

(別添 2 - 1)

学 則

①商号又は名称	学校法人 新歯会東洋医療学園
②研修事業の名称	学校法人新歯会東洋医療学園 介護職員初任者研修講座
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 - 1 0) を参照。)
⑤事業者指定番号	195
⑥開講の目的	高齢者の QOL を高めるためには、口腔機能の向上が必須の要素となる。本校は歯科医療の養成校であり、学生は卒業後、医療従事者として働くことになる。そこで介護職員初任者研修課程を修了し、歯科の知識・技術を活用させることで、さらに質の高い介護サービスが提供できる人材の養成を目的とする。
⑦講義・演習室 (住所も記載)	【講義】 新大阪歯科衛生士専門学校 (大阪市淀川区東三国 6-1-45) [3階 実習室/4・5階 普通教室] 新大阪歯科技工士専門学校 (大阪市淀川区東三国 6-1-13) [5階 普通教室] 【演習】 新大阪歯科衛生士専門学校 (大阪市淀川区東三国 6-1-45) [3階 実習室/4・5階 普通教室] 新大阪歯科技工士専門学校 (大阪市淀川区東三国 6-1-13) [5階 普通教室]
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	株式会社 日本医療企画『介護職員初任者研修課程テキスト 1・2・3・』
⑪シラバス	シラバス (別添 2 - 2) を参照。
⑫受講資格	(A・Bコース) 新大阪歯科衛生士専門学校の在校生に限る。 (Sコース) 歯科技工士・歯科衛生士の有資格者。 新大阪歯科技工士専門学校・新大阪歯科衛生士専門学校の在校生・卒業生。
⑬広告の方法	入学前、入学後に本講座をパンフレット等作成し広報する。
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.sdhc.ac.jp/

<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)</p>	<p>A・Bコースはカリキュラムに含まれる為、本校の入学手続きを持って研修申し込みとする。 その他のコースについては、実施校が受講申込用紙をメールもしくはFAXにて受付を行う。 入学パンフレット・募集要項等を使用し、オープンキャンパスなどの広報活動において研修の目的や実施内容の説明を十分に行ない学生募集を行なう。また、過去に介護業務等の従事経験があっても、常に新しい知識の習得及び技術の修得のため、科目免除制度は採用しないものとする。 定員になり次第、募集締切とする。</p>
<p>⑯ 受講料及び受講料支払方法</p>	<p>80,000 円 (A・Bコース) 上記受講料は本校学費内に含む。 (Sコース) 指定期日までに指定口座へ振り込むこと。</p>
<p>⑰ 解約条件及び返金の有無</p>	<p>原則として、いったん納入された受講料は返還しないものとする。</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) 学校法人新歯会東洋医療学園は職業人教育を通じて社会に貢献することをミッションとし建学の理念である実学教育・人間教育・国際教育を実践し、学生・保護者・高等学校・業界・地域からの信頼を得てまいりました。その一環として個人情報を安全かつ正確に取り扱い、適切に保護することは私たちの活動の根幹であり、社会的責任であると考えており、学生の大切な個人情報に対して、個人情報保護法及び関連ガイドライン等にもとづき個人情報委員会を設け個人情報保護方針を遵守しています。 なお、修了者は大阪府の管理する修了者名簿に記載されます。</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。 研修の修了年限 8ヶ月以内 修了評価方法 (別添2-9)を参照。 終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、再評価(再試験)を実施する。 ただし、再評価の試験回数は最大1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為、注意すること。 ・再評価・費用 補習費用：6,000円・再評価費用 1,000円</p>

<p>⑳ 補講の方法及び取扱</p>	<p>【補講の方法】</p> <p>① 補講は項目単位で実施することを原則とする。</p> <p>② 補講は、同一内容の講義・演習を別の日に新たに設定し、個別の対応で行う。</p> <p>③ 欠席した項目の時間数が、下の（表 1）で定める通信形式で実施できる上限時間の範囲内であれば、1,200 字以上のレポートを提出することをもって出席とみなすことができる。</p> <p>（表 1）</p> <table border="1" data-bbox="507 472 1362 752"> <thead> <tr> <th>科目番号・科目名</th> <th>通信形式で実施できる上限時間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(2) 介護における尊厳の保持・自立支援</td> <td>5 時間</td> </tr> <tr> <td>(3) 介護の基本</td> <td>3 時間</td> </tr> <tr> <td>(4) 介護・福祉サービスの理解と医療の連携</td> <td>7.5 時間</td> </tr> <tr> <td>(5) 介護におけるコミュニケーション技術</td> <td>3 時間</td> </tr> <tr> <td>(6) 老化の理解</td> <td>3 時間</td> </tr> <tr> <td>(7) 認知症の理解</td> <td>3 時間</td> </tr> <tr> <td>(8) 障がいの理解</td> <td>1.5 時間</td> </tr> <tr> <td>(9) こころとからだのしくみと生活支援技術</td> <td>12 時間</td> </tr> </tbody> </table> <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については、レポート課題を提出することによる補講は認めない。</p> <p>④各科目において規定されている時間数に上乗せして研修を実施している場合においても、欠席した項目について上乗せした後の時間数分の補講を実施しなければならない。</p> <p>・補講に要する費用 レポート提出の場合 1 教科につき 4,000 円（税込） 補講を受講する場合 1 教科につき 6,000 円（税込）</p>	科目番号・科目名	通信形式で実施できる上限時間	(2) 介護における尊厳の保持・自立支援	5 時間	(3) 介護の基本	3 時間	(4) 介護・福祉サービスの理解と医療の連携	7.5 時間	(5) 介護におけるコミュニケーション技術	3 時間	(6) 老化の理解	3 時間	(7) 認知症の理解	3 時間	(8) 障がいの理解	1.5 時間	(9) こころとからだのしくみと生活支援技術	12 時間
科目番号・科目名	通信形式で実施できる上限時間																		
(2) 介護における尊厳の保持・自立支援	5 時間																		
(3) 介護の基本	3 時間																		
(4) 介護・福祉サービスの理解と医療の連携	7.5 時間																		
(5) 介護におけるコミュニケーション技術	3 時間																		
(6) 老化の理解	3 時間																		
(7) 認知症の理解	3 時間																		
(8) 障がいの理解	1.5 時間																		
(9) こころとからだのしくみと生活支援技術	12 時間																		
<p>㉑ 科目免除の取扱</p>	<p>科目の免除は行わない。</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、本校が紹介する災害補償保険にて対応する。また、受講中に事故が発生し負傷した場合は本校から直ちに病院へ案内する。</p>																		
<p>㉓ 研修責任者名、所属名及び役職</p>	<p>氏名：宮川 藤一郎 所属名：学校法人新歯会東洋医療学園 役職：理事長</p>																		
<p>㉔ 課程編成責任者名、所属名及び役職</p>	<p>氏名：谷 さつき 所属名：新大阪歯科衛生士専門学校 役職：歯科衛生士学科 学科長</p>																		
<p>㉕ 苦情等相談担当者名、所属名、役職及び連絡先</p>	<p>（A・B コース） 氏名：森 淳史 所属名：新大阪歯科衛生士専門学校 役職：事務局 連絡先：06-6391-2224</p> <p>（S コース） 氏名：岡田 留美子 所属名：新大阪歯科技工士専門学校 役職：事務局 連絡先：06-6391-2211</p>																		

<p>㉔ 研修事務担当者 名、所属名及び連絡先</p>	<p>(A・Bコース) 氏名：森 淳史 所属名：新大阪歯科衛生士専門学校 役職：事務局 連絡先：06-6391-2224</p> <p>(Sコース) 氏名：岡田 留美子 所属名：新大阪歯科技工士専門学校 役職：事務局 連絡先：06-6391-2211</p>
<p>㉕ 情報開示責任者 名、所属名、役職 及び連絡先</p>	<p>(A・Bコース) 氏名：小柳 豊 所属名：新大阪歯科衛生士専門学校 役職：事務局主任 連絡先：06-6391-2224</p> <p>(Sコース) 氏名：荻野 勝也 所属名：新大阪歯科技工士専門学校 役職：事務局 連絡先：06-6391-2211</p>
<p>㉖ 修了証明書を亡失・き損した場合の 取扱い</p>	<p>・介護職員初任者研修修了証明書交付証明書の交付について 養成研修修了者の交付申請により「介護職員初任者研修修了証明書交付証明書」を交付する。 証明書交付にかかる費用:100円</p>
<p>㉗ その他必要な事項</p>	<p>・遅刻の取扱い 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延扱いとし欠席とする。その際、当時業者が設定する日程において補習を受けなければならない。</p> <p>・退校処分の取扱い (1) 正当な理由がなく出席が常でないもの (2) 素行不良で改悛の情のないもの</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</p>
----------------------	---

	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 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/
---------------	--