

学 則

①商号又は名称	社会医療法人ペガサス
②研修事業の名称	社会医療法人ペガサス初任者研修
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 - 10) 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	大阪府堺市西区地域を中心に恒常的に不足している介護人材について、養成研修事業を実施することで、地域の介護人材の養成を図り、在宅にて介護を受けられる方がいつでも、安心して質の高い介護サービスを受けることができるようにする。
⑦講義・演習室 (住所も記載)	大阪府堺市西区鳳北町十丁 7 番 ペガサスセンタービル 3 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	介護職員初任者研修課程テキスト 日本医療企画
⑪シラバス	シラバス (別添 2 - 2) を参照。
⑫受講資格	義務教育を終了した者。 心身ともに健康で、介護サービスに従事するか興味のある方。
⑬広告の方法	病院・施設内 ポスター掲示 新聞等折込 募集チラシ 当法人ホームページ
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.pegasus.or.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)	受講申込 及び 受講料 入金確認順 尚、申込者多数の場合は、次期養成講座へご案内 なお、受講申し込みにあたっては、本人確認が必要なことから ペガサスセンタービル 1 階事務所 (大阪府堺市西区鳳北町十丁 7 番) で運転免許証及びパスポート等で行う。
⑯受講料及び受講 料支払方法	80,000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。 三井住友銀行 御堂筋支店 普通 6785915

⑰ 解約条件及び返金の有無	講座開講 1週間前までは、手数料として3,150円を徴収する。それ以降、既に支払済みの受講料及び教材費等の返金は行なわない。受講の習熟度または態度が他の受講生より著しく劣ると事務局が判断した場合、退講させることが出来る。退講となった場合、受講料の返金は行わない。
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 別添、プライバシーポリシーを参照 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：6ヶ月 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： 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。 1時間の補習を行い再度別問題での試験を行う。 補習料、試験料合わせて2000円とする。 再試験は2回までとし、再試験2回目も不合格となった場合は未修了扱いとなるため注意すること。
⑳ 補講の方法及び取扱	補講の方法：補講は項目単位で実施し、同一内容の講義・演習を別の日に設定し個別の対応で行う。 補講料として1回につき1,000円(+消費税)が必要。
㉑ 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。 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)職務の理解」の科目を免除する。
㉒ 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、原則責任を負わない。
㉓ 研修責任者名、所属名及び役職	氏名：本高 忍み子 所属名： 社会医療法人ペガサス 役職： ペガサスケアプランセンター忠岡 所長
㉔ 課程編成責任者名、所属名及び役職	氏名：本高 忍み子 所属名： 社会医療法人ペガサス 役職： ペガサスケアプランセンター忠岡 所長
㉕ 苦情等相談担当者名、所属名、役職及び連絡先	氏名：長谷川 裕之 所属名：法人本部 役職：主任代理 連絡先：072-265-9089
㉖ 研修事務担当者名、所属名及び連絡先	氏名：長谷川 裕之 所属名：法人本部 連絡先：072-265-9089

<p>㉗ 情報開示責任者 名、所属名、役職 及び連絡先</p>	<p>氏名：長谷川裕之 所属名：法人本部 役職：主任代理 連絡先：072-265-9089</p>
<p>㉘ 修了証書を亡 失・き損した場合の 取扱い</p>	<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。 ・証明書交付に係る費用：無料</p>
<p>㉙ その他必要な事 項</p>	<p>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 遅刻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。 受講の習熟度または態度が他の受講生より著しく劣ると事務局が判 断した場合、公序良俗に反する行為があった場合には退講処分と なる。</p>

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

<p>※2 研修事業者の指定担当</p>	<p>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/</p>
----------------------	---

(別添2-6)

実技演習使用備品一覧表

	メーカー名、商品名、品番等	台数	購入・レンタル・その他の別	合計数
①ベッド	不明	6	購入・レンタル・その他 ()	6
			購入・レンタル・その他 ()	
			購入・レンタル・その他 ()	
②車いす	不明	20	購入・レンタル・その他 ()	20
			購入・レンタル・その他 ()	
			購入・レンタル・その他 ()	
③ポータブルトイレ等	不明	1	購入・レンタル・その他 ()	5
	不明	4	購入・レンタル・その他 ()	
			購入・レンタル・その他 ()	
④簡易浴槽等	浴室を使用		購入・レンタル・その他 (病院内の一般浴槽、機械浴槽を使用予定)	1 室 5 浴槽
			購入・レンタル・その他 ()	
			購入・レンタル・その他 ()	
⑤その他の消耗備品等	済 ・ 未			

※①～④の備品については、概ね受講者5～6名に1台準備することが望ましいが、最大8名に1台の割合で準備すること。

※⑤については、演習使用物品等一覧(別紙5)を参考とし、演習に必要な消耗品等を確実に事前準備する体制を整えること。体制が整っている場合は、⑤の欄の「済」に○をつけること。