

別紙様式 1

事業者番号		学 則		事業者名称。	
事業者番号		名 称		株式会社〇〇〇	
所 在 地		〒****-**** 広島市〇〇区〇〇**-** 〇〇ビル〇階			
連絡先・ 相談窓口	所 属	〇〇〇課	職 氏 名	主任 〇〇〇〇	
	電話番号	****-****-**** (内:****)	FAX 番号	****-****-****	
	メー ル	***@*****.***.***	HP アドレス	http://	
カリキュラム(兼)講師一覧表「研修の名称」と一致すること。					
別表6「研修機関が公表すべき情報」をHP等において開示すること。					
1 研修の内容					
①名 称	〇〇〇介護職員初任者研修				
②課 程	介護職員初任者研修課程		③講義方法	通信 (「通学」又は「通信」)	
④実施期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (開講日~修了日 ※日程表と一致)				
	日 程	日程表(別紙様式2)のとおり。			
⑤カリキュラム 及び講師	●カリキュラム(兼)講師一覧表(別紙様式3 又は別紙様式4)のとおり。 ※「通学」及び「通信」で様式名・様式番号が異なります。				
⑥使用テキスト	名 称・ 発行会社	〇〇〇介護職員初任者研修テキスト(〇〇出版)			
⑦実施場所	講義施設	〇〇株式会社 研修室	所在地	広島市〇〇区〇〇**-**	
	演習施設	〇〇公民館 〇〇教室	所在地	広島市〇〇区〇〇**-**	
	実習施設	実習施設一覧表(別紙様式5)のとおり。			
⑧受 講 料	金 〇〇, 〇〇〇円(テキスト代〇〇〇〇円, 実習費〇〇〇〇円, 消費税含む。) ※受講生が実費負担するものはすべて明記すること。				
	支払方法	〈例〉開講日に現金徴収/開講日までに指定講座へ送金。 ※いつまでにどのような方法で支払うのかを明記すること。			
	解約条件・ 返金の有無	〈例〉開講日までにキャンセルした場合は全額返金, 開講日以降の返金に 応じません。 ※返金時に手数料を差し引く場合等は, その旨を明記すること。			
⑨定 員	〇〇名 ※最大40名(20名を超える場合, 実技演習科目において, 講師を2名以上配置すること。)				
⑩そ の 他	〈例〉〇〇(委託者)が行う, ▽▽訓練(訓練名称等)を, (株)□□(受託者)が 受託して実施する。 ※受講生に知らせるべき事項等があれば, 記載すること。 ※委託を受けて実施する場合は, その旨を記載すること。				

2 受講資格

① 資格要件	<p><例>介護施設等において介護職員として働く意欲がある者。</p> <p>※各事業者で設定する受講資格を記載。</p>
--------	---

3 受講の手続き

① 込方法	<div><例>所定の申込用紙に必要事項を記入の上、郵送またはFAXで提出する。</div>		
② 申 込 先	<div>(株)〇〇〇〇 〇〇課 担当：〇〇 〒***-****広島市〇〇区〇〇***-**〇〇ビル〇〇 TEL ***-****-**** FAX***-****-****</div> <div>申し込み方法にあった内容を記載すること。 郵送⇒郵便番号・住所・宛先 FAX⇒FAX 番号</div>		
③ 受講決定	<div><例>申込用紙を提出完了したものから先着順に受講決定とする。 ※応募者多数の場合の対応方法を記載。</div>		
④ 科目免除	免除の有無	<div>有 ・ 無</div> <div>いずれかを○で囲む。 ※「無」⇒以下の欄記載不要 ※「有」⇒要領「第6 科目免除に関する事項」参照。</div>	
	免 除 科 目	<div><例>「介護の基本」3時間。 ※すべて記載すること。別紙可。(記載例のため省略しています。)</div>	
	対 象 者	<div><例>介護アテンドサービス士・向上コース修了者。 ※すべて記載すること。別紙可。(記載例のため省略しています。)</div>	
	申 込 方 法	<div><例>開講日までに介護アテンドサービス士・向上コース修了証明書の写しを提出。 ※免除要件については、研修開始日までに確認すること。</div>	

4 受講上の注意事項

<p>全科目を履修しなければならないため、遅刻・早退・欠席は原則認めない。遅刻・早退を認める場合は、履修に差し支えない範囲で許容時間を定めること。</p>			
① 遅刻・早退・欠席の取扱い	遅 刻	<例>やむを得ない理由で●分以上遅刻した場合は補講を実施する。	
	早 退	<例>早退は認めない。	
	欠 席	<例>やむをえない理由で欠席した場合は補講を実施する。	
② 補講の実施	実施の有無	<p>有 ・ 無</p> <p>いずれかを○で囲む。 ※「無」⇒以下の欄記載不要。 ※「有」⇒要領「第5 補習に関する事項」参</p>	
	可能な科目	<例>すべての科目。	
	上 限	<p><例>20 時間まで / 3 科目まで。</p> <p>※要綱・要領に上限の定めはないが、事業者において必要があれば、上限を定めること。</p>	
	方 法	<p><例>当社が行う別日程の研修にて実施、又は他の広島県指定事業者(補講協力事業者:社会福祉法人〇〇)が行う研修にて実施。</p> <p>※事業者で実施するのか、他事業者と協力体制を組んで実施するのかを記載。</p> <p>※補講協力事業者を明示しておくこと。</p>	
	費 用	<p><例>当社で受講する場合は●●円、他の広島県指定事業者で受講する場合は、他の事業者が定める金額とする。</p> <p>※事業者で実施する場合の費用は必ず明記すること。</p>	
	注 意 事 項	<p>研修実施期間内に補講を終了し、修了評価を得る必要がある。(↑必ず記載)</p>	
③ 修了の取扱い	修了評価	修了評価の方法(別紙様式10)のとおり。	
	修了期限	<p>平成〇〇年〇月〇〇日までに修了すること。</p> <p>※やむを得ず、研修実施期間を超えた場合に、いつまで補習対応できるのかの明示。研修開始日から8か月(受講者のための必要があると認める場合は、1年6か月)まで。</p>	
	修了認定	修了を認定した者には、修了証書を交付する。	

④受講の取消し	<p>次に該当するものは、受講を取り消すことがあるものとする。</p> <p>〈例〉</p> <p>(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もの。</p> <p>(2)研修の秩序を乱し、他の受講生に影響を及ぼすもの。</p>
⑤受講中の事故等の対応	<p>〈例〉受講中に事故等が生じた場合は、当社の職員は、受講者の安全確保に努める。なお、受講者がけがを負うなど治療が必要となった場合は、当社を通じて加入する〇〇〇保険の補償の範囲内で治療費等が支払われる。(補償内容については、別紙のとおり。)</p>
⑥個人情報の取扱い	<p>〈例〉受講者の個人情報については、他に漏れないよう厳重に管理し、犯罪捜査等の法律上定められた目的に使用される以外は、受講者の承諾なしに第三者に提供しない。</p> <p>なお、広島県の管理する修了者名簿への登載を目的として、広島県に対し、修了者の個人情報を提供する。</p> <p>また受講者は、研修を受講する上で知り得た個人情報を他人に漏らしてはならない。</p>

日程表

「通学」の場合は不要。

「通信カリキュラム(兼)講師一覧表」と担当講師が一致しているか確認すること。

事業者名 株式会社 ○○○

[illegible]

※1 研修時間には休憩時間は含めずに記載すること。

※2 通信課題欄には該当する配布日・提出日及び返却日に課題番号を記載す

修了試験について

★全科目の終了後に実施すること。
★研修科目の時間には含まず、おおむね1時間とすること。

よく確認すること。

事業者名 株式会社 ○○○

※ 研修時間には休憩時間は含めずに記載すること。

修了試験について
★全科目の終了後に実施すること。
★研修科目の時間には含まず、おおむね1時間とすること。

「日程表」の担当講師と一致しているかよく確認すること。

別紙様式 3

通学カリキュラム（兼）講師一覧表

※学則 1-①名称と一致。

広島県事業者番号		〇〇〇	研修の名称		〈例〉 株式会社〇〇介護職員初任者研修	
研修責任者	所 属	〇〇〇〇				
	役 職	〇〇〇			氏 名	〇〇〇〇
課程編成責任者	所 属	△△△△				
	役 職	△△△			氏 名	△△△△
実習責任者	所 属	□□□□				
	役 職	□□□			氏 名	□□□□
事務担当者	所 属	××××				
	役 職	×××			氏 名	××××

※日程表の時間数と一致。

※日程表の時間数と一致。

スタッフの兼務については参考資料 Q&A. 5 を参照のこと。

科目名	必須履修時間	実施時間			担当講師名 (講義・演習講師)
		講義 演習	実習	計	
職務の理解	6	4	2	6	〇〇〇〇
介護における尊厳の保持・自立支援	9	9		9	
3. 介護の基本	6	6		6	
4. 介護・福祉サービスの理解と医療との連携	9	9		9	
5. 介護におけるコミュニケーション技術	6	7		7	
6. 老化の理解	6	6		6	
7. 認知症の理解	6	6	0	6	〇〇〇〇 △△△△
8. 障害の理解	3	3	0	3	〇〇〇〇 △△△△
9. こころとからだのしくみと生活支援技術	75	75		75	
10. 振り返り	4	3	1	4	
合計時間数	130	128	3	131	

※実技演習受講者が20名を超える場合は、2名以上配置すること。
※科目試験（実技）の実施において、研修受講者が10名を超える場合は、評価担当講師を複数配置すること。

必須履修時間を上回る実施時間を設けている場合は合計時間を間違えないように。

注 実習を担当する「実習指導責任者」の名前は、「実習施設一覧表」（別紙様式 5）に記載すること。

「日程表」の担当講師と一致しているかよく確認すること。

別紙様式 4

通信カリキュラム（兼）講師一覧表

※学則 1-①名称と一致。

広島県事業者番号	〇〇〇	研修の名称	〈例〉 株式会社〇〇介護職員初任者研修
研修責任者	所属 〇〇〇〇 役職 〇〇〇	氏名	〇〇〇〇
課程編成責任者	所属 △△△△ 役職 △△△	氏名	△△△△
実習責任者	所属 □□□□ 役職 □□□	氏名	□□□□
事務担当者	所属 ×××× 役職 ×××	氏名	×××

通信講義時間+面接・指導等時間が必要履修時間以上になるように設定すること。

※日程表の時間数と一致。

◆通信課題の課題番号等を記載。
◆通信課題の提出回数は4回以上。

スタッフの兼務については参考資料 Q&A. 5 を参照のこと。

目 名	必須履修時間	上限	通信講義時間	面接・指導等時間			担当講師名 (講義・演習講師)	課題番号	添 加			
				講義 演習	実習	計			選択	記述	論述	計
1. 理解	6	—	—	4	2	6	〇〇〇〇					
2. おける尊厳の自立支援	9	7.5	7.5	1.5		1.5	〇〇〇〇 △△△△	①	6	2	0	8
3. 介護の基本	6	3.0	3	3		3	◆通信添削講師(要件を満たしていること)も記載。 ◆通信添削講師、面接指導等講師が異なる場合は、双方を記載。	①	3	1	1	5
4. 介護・福祉サービスの理解と医療との連携	9	7.5	7.5	1.5		1.5		②				
5. 介護におけるコミュニケーション技術	6	3.0	3	3		3		②				
6. 老化の理解	6	3.0	3	3		3	△△△△	②				
7. 認知症の理解	6	3.0	3	3		3	〇〇〇〇	③				
8. 障害の理解	3	1.5	1.5	1.5		1.5	※実技演習受講者が20名を超える場合は、2名以上配置すること。 ※科目試験(実技)の実施において、研修受講者が10名を超える場合は、評価担当講師を複数配置すること。	③				
9. こころとからだのしくみと生活支援技術	75	12.0	12	63		63		③	4	2	0	6
								④	4	2	1	7
10. 振り返り	4	—	—	3	1	4	同じ科目で複数の課題番号がある場合は、詳細がわかるように記載する。					
合計時間数	130	40.5	40.5	86.5	3	89.5			70	20	4	94

注 実習を担当する「

各科目の上限を超えないように設定すること。

の名称

★面接指導等時間の計を記載すること。
★必須履修時間を上回る実施時間を設けている場合は合計時間を間違えないように。

(別紙様式

◆各問題数の合計を記載。
◆総問題数は75~100問程度。

別紙様式 5

実習施設一覧表

事業者名 株式会社〇〇〇

科目	実習内容	実習施設名	所在地	実習指導責任者
職務の理解	介護現場見学	特別養護老人ホーム 〇〇〇	法人ではなく施設の所在地を記載すること。 (WAM-NET 等で確認すること。)	〇〇〇〇
		正式名称を記載すること。		
		※施設開所から 1 年以上経過した、介護保険サービス提供施設・障害者福祉サービス提供施設。		
認知症の理解				
障害の理解				
振り返り	介護実習	特別養護老人ホーム 〇〇〇	〇〇市△△区□□町 1-2-3	◇◇◇◇

注 「実習内容」には、介護現場見学、介護実習等の内容を記入すること。

別紙様式 6

- ◆事業者は実習施設について、広島県介護事業所検索「介護サービス情報公開システム」又はWAM NET (Welfare And Medical Service NETwork System) の「障害福祉サービス事業者情報検索」等で、施設の事業種別、施設名称、事業者番号、事業開始年月日等を確認した上で提出。
◆県へは写しを提出、原本は事業者保管。

介護員養成研修事業実習施設受入承諾書

平成 年 月 日

株式会社 ○○○○ 様
(介護員養成研修事業者名)

事業所宛

実習施設が受け入れを承諾した日。
※申請書・変更届所の提出日以前になるはず。

代表者印を押印。
※私印不可。

所在地 広島市○○区○○-**-**

法人名または施設名 社会福祉法人○○○

代表者職氏名 理事長 ○○○○

電話番号 ***-***-****

受入施設

貴団体の実施する介護職員初任者研修の実習施設として、実習生の受入れ及び実習生に対する指導・助言を承諾します。

該当種別を○で囲む。

施設・事業所	種 別 ※1	・介護保険サービス提供施設		・障害福祉サービス提供施設	
	名 称	※実習施設の正式名所を記載			
	事業所番号	※介護保険事業所番号又は障害福祉サービス等事業所番号を記載			
事業開始年月日※2		大正・昭和・平成○○年 ○月 ○日 (該当する元号を○で囲む)			
実習指導責任者		氏名	○○ ○○	実務年数	○年 ○か月
実習科目名※3	○	職務の理解	実習内容	介護現場見学	
		認知症の理解		別紙様式5の実習内容と一致。	
		障害の理解			
	○	振り返り		介護実習	
実習受入期間		平成○○年○月○○日～平成○○年○月○○日			

該当する科目に○をする。

要件を満たす実務経験に従事した年月数を記載。

広島県内の施設は34から始まる10桁の番号。

※1 該当する施設種別を○で囲むこと。

※2 広島県介護事業所検索「介護サービス情報公開システム」又はWAM NET (Welfare And Medical Service NETwork System) の「障害福祉サービス事業者情報検索」等で、施設の事業種別、施設名称、事業者番号、事業開始年月日等を確認した上で提出。
◆県へは写しを提出、原本は事業者保管。

- ◆受入期間に実習期間が含まれていることを確認。
※既に提出しているものが受入期間内であれば、研修指定申請の都度、提出する必要はありません。
◆受入期間は3年を超えないこと。

And
する
定年

※3 該当する「実習科目」に○を記入し、実習内容（介護現場見学、介護実習等）も併せて記入すること。

注1 同一法人の運営する実習施設であっても、承諾書は実習科目ごとに受領すること。

注2 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。

<添付書類>

確認すること。

講師・実習指導責任者等要件確認書（既に実習指導責任者の要件確認書を提出している場合は不要）

別紙様式 7

- ◆研修における担当科目の記載は不要。(カリキュラム等で確認できるため。)
- ◆要件を満たす科目はすべて担当することが可能。(「講師要件チェック表」を参照。)

	課程編成者	
○	講師	実習指導責任者

いずれかに該当することとなった場合に作成すること。(該当するものに○を付す。)
※複数該当する場合、兼用可。

講師・実習指導責任者等要件確認書

☆講師要件の確認は確実に。
要領 P5～6, P16～27(別表 2)

氏 名	〇〇 〇〇	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日
住 所	広島市〇〇区〇〇**-*	電話番号	***-***-****

履歴 (初任者研修の講師等要件に係る履歴のみ記入してください。)

期 間	勤務先(施設名・学校名)※1	担当業務・担当科目※2
H10年4月～H21年3月	特別養護老人ホーム〇〇〇〇	③ ④
H21年4月～現在	〇〇〇〇訪問介護事業所	③
H23年4月～現在	〇〇大学 〇〇福祉学部	介護〇〇概論

既に退職している場合は「〇年〇月」、
現職で勤務中の場合は「現在」と記入。

◆①教授等及び②専任教員等の場合、左記勤務先での担当教科を記載。
※研修における担当科目の内容を含んでいることを確認すること。(内容については別表2の各科目の内容を参照。)

※1 法人名ではなく事業所・学校の正式名称を記

※2 「担当業務・担当科目」は次表より該当する数字を記入し、①～⑧番を選択した場合に「科目名」も併せて記入すること。

① 教授等【研修科目に関連する授業・講義科目】1年	② 専任教員等【研修科目に関連する授業・講義科目】3年	③ 介護福祉士【介護業務】資格取得後3年
④ 社会福祉士【相談業務】資格取得後3年	⑤ 医師【医師業務】1年	⑥ 看護師等【看護業務】3年
⑦ 理学療法士等【リハビリ業務】3年	⑧ 行政職員【研修科目に関連する業務】3年	

特記事項

講師等要件にかかわることで、特筆すべきことがあれば記載。

上記の内容について、相違ありません。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

本人署名 〇〇 〇〇

講師本人が内容を確認した上で、署名する。
「自署(本人の自筆)」又は
「記名(代筆、印刷、ゴム印等本人自筆でないもの)+押印(講師本人印)」

注 講師等要件を証明する資格証・免許証等の写しを添付すること

事業者使用欄

講師等要件(資格、免許)	実務経験	担当業務・科目	年数等
介護福祉士	◆事業者において、どの要件を満たしているのかを必ず確認すること。 ※満たしていない要件は記載しないこと。	③	「〇年〇か月」又は「〇年以上」と記載
教授等		①	

各要件に必要な実務経験については、要領 P6 を参照。

別紙様式 8

演習実施計画書

1 演習施設の概要

演習施設の名称	所在地	面積 (㎡)
〇〇公民館 〇〇教室	広島市〇〇区〇〇**~**	70㎡

演習で使用する施設について記載。
※学則の演習施設と一緒に。

◆受講者 1 名あたりの面積。
福祉用具等を使う実技演習: 2.00㎡。
座学演習: 1.65㎡。

2 使用する福祉用具等の内訳

[illegible]

注1 演習室にベッド、車いす、ポータブルトイレ及び浴槽の配置を記載した図面(見取図等)を添付すること。

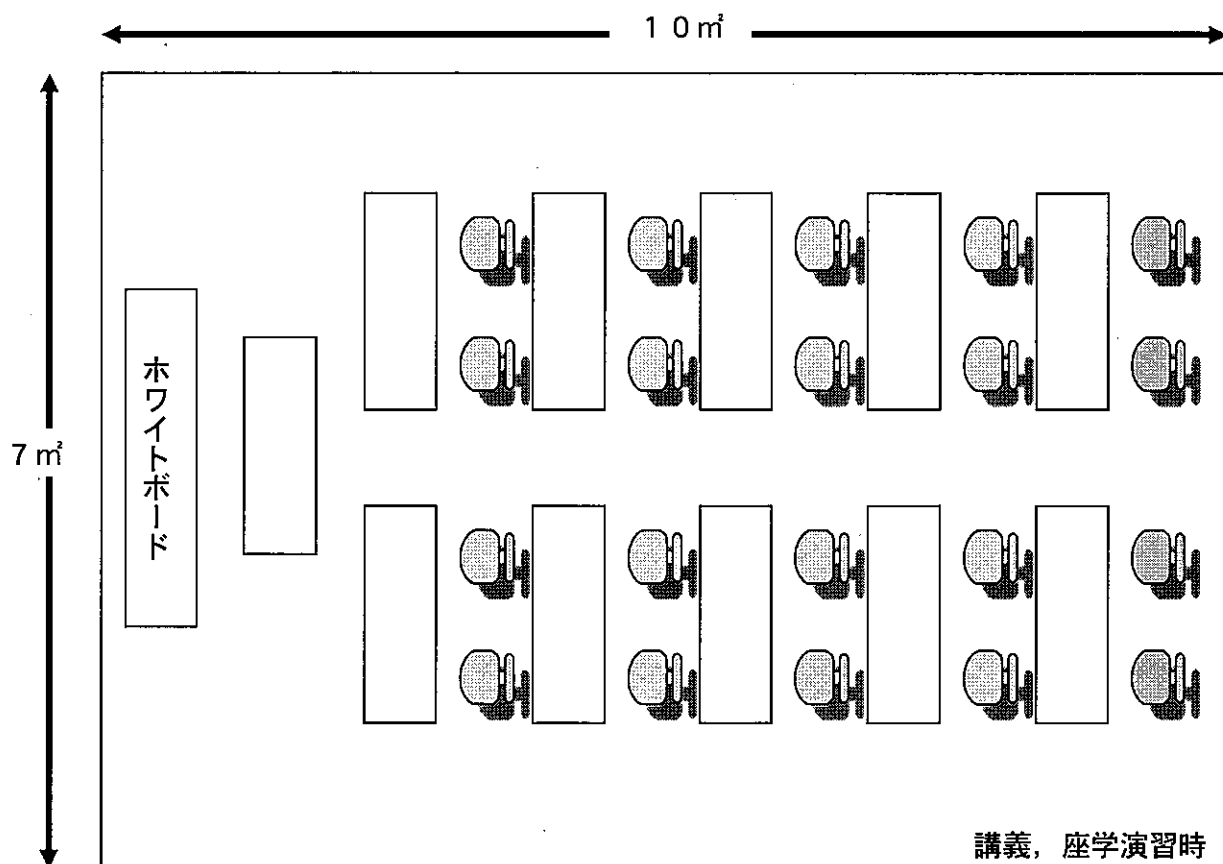
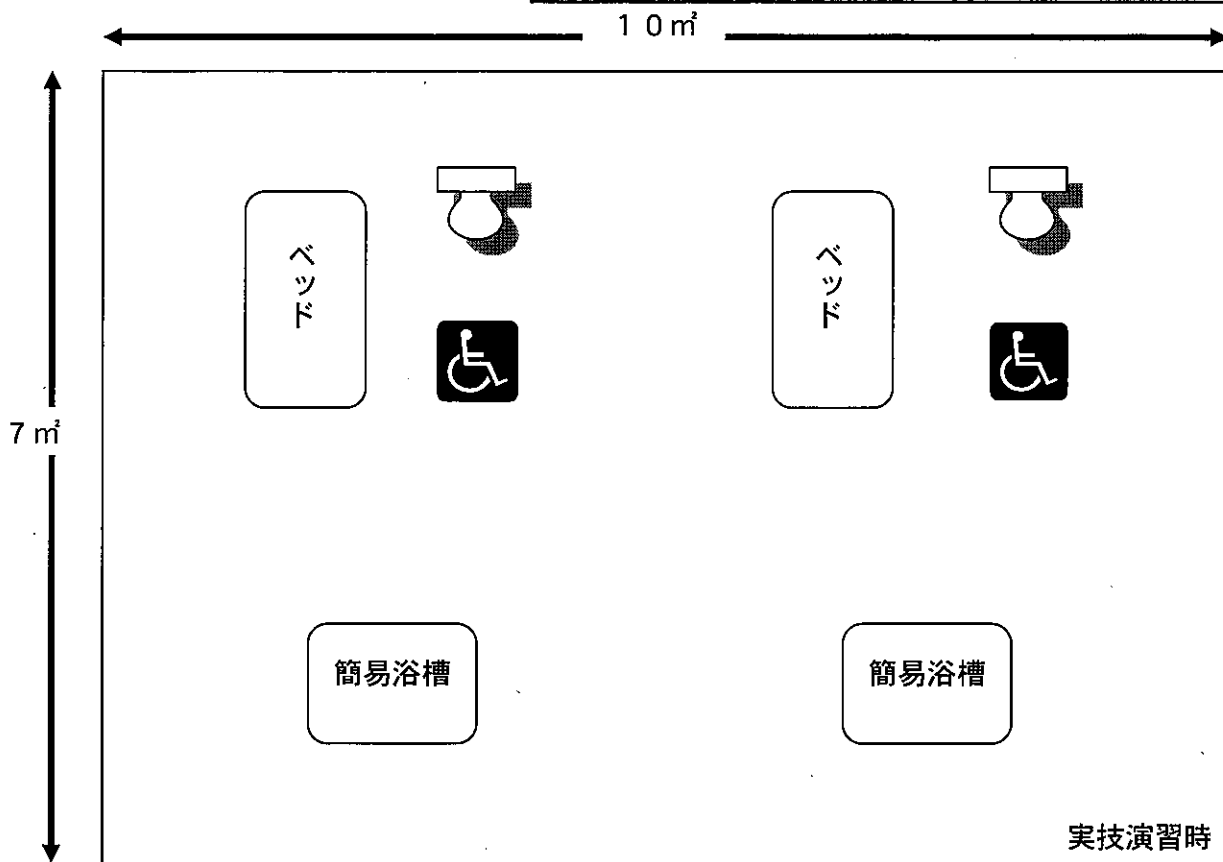
注 2 別表 4「演習で使用する福祉用具等」を参考とし、演習に必要な消耗品等の準備体制を確実に整えること。

確認すること。

《見取図例示》

〇〇株式会社 研修室 70㎡

- ◆ベッド・車いす・ポータブルトイレ・浴槽を配置すること。（「演習実施計画書」の数量と一致）
- ◆「講義室・演習室の面積が確認できる図面」と兼用する場合は講義室も記載しておくこと。



別紙様式 9

事業者宛

株式会社 ○○○○様
(介護員養成研修事業者名)

講義室・演習室使用承諾書

◆県には写しを提出、原本は事業者保管。
◆公共施設等で独自の様式がある場合はその写しを提出。
◆賃貸等の場合、所有者との使用関係を証する書類(賃貸借契約書等)を提出。
◆自己所有である場合は、そのことを証する書類(登記簿謄本)等を提出。

研修実施期間

平成 年 月 日から平成 年 月 日まで実施する介護職員初任者研修
の講義室・演習室として、次のとおり会場の使用を承諾します。

平成 年 月 日

承諾日

施設所有者

所在地 広島市○○区○○**-**
名称 ○○ 株式会社
代表者名 代表取締役 ○○○○

代表者印を押印。
※私印不可。

印

講義室・演習室 使用計画書

使用年月日	講義室・演習室の名称	面積
平成○○年 ○月○○日	○○株式会社 研修室	70 m ²
平成○○年 ○月○○日	○○株式会社 研修室	70 m ²
平成○○年 ○月○○日	○○株式会社 研修室	70 m ²
平成○○年 ○月○○日	○○株式会社 研修室	70 m ²
平成 年 月 日	日程表と一致。	m ²
平成 年 月 日		m ²
平成 年 月 日		m ²
平成 年 月 日		m ²
平成 年 月 日		m ²
平成 年 月 日		m ²

注 1 受講者1名あたり2㎡以上を確保すること。

注 2 面積の分かる平面図等を添付すること。

注 3 調理実習を実施する演習室にあっては、設備の概要の分かる書類等を添付すること。

注 4 事業者自らが所有する講義室・演習室の場合は、本使用承諾書の提出は不要。(平面図等は提出すること。)

講義及び座学演習については、1.65㎡でよい。

確認すること。

修了評価の方法

- ◆要領第7「修了認定に関する事項」を参照。
 ◆すべての科目を履修し、合格基準(7割以上の理解)を満たす習熟度を確保すること。

事業者番号 ○○○

事業者名 株式会社 ○○○○

	確認・評価方法	理解度・合格基準	理解不足・不合格時の取扱い
①各科目	<p>◆出席簿により出欠を確認。</p> <p>◆担当講師がレポート等により理解度等を確認すること。</p> <p>〈通信課題〉</p> <p>◆担当講師が提出された課題の添削を行い、理解度を確認すること。</p>	<p>◆各科目の全ての実施時間に出席すること。</p> <p>◆研修計画の各科目の修了時の評価ポイント(「職務の理解」及び「振り返り」の実習においては介護職の働く現場や仕事内容に対する理解度)に達していること。</p> <p>〈通信課題〉</p> <p>◆研修計画の各科目の修了時の評価ポイントに達していること。</p>	<p>◆やむを得ず欠席した場合は補講を受講すること。</p> <p>◆理解度が不足していると認められる場合は、指導・助言・補講等による補習を実施した後に、レポート等による再確認を行う。(ただし、「9.こころとからだのしくみと生活支援技術」については、科目試験により評価を行うため除く。)</p> <p>〈通信課題〉</p> <p>◆理解度が不足していると認められる場合は、指導・助言・補講等による補習を実施した後に、課題の再提出による再確認を行う。(ただし「9.こころとからだのしくみと生活支援技術」については、科目試験により評価を行うため除く。)</p>
②科目試験 (9.こころとからだのしくみと生活支援技術)	<p>◆出席簿により出欠を確認。</p> <p>◆「9.こころとからだのしくみと生活支援技術」の講義・演習終了後、科目の時間内に実施。</p> <p>◆筆記および口答試験については、担当講師が添削を行い、介護技術の習得度を評価する。 実技試験については、2時間以上実施し、実技試験評価担当講師が「評価マニュアル」にそって介護技術の習得度を評価する。</p>	<p>◆「9.こころとからだのしくみと生活支援技術」の講義・演習時間全てに出席していること。</p> <p>◆100点満点法により、70点以上を合格とする。(課題の総得点の7割以上)</p>	<p>◆やむを得ず欠席した場合は、補講を受講する。</p> <p>◆不合格の者に対しては、科目試験が合格になるように指導・助言・補講等による補習を実施した後に、再試験を行う。</p>
③修了試験	<p>◆全科目の修了後に実施。</p> <p>◆筆記試験をおおむね1時間実施し、担当講師が評価を行う。</p>	<p>◆全科目修了後であること。</p> <p>◆100点満点法により、70点以上を合格とする。(課題の総得点の7割以上)</p>	<p>◆不合格のものに対しては、修了試験が合格になるように、指導・助言・補講等による補習を実施した後、再試験を行う。</p>
④修了認定	<p>◆上記①～③の確認・評価を元に課程編成責任者が総合的に判断し認定する。</p>	<p>◆上記①～③の理解度・合格基準を全て満たしていること。</p>	

確認・評価方法には合格基準を踏まえ、どのように評価するのかを記載すること。

理解度・合格基準には「全科目に出席すること」「別表2の各科目の修了評価時の評価ポイントに達していること」「7割以上の合格基準を満たす旨」を必ず盛り込むこと。

合格基準に満たなかった場合に、どのように対応するのかを記載。

収支予算及び向こう2年間の財政計画書

1. 収支予算

収支		金額(円)	算出	
収入	受講料	1,000,000	50,000円×20人	◆委託料等は収入に計上する。 ◆学校等で授業料に受講料を含んでいる場合は、経費を支出に計上し、マイナス分を「学校負担」等として収入に計上する。
	計	1,000,000		
支出	テキスト代	100,000	5,000円×20人	◆算出内訳は他の書類と整合がとれるようにすること。 《例》学則に記載のテキスト代・実習費、日程表等に記載の講義・演習時間と講師謝金の内訳が一致しているか等。
	講師謝金	480,000	5,000円×96時間	
	実習費	80,000	2,000円×2日×20人	
	会場使用料	100,000		
	演習器具レンタル代	100,000		
	保険料	50,000		
	雑費	90,000		
	計	1,000,000		
				◆収入額と支出額が合うように作成すること。 (差額を利益や雑費等とする)

2. 向こう2年間の財政計画

(1) ○○年度

◆H26年度に事業者指定申請した場合、
H27・H28年度の財政計画を記載。
※研修実施方針、体制、受講生の見込み、

(2) ○○年度

「向こう2年間の財政計画」部分は事業者指定申請時のみ必要。
※すでに事業者指定を受けている事業者は「向こう2年間の財政計画」部分は不要。

注「2 向こう2年間の財政計画」は、事業者指定の申請の際のみ記入すること。

収支予算書

収支予算

収支		金額(円)	算出	◆委託料等は収入に計上する。 ◆学校等で授業料に受講料を含んでいる場合は、 経費を支出に計上し、マイナス分を「学校負担」 等として収入に計上する。
収入	受講料	1,000,000	50,000円×20人	
	計	1,000,000		
支出	テキスト代	100,000	5,000円×20人	◆算出内訳は他の書類と整合がとれるようにすること。 《例》学則に記載のテキスト代・実習費、日程表等に 記載の講義・演習時間と講師謝金の内訳が一致
	講師謝金	480,000	5,000円×96時間	
	実習費	80,000	2,000円×2日×20人	
	会場使用料	100,000		
	演習器具レンタル代	100,000		
	保険料	50,000		
	雑費	90,000		
	計	1,000,000		
◆収入額と支出額が合うように作成すること。 (差額を利益や雑費等とする。)				

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

科目名	9. こころとからだのしくみと生活支援技術	時間数	75
到達目標 (ねらい)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護技術の根拠となる人体の構造や機能に関する知識を習得し、安全な介護サービスの提供方法を理解し、基礎的な一部又は全介助等の介護が実施できる。 ○ 尊厳を保持し、その人の自立及び自律を尊重し、持てる力を発揮してもらいながらその人の在宅・地域等での生活を支える介護技術や知識を習得する。 		
修了時の 評価ポイント	<ul style="list-style-type: none"> ○ 主だった状態像の高齢者の生活の様子をイメージでき、要介護度等に応じた在宅・施設等それぞれの場面における高齢者の生活について列挙できる。 ○ 要介護度や健康状態の変化に沿った基本的な介護技術の原則（方法、留意点、その根拠等）について概説でき、生活の中の介護予防及び介護予防プログラムによる機能低下の予防の考え方や方法を列挙できる。 <div style="text-align: center;">  (省略) </div> <ul style="list-style-type: none"> ○ 睡眠の意味と睡眠を取り巻く環境整備や関連した用具を列挙でき、睡眠に関するからだのしくみが理解され、指示に基づいて介助を行うことができる。 ○ ターミナルケアの考え方、対応のしかた・留意点、本人・家族への説明と了解、介護職の役割や他の職種との連携（ボランティアを含む）について、列挙できる。 		
指導の視点			
<ul style="list-style-type: none"> ● 介護実践に必要なこころとからだのしくみの基礎的な知識を介護の流れを示しながら、視聴覚教材や模型を使って理解させ、具体的な身体各部の名称や機能等が列挙できるように促す。 ● サービスの提供例の紹介等を活用し、利用者にとっての生活の充実を提供し、かつ不足感を感じさせない技術が必要となることへの理解を促す。 ● 例えば「食事の介護技術」は「食事という生活の支援」と捉え、その生活を支える技術の根拠を身近に理解できるように促す。さらに、その利用者が満足する食事が提供したいと思う意欲を引き出す。他の生活場面でも同様とする。 ● 「死」に向かう生の充実と尊厳ある死について考えることができるように、身近な素材からの気づきを促す。 			
内 容		面接指導	通信講義
<Ⅰ.基本知識の学習…10～13時間程度> ●1.介護の基本的な考え方 ○理論に基づく介護（ICFの視点に基づく生活支援、我流介護の排除）、○法的根拠に基づく介護		3 : 00	1 : 00
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;"> 科目試験は、「9.こころとからだのしくみと生活支援技術」の科目時間（75時間）内で実施することになっている為、研修計画の内容欄に記載すること。 </div> <div style="text-align: center;">  (省略) </div>			
●科目試験（筆記・口答）		1 : 00	0 : 00
●科目試験（実技） <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;"> 筆記・口答試験及び実技試験による評価の時間を設けること。 </div>		2 : 00	0 : 00

[illegible]

別紙様式 1 4

該当の課程を記載すること。

広島第〇〇〇〇号

修了証明書

氏名

昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日生

介護保険法施行令(平成十年政令第四百十二号)第三条第一項第二号に掲げる研修の

介護職員初任者研修を修了したことを

証明する。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

介護員養成研修事業者

再交付日 平成〇〇年〇〇月〇〇日

修了年月日。

再交付時の代表者氏名。

印

注 1 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。

注 2 縦書き、横書きを問わない。

元の修了証明書に、再交付したことがわかるような文書等を追加すること。

別紙様式 1 5

広島第 〇〇〇〇 号

修了証明書(携帯用)

氏名

昭和〇〇年〇〇月〇〇日生

介護保険法施行令(平成10年政令第412号)第3条第1項第2号に掲げる研修の介護職員初任者研修を修了したことを証明する。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

介護員養成研修事業者

〇〇〇〇 印

再交付日 平成〇〇年〇〇月〇〇日

修了証明書等の再交付(要綱第11条)

- ◆新氏名・新住所等を公的な書類により確認すること。
- ◆様式は参考1・2を参照すること。
- ◆再交付後は「介護員養成研修修了者名簿」(別紙様式14)に変更事項を記載し、県へ提出すること。
(登録内容に変更があった場合のみ)

再交付時の代表者氏名。

注 縦書き、横書きを問わない。