

(別添 2 - 1)

学 則

① 法人・団体の名称	特定非営利活動法人 日常生活支援ネットワーク
② 研修事業の名称	重度訪問介護従業者養成研修
③ 研修の種類	「指定居宅介護等の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるもの」(平成18年厚生労働省告示第538号)に基づく重度訪問介護従業者養成研修
④ 研修課程	基礎課程 ・ 追加課程 ・統合課程・行動障がい支援課程 (実施する課程に○)
⑤ 指定番号	(大阪府から通知を受けた番号を記載) 7
⑥ 開講の目的	この研修はこれから障がい者の生活にかかわろうとする人を対象に開講しています。研修を通じ、障がい者を取り巻く福祉環境や支援の在り方、そして社会における多様性を学ぶ入り口となることを目的としています。
⑦ 講義・演習室 (住所も記載)	講義：日常生活支援ネットワーク会議室 大阪市浪速区敷津東 3-6-10 A ¹ ワーク創造館 大阪市浪速区木津川 2-3-8 演習：日常生活支援ネットワーク会議室 大阪市浪速区敷津東 3-6-10
⑧ 実習施設	実習施設一覧表(別添2-6)を参照。
⑨ 講師の氏名及び 担当科目	講師一覧表(別添2-2)を参照。
⑩ 使用テキスト	各講師が用意するレジュメ・資料 介護技術に関する講義・演習は「介助技術の玉手箱」(自立支援センター・昭島 作成)を使う。
⑪ 受講資格	高校生以上 ・講座の全日程を休まず受講できる方。 ・重度訪問介護や障害者福祉に携わっている方、これから活動を希望している方
⑫ 広告の方法	本法人のHPにて告知

⑬ 情報開示の方法 (ホームページアドレス等)	特定非営利活動法人日常生活支援ネットワークの HP http://www.party2.net 電話や FAX にて問い合わせいただいた場合は、担当者が応答 郵送、メール・FAX にての問い合わせ・返答も可
⑭ 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)	受講手続き： メール(p2party2@gmail.com)・FAX(06-6649-0455)にて、申込。 名前・ふりがな・住所・連絡先・生年月日・所属事業所を記載して 申込ください。 ※先着順。定員に達し次第、締め切ります。 本人確認： 受講初日に免許書・パスポート・保険証等のいずれかのコピーを提 出していただきます。
⑮ 受講料及び受講 料支払方法	18,000 円 (テキスト代、消費税含む) 受講初日に持参してください。 もしくは受講前日までに下記の銀行口座まで振込ください。 三菱 UFJ 銀行 大阪恵美須支店 普通口座 0006713 トクテイヒエリカツドウハウジン ニチジョウセイカツシエンネットワーク
⑯ 解約条件及び返 金の有無	基本的に解約・返金の対応はしません。 但し、感染拡大など主催者側の都合で不開講・研修全課程が不実施 になった場合は全額返金します。
⑰ 受講者の個人情 報の取扱い	個人情報保護規定策定の有無 (有・無) 受講者から知り得た情報は本研修に関してのみ利用します。 第三者に提供することは致しません。 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。
⑱ 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。 研修の修業年限：2 か月
⑲ 補講の方法及び 取扱	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。 場合によってはレポートによる補講 (大阪府別紙 5 参照) 補講レポート評価表 (大阪府標準様式 1) へ 1200 字以上の記載。 担当講師から合格の評価にて出席とする。 補講の費用：振替補講は無料 個別対応は 1 時間：2, 000 円 (税込 み) レポートは無料
⑳ 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、・・・当社が加入する AIU 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。

②① 研修責任者名、所属名及び役職	氏名：椎名保友 所属名：パーティ・パーティ 役職：管理者
②② 課程編成責任者名、所属名及び役職	氏名：椎名保友 所属名：パーティ・パーティ 役職：管理者
②③ 苦情等相談担当者名、所属名、役職及び連絡先	氏名：柿久保浩次 所属名：事務局 役職：理事長 連絡先：06-4396-9189
②④ 研修事務担当者名、所属及び連絡先	氏名：椎名保友 所属名：パーティ・パーティ 役職：管理者
②⑤ 修了証明書を亡失・毀損した場合の取扱い	「養成研修修了証明書等の亡失・毀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 2,000 円（税込み）+郵送料
②⑥ 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、当法人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：研修中に他の受講者への迷惑行為を行なう。講師や主催の指示に従わず、講義講習の妨げをする。 理由なく修業年限の2か月を超えても修了できない場合。

※1 大阪府からのお知らせ	大阪府重度訪問介護従業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
---------------	---

(別添 2 - 1)

【記載例】

学 則

① 法人・団体の名称	社会福祉法人〇〇会	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	社会福祉法人〇〇会 重度訪問介護従業者養成研修	
③ 研修の種類	「指定居宅介護等の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるもの」(平成18年厚生労働省告示第538号)に基づく重度訪問介護従業者養成研修	
④ 研修課程	基礎課程・追加課程・統合課程・行動障がい支援課程 (実施する課程に○)	
⑤ 指定番号	(大阪府から通知を受けた番号を記載)	
⑥ 開講の目的	重度障がい者の多様なニーズに適切に・・・人権に対する理解を深め、介護技術及び専門知識を修得することを目的とします。	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)	講義：社会福祉法人〇〇会 大阪府中央区大手前〇-〇-〇 演習：社会福祉法人〇〇会 大阪府中央区大手前〇-〇-〇	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	実習施設一覧表(別添2-6)を参照。	
⑨ 講師の氏名及び担当科目	講師一覧表(別添2-2)を参照。	
⑩ 使用テキスト	×××研修テキスト(〇〇出版)	発行元も記載すること。
⑪ 受講資格	・ 重度訪問介護従業者としてヘルパー事業所に登録を行い、活動を希望される方。 ・ 講座の全日程を休まず受講できる方。	
⑫ 広告の方法	ホームページ、施設掲示板、新聞等の広告 等	
⑬ 情報開示の方法 (ホームページアドレス等)	社会福祉法人〇〇会 http://www.〇〇.co.jp/	

<p>⑭ 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>FAX、メール、はがきで申し込み。応募多数の場合は、先着順。 本人確認書類として以下①～⑧までのいずれかが必要。 ① 戸籍謄本、戸籍抄本、住民票 ② 運転免許証 ③ 健康保険証 ④ ⑤</p>
<p>⑮ 受講料及び受講料支払方法</p>	<p>受講料 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>
<p>⑯ 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 . . . 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>⑰ 受講者の個人情報の取扱い</p>	<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 . . . 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：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：〇ヶ月 修了評価方法： 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) 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>⑲ 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。 なお、実習を組み入れた場合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。 他教室への振替補講費用：無料 個別対応補講費用：1時間あたり〇〇円 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>⑳ 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>

②① 研修責任者名、所属名及び役職	氏名：〇〇 〇〇 所属：社会福祉法人〇〇会 役職：〇〇課長
②② 課程編成責任者名、所属名及び役職	氏名： 所属名： 役職：
②③ 苦情等相談担当者名、所属名、役職及び連絡先	氏名： 所属名： 役職： 連絡先：
②④ 研修事務担当者名、所属及び連絡先	氏名： 所属名： 役職：
②⑤ 修了証明書を亡失・毀損した場合の取扱	「養成研修修了証明書等の亡失・毀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
②⑥ 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：

※1 大阪府からのお知らせ	大阪府重度訪問介護従業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
---------------	---

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。
※1、※2の項目削除厳禁