介護職員初任者研修課程（通学形式）

（研修事業の名称）

第4条 研修事業の名称は次のとおりとする。

社会福祉法人博愛会 会津みどりホーム 介護職員初任者研修

（年度事業計画）

第5条 平成30年度の研修事業は次の計画のとおり実施する。

区 分	実施期間	募集定員（人）
第1回	平成30年9月6日～平成31年1月31日	30
合 計		30

（受講対象者）

第6条 受講対象者は次の者とする。

- （1） 通学可能な者で介護技術の基礎的知識、技能の習得に熱意があり、介護従事者を希望する者。
- （2） 身心に障害等がある者については、そのことが全課程受講に支障がないと本会が判断した場合に限り受講を認める。

(研修参加費用及び支払い方法)

第7条 研修参加費用は次のとおりとする。

内訳	金額	研修参加費用	納付方法	納付期限
受講料	60,000円(税込)	66,480円 (税込)	一括納入	受講開始前日まで
テキスト代	6,480円(税込)			

※受講料については、「福島県福祉・介護人材育成・確保支援事業」・「福島県福祉・介護人材緊急雇用育成支援事業」の対象者は無料。

(使用教材)

第8条 研修に使用する教材は次のとおりとする。

テキスト名	発行元	発行年月日
介護職員初任者研修課程テキスト	日本医療企画	平成28年8月2日

(研修日程及び講師指名)

第9条 研修を修了するために履修しなければならないカリキュラムは、別紙「研修日程表」の通りとする。様式第4号(第3条関係)

(研修会場及び実施場所)

第10条 前条の研修を行うために使用する講義及び演習会場は、別紙「研修会場」の通りとする。

住所) 福島県会津若松市神指町大字北四合字伊丹堂55-1

特別養護老人ホーム 会津みどりホーム 介護者教育室

(受講手続)

第11条 受講手続は次の通りとする。

- (1) 受講を希望する者は、直接本会へ当施設指定の申込み用紙に必要事項を記入の上、期日までに申し込む。但し定員に達した時点で申込みは終了する。
- (2) 受講者は、申込み受付時に下記の公的証明書の原本の提示を行わなければならない。

〈公的証明書〉

- ①運転免許証
 - ②健康保険証
 - ③戸籍謄本、戸籍抄本若しくは住民票の写し(発行6カ月以内のもの)
 - ④住民基本台帳カード
 - ⑤その他、福島県が適当と認めるもの
- (3) 受講については、書類審査(第1次選考)、面接(第2次選考)により決定し、受講決定通知書を受講者あてに通知する。

- (4) 受講決定通知書を受け取った受講者は、指定の期日までに受講料を納入する。
- (5) 受講料、テキスト代の納入を確認後、教材を渡す。

(解約条件及び返金の有無)

第12条 受講者からの直接の申出により解約することができる、解約の際の返金については、開校前日までの申出の場合、テキスト代を除き全額返金するものとし、開校後の場合は返金しないものとする。

(科目の免除)

第13条 科目の免除はないものとする。

(研修修了の認定方法)

第14条 修了の認定は、第9条に定める研修日程を全て履修し、次の修了評価を行った上、基準に達したと認められる者に対して行う。

(1) 技術演習における習得度評価

カリキュラム「9 ところとからだのしくみと生活支援技術」については、介護に必要な基礎的知識の理解度及び生活支援技術の習得状況の評価を、演習も併せた方法により評価を行う。評価基準は、別紙「演習評価チェックポイント」によるチェックリストによりA～Dの4区分で評価を行い、A及びBの者を一定レベルに達している者とする。

- ①整容に関連したところとからだのしくみと自立に向けた介護
- ②移動・移乗に関連したところとからだのしくみと自立に向けた介護
- ③食事に関連したところとからだのしくみと自立に向けた介護
- ④入浴・清潔保持に関連したところとからだのしくみと自立に向けた介護
- ⑤排泄に関連したところとからだのしくみと自立に向けた介護
- ⑥睡眠に関連したところとからだのしくみと自立に向けた介護
- ⑦総合生活支援技術演習

(評価基準)

- A: 基本的な介護（介助）が的確にできる
- B: 基本的な介護（介助）が概ねできる
- C: 技術が不十分
- D: 全くできない

(2) 全科目の修了時に筆記試験を行う。

次の評価基準によりC以上の評価基準を満たしたものとする。

(評価基準 100点満点)

A=80点以上、B=70～79点、C=60～69点、D=60点未満

A～Cを合格（評価基準を満たしたもの）として認定する。

Dは不合格（評価基準に達しない）とし、再試験を実施し再評価を行う。再試験を3回行っても到達水準に満たない者は未修了扱いとする。

(3) カリキュラムに全て出席し、演習、終了評価試験の規定評価に達したものを認定とする。

(研修欠席、遅刻、早退及び補講の取扱い、費用)

第15条 受講は、全日程に参加し履修することが基本であるため、欠席者、遅刻者、早退者の履修は認めない。

ただし、やむ得ない場合に限り、補講を認める。補講を行うことにより、当該科目を修了したものとみなす。なお、補講料は1時間2,000円とする。

(受講の取消し)

第16条 次に該当する者は、受講を取消することができる。

なお、受講を取り消した場合であっても、当該受講者への受講料等の返還は行われぬ。

- (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) 研修の秩序を乱し、その他の受講生としての本分に反した者
- (3) 欠席が全課程の2割を超えた者
- (4) 理由なく無断欠席が2回以上の者
- (5) 当研修をとおして介護員としての資質に著しく欠けると本事業所が判断した者

(修了証明書の交付)

第17条 第14条により修了を認定された者には、本会において福島県介護職員初任者研修事業実施要綱第17条に規定する修了証明書及び修了証明書(携帯用)を交付する。

(修了者に関する書類の管理)

第18条 修了者管理については、次により行う。

- (1) 修了者を修了者名簿に記載し、福島県が指定した様式に基づき知事に報告する。修了者名簿は永久保存とする。
- (2) 研修事業に関する書類については、下記の通りとする。
 1. 修了者台帳 永久
 2. 受講生の出席簿等の研修の実施に関する書類 5年
 3. その他の書類 1年以上は保存するものとする。
- (3) 修了証明書の紛失等があった場合は、修了者の申し出により有料にて再発行を行う。

(公表する情報の項目)

第19条 福島県介護職員初任者研修事業実施要綱第25条に規定する情報の公開に基づき、会津みどりホームホームページ(URL <http://aizu-midorihome.com/>)において開示する内容は、次のとおりとする。

- (1) 研修機関情報
法人情報、研修機関情報(事業所名称・住所等、理念、学則、研修施設、設備、在籍講師数(専任・兼任別))
- (2) 研修事業情報

研修の概要、対象、研修スケジュール（期間、日程、時間数）、定員、実習の有無、研修受講までの流れ（募集方法、申込方法等）、費用（受講料、テキスト代、留意事項）、研修カリキュラム（科目別シラバス（科目別学習計画）、修了評価（修了評価の方法、評価者、再履修等の基準）、実績情報（過去の研修実施回数（年度ごと）、研修修了者数（年度ごと））、連絡先等（申し込み・資料請求先、法人の苦情対応者名・役職・連絡先、事業所の苦情対応者名・役職・連絡先）

（研修事業執行担当部署及び課程編成責任者）

第20条 本研修事業は、特別養護老人ホーム会津みどりホームにて執行する。

（社会福祉法人博愛会 特別養護老人ホーム会津みどりホーム 施設長 大島一浩）

（その他留意事項）

第21条 研修事業の実施に当たり、次のとおり必要な措置を講じることとする。

- （1） 研修に関して下記の苦情等の窓口を設けて研修実施部署と連携し、苦情及び事故が生じた場合には迅速に対応する。

苦情相談窓口

○法人苦情解決責任者 電話：0242-37-0120

社会福祉法人博愛会 代表理事 小林 欽吉

○事業所苦情解決窓口 電話：0242-22-6511

特別養護老人ホーム会津みどりホーム 施設長 大島一浩

- （2） 事業実施により知り得た受講者等の個人情報をみだりに他人に知らせ、又は不当な目的に使用しない。

（施行細則）

第22条 この学則に必要な細則並びにこの学則に定めのない事項で必要があると認められるときは、本会がこれを定める。

（附則）

この学則は平成27年4月1日から施行する。

この学則は平成28年6月1日から一部改正する。

この学則は平成29年4月1日から一部改正する。

この学則は平成30年7月1日から一部改正する。

平成30年度 介護職員初任者研修受講申込書

社会福祉法人博愛会
代表理事 小林 欽 吉 様

標記の研修について、学則その他の内容を理解した上で受講を申し込みます。

平成30年 月 日

ふりがな			性別
氏名	印	男・女	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)		
住所	〒 -		
電話番号		携帯番号	
職業	<input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 ()		
勤務先/学校名		電話番号	
受講動機 (具体的に記入してください)			

写 真
縦 36~40mm
横 24~30mm

事業所使用欄

本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他
------	--

会津みどりホーム初任者研修