

# 福井県居宅介護職員初任者研修等指定要領

## 1 目的

この要領は、「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9月29日厚生労働省告示第538号。以下「告示」という。）に規定する居宅介護職員初任者研修等として、知事が指定を行う場合の取扱いについて定めるものとする。

なお、平成16年1月5日から適用の「福井県障害者（児）居宅介護従事者養成研修事業等指定要領」（以下「旧要領」という。）は、平成18年9月30日限り廃止する。

## 2 居宅介護職員初任者研修等の課程

対象となる居宅介護職員初任者研修等の課程は、告示等に基づく以下の課程とする。

- イ 居宅介護職員初任者研修（告示第1条第3号に規定する居宅介護職員初任者研修をいう。）
- ロ 障害者居宅介護従業者基礎研修（告示第1条第4号に規定する障害者居宅介護従業者基礎研修をいう。）
- ハ 重度訪問介護従業者養成研修基礎課程（告示第1条第5号に規定する「重度訪問介護従業者養成研修」のうち、別表第2に定める内容以上のものをいう。）
- ニ 重度訪問介護従業者養成研修追加課程（告示第1条第5号に規定する「重度訪問介護従業者養成研修」のうち、別表第3に定める内容以上のものをいう。）
- ホ 重度訪問介護従業者養成研修統合課程（告示第1条第5号に規定する「重度訪問介護従業者養成研修」のうち、別表第4に定める内容以上のものをいう。）
- ヘ 重度訪問介護従業者養成研修行動障害支援課程（告示第1条第5号に規定する「重度訪問介護従業者養成研修」のうち、別表第5に定める内容以上のものをいう。）
- ト 同行援護従業者養成研修一般課程（告示第1条第6号に規定する「同行援護従業者養成研修」のうち、別表第6に定める内容以上のものをいう。）
- チ 同行援護従業者養成研修応用課程（告示第1条第6号に規定する「同行援護従業者養成研修」のうち、別表第7に定める内容以上のものをいう。）
- リ 行動援護従業者養成課程（告示第1条第7号に規定する「行動援護従業者養成研修」をいう。）

## 3 研修実施者に関する要件

- イ 研修の実施者は、研修を適正かつ円滑に実施するために必要な事務的能力および研修の安定的実施に必要な財源基盤を有する者であること。
- ロ 研修の経理が他の事業の経理と明確に区分され、会計帳簿、決算書類等研修事業の収支の状況を明らかにする書類が整備されていること。
- ハ 原則として、福井県内に研修の実施を管理する事務所を有し、県内の施設等において研修を実施すること。

## 4 研修の内容に関する要件

- イ 研修が告示に定めるところに従い、縦続的に毎年1回以上実施されること。
- ロ 研修カリキュラムは、告示に定めるカリキュラムの内容に従ったものであること。
- ハ 講義を担当する講師について、学歴、職歴、資格、実務経験等に照らし、各科目を担当するために適切な人材が適当な人数確保されていること。

ニ 適切な実習施設との連携により、実習実施計画が定められていること。

## 5 研修受講者に関する要件

(1) 研修受講者に研修内容等を明示するため、少なくとも次に掲げる事項を明らかにした学則等を定め、公開すること。

- イ 開講目的
- ロ 研修事業の名称
- ハ 実施場所
- ニ 研修期間
- ホ 研修カリキュラム
- ヘ 講師氏名
- ト 研修修了の認定方法
- チ 開講時期
- リ 受講資格
- ヌ 受講手続き（募集要領等）
- ル 授業料、実習費等

(2) 研修への出席状況、成績等研修受講者に関する状況を確実に把握し、保存すること。

## 6 その他留意すべき事項

(イ) 研修の実施者は、事業運営上知り得た研修受講者に係る秘密の保持について、十分留意すること。

(ロ) 研修の実施者は、研修受講者が実習等において知り得た個人の秘密の保持について、受講者が十分に留意するよう指導すること。

## 7 指定申請の手続

(1) 本研修の指定を受けようとする者は、研修開始の1か月前までに、次に掲げる必要事項を記載した指定申請書（別紙様式1）を知事に提出するものとする。

- イ 申請者の氏名および住所（法人にあっては、名称および主たる事務所の所在地）
- ロ 研修の名称および実施場所（通信教育による研修を行う場合にあっては、主たる事業所所在地および対象地域）
- ハ 研修開始予定年月日
- ニ 学則等
- ホ カリキュラム
- ヘ 講義を行う講師の氏名、履歴、資格、担当科目及び専任兼任の別
- ト 実習に利用する施設の名称、所在地および設置者の氏名（法人にあっては、名称）ならびに利用計画および当該施設の設置者の承諾書
- チ 研修修了の認定方法
- リ 研修開始年度および次年度の収支予算の細目
- ヌ 申請者の資産状況
- ル 申請者が法人であるときは、定款、寄附行為その他の規約

(2) 介護保険法施行令第3条第2項の規定による介護員養成研修の指定を受けている場合その指定書を添付するものとする。

- (3) 本研修の指定を受けた者は、知事に対し、毎年度、研修開始の1月前までに研修実施計画書（別紙様式2）を提出するとともに、研修の終了後1月以内に研修実績報告書（別紙様式3）を提出するものとする。
- (4) 本研修の指定を受けた者は、申請の内容に変更を加える場合には、知事に対し、10日以内に変更届（別紙様式4）を提出し、(1)のホからチの事項に変更を加える場合にあっては、変更について承認を受けるものとする。
- (5) 本研修の指定を受けた者は、研修を廃止しようとする場合には、知事に対し、10日以内に廃止届（別紙様式5）を提出すること。

## 8 その他

福井県居宅介護職員初任者研修等の指定および実施にあたっては、この要領に定める事項のほか、平成19年1月30日付け障発第0130001号（一部改正：平成26年3月31日付け障発0331第49号）による厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知に規定する内容に従うものとする。

## 附則

この要領は、平成19年2月1日から適用する。

この要領は、平成24年1月20日から適用する。

この要領は、平成25年5月27日から適用する。

この要領は、平成26年7月2日から適用する。

この要領は、令和6年11月21日から適用する。

(別紙様式1)

## 福井県居宅介護職員初任者研修等指定申請書

年 月 日

福 井 県 知 事 様

申請者

住所（法人にあつては、主たる事業所の所在地）

〒

氏名（法人にあつては、名称及び代表者職氏名）

印

担当者

電話番号

F A X

「福井県居宅介護職員初任者研修等指定要領」に基づき、下記研修の指定を受けたいので申請します。

記

1 研修の名称および課程

2 事業所の所在地

（講義を通信の方法によって行おうとする場合は、主たる事業所の所在地）

3 事業開始年月日

添付書類

- (1) 学則等（「福井県居宅介護職員初任者研修等指定要領」の5の（1）に掲げる事項を明らかにしたもの）
- (2) 講義を行う講師に関する資料（職氏名、履歴、担当教科、専任兼任の別）
- (3) 実習に利用する施設に関する資料（施設の名称、所在地、設置者の氏名（法人にあつては、その名称）、利用計画、当該施設の設置者の承諾書）
- (4) 収支予算書（事業開始年度分及び翌年度の2年度分）
- (5) 定款、その他の基本約款（申請者が法人の場合のみ）

(別紙様式2)

福井県居宅介護職員初任者研修等実施計画書

項 目	内 容
1 申請者の氏名及び住所 (法人にあつては名称および主たる事務所の所在地)	
2 研修の名称	
3 実施場所	※ 講義、演習の実施場所を記入(実施施設は8に記入)
4 研修開始予定年月日	平成 年 月 日
5 学則、研修実施要綱等	別紙 のとおり ※ 別途作成したものを添付
6 カリキュラム	別紙 のとおり ※ 別途、具体的な日程、科目、時間数、講師、場所等を明確にしたカリキュラムを作成
7 講師の氏名、履歴、資格、担当科目および専任兼任の別	別紙 のとおり
8 実習に利用する施設の名称、所在地及び設置者の氏名	
9 実習施設の利用計画	別紙 のとおり
10 実習施設の設置者の承諾書	別紙 のとおり ※ 実習施設の代表者から申請者あての承諾書の写しを添付
11 研修修了の認定方法	全科目を履修した者について、別紙 の様式に基づき、修了証明書及び修了証明書(携帯用)を交付する
12 事業開始年度及び次年度の収支予算の細目	別紙 の収支予算書のとおり ※ 当該事業に関する事業費
13 申請者の資産状況	※ 申請者が法人の場合には貸借対照表など確認できる資料および定款、寄付行為その他の規約を添付すること

(別紙様式3)

福井県居宅介護職員初任者研修等実績報告書 ( 年度)

年 月 日

福 井 県 知 事 様

申請者

住所 (法人にあつては、主たる事業所の所在地)

〒

氏名 (法人にあつては、名称及び代表者職氏名)

印

担当者

電話番号

F A X

「福井県居宅介護職員初任者研修等指定要領」に基づき、指定を受けた研修の 年度の実績  
について、次のとおり報告します。

記

1 研修の名称及び課程

2 研修実施期間 年 月 日から 年 月 日まで

添付書類

- (1) 研修修了者名簿 (修了した課程、修了証明書の番号、修了年月日、氏名、住所、生年月日)
- (2) 事業実施年度の収支決算の細目

(別紙様式4)

福井県居宅介護職員初任者研修等変更届

年 月 日

福 井 県 知 事 様

申請者

住所（法人にあつては、主たる事業所の所在地）

〒

氏名（法人にあつては、名称及び代表者職氏名）

印

担当者

電話番号

F A X

平成 年 月 日付け福井県指令障第 号により指定を受けた福井県居宅介護職員初任者研修等について、研修内容を次のとおり変更したいので、関係書類を添えて届け出ます。

記

1 指定を受けた事業

2 添付書類

- ・カリキュラム
- ・変更内容
- ・変更理由
- ・

(別紙様式5)

福井県居宅介護職員初任者研修等廃止・休止・再開届

年 月 日

福 井 県 知 事 様

申請者

住所（法人にあつては、主たる事業所の所在地）

〒

氏名（法人にあつては、名称及び代表者職氏名）

印

担当者

電話番号

F A X

平成 年 月 日付け福井県指令障第 号により指定を受けた福井県居宅介護職員初任者研修等について、研修を廃止・休止・再開したいので、関係書類を添えて届け出ます。

記

- 1 指定を受けた事業
- 2 研修を廃止・休止・再開する年月日
- 3 廃止・休止・再開の理由



