

鳥取県居宅介護職員初任者研修等に係る事業者指定要領

(目的)

第1条 この要領は、鳥取県居宅介護職員初任者研修等実施要綱（平成15年6月30日付障第564号鳥取県福祉保健部長通知。以下「実施要綱」という。）第9条第1項の規定により、居宅介護職員初任者研修等を行う事業者の指定に当たって、必要な事項を定め、研修事業の円滑な執行を図ることを目的とする。

(指定の要件)

第2条 知事は、次の要件を満たすと認められる者について、事業者としての指定をすることができるものとする。

- 一 事業を適正かつ円滑に実施するために必要な事務的能力及び事業の安定的運営に必要な財政基盤を有するものであること。
 - 二 事業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。
 - 三 事業が実施要綱に定める内容に従い実施されるものであること。
 - 四 研修カリキュラムが、実施要綱に定めるカリキュラムの内容に従ったものであること。
 - 五 講義を担当する講師について、別紙に定める講師要件を満たし、かつ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。
 - 六 事業を実施するために必要な研修会場及び必要な備品・教材等が確保されていること。
 - 七 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。
 - 八 毎年度継続的に研修事業を実施できること。
 - 九 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又は募集要項等を定め、これを公開すること。
 - ア 開講の目的
 - イ 研修の名称
 - ウ 実施場所
 - エ 研修期間
 - オ 研修カリキュラム
 - カ 講師氏名
 - キ 研修修了の認定方法
 - ク 受講資格及び定員
 - ケ 募集時期及び受講手続
 - コ 受講料、テキスト代等
 - サ 欠席者に対する補講の実施方法及び補講にかかる費用等の取扱
 - 十 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。
- 2 他の都道府県知事、指定都市市長又は中核市市長により事業者の指定を受けている事業者は、知事の事業者としての指定を受けたものとみなす。
 - 3 重度統合過程（研修名等の略称はすべて実施要綱の例による。以下この要領において同じ。）の指定を受けるためには、当該課程の中で行われる第三号基本研修の登録研修機関として県に登録されていなければならない。また、指定を受けた事業者は、本要領に定めるもののほか、第三号基本研修の関連規定に従い適切に実績報告等の事務を行うこと。
 - 4 厚生労働省が実施する研修を録画した記録媒体を用いて県が当該研修を行うことを同省が認める場合には、事業者についても当該研修（同省が認める部分に限る。）について講師によることなく当該記録媒体を用いることにより研修を行うことができる。この場合において、別紙の講師の要件等については適用しない。

(事業者の指定申請)

第3条 指定を受けようとする者の指定申請は、「鳥取県居宅介護職員初任者研修等に係る事業者指定申請書(様式第1号)」に、次に掲げる書類を添付して、募集を行おうとする日の60日前までに提出しなければならない。

- 一 学則又は募集要項
 - 二 カリキュラム日程表(様式第2号)
 - 三 講師選定調書(様式第3号)
 - 四 実習施設利用計画書(様式第4号)及び実習施設利用承諾書(様式第5号)
 - 五 研修事業に係る収支予算の細目及び向こう2年間の財政計画
 - 六 定款、寄附行為その他の基本約款等
 - 七 資産状況(申請者の予算書、決算書)
 - 八 修了証明書(様式第6号)及び携帯用修了証明書(様式第7号)または修了証書(様式第8号)の様式
 - 九 第三号基本研修の登録研修機関であることを証明する書類(重度統合過程のみ)
- 2 講義を通信の方法によって行う場合にあつては、前項に定める書類に加え、次に掲げる書類を添付しなければならない。なお、面接指導に係る必要時間数は、基礎研修課程にあつては3時間以上、重度追加課程、行動障がい支援課程、同行援護応用課程、行動援護課程、視覚移動支援課程、全身性移動支援課、知的移動支援課程、強度行動基礎課程及び強度行動実践課程にあつては1時間以上であること。
- 一 通信添削課題
 - 二 添削指導及び面接指導の方法等
 - 三 面接指導の実施期間における講義室及び演習室使用承諾書(様式第9号)

(研修事業の指定申請)

第4条 第2条第1項の規定により知事の指定を受けた事業者及び同条第2項の規定により知事の指定を受けたものとみなされた事業者(以下「指定事業者」という。)が、研修を実施する場合には、各研修の募集を開始しようとする30日前までに、「居宅介護職員初任者研修等事業指定申請書(様式第10号)」に、次に掲げる書類を添付して知事に提出し、研修事業の指定を受けて実施するものとする。

- 一 カリキュラム日程表(様式第2号)
 - 二 講師選定調書(様式第3号)
 - 三 実習施設利用計画書(様式第4号)及び実習施設利用承諾書(様式第5号)
 - 四 面接指導の実施期間における講義室及び演習室使用承諾書(様式第9号)(通信のみ)
- 2 事業者指定申請時に、研修事業に係る指定申請も併せて行う場合には、募集を行おうとする日の60日前までに、研修事業に係る指定申請書を提出するものとする。なお、この場合、重複する添付書類については省略することができるものとする。
- 3 当該年度に、2回以上の研修事業を実施する場合は、併せて申請することができるものとする。

(変更の届出)

第5条 事業者として指定を受けた後に、その内容又は指定を受けた研修内容の一部をやむを得ず変更(講師等の都合による研修期間内での日程の変更等、軽微な変更を除く。)する場合には、あらかじめ変更の内容、変更時期及び理由を記載した「鳥取県居宅介護職員初任者研修等事業に係る変更届出書(様式第11号)」を知事に提出しなければならない。

(事業休止又は再開の届出)

第6条 事業休止とは、4月から翌年3月までの1年度間にわたり研修事業を実施しない場合をいい、指定事業者は、その1年度に限り事業の休止をすることができる。ただし、新たに事業者指定を受けて実施する最初の研修の開講日が翌年度以降になり、実施しない年度が生じる場合は休止とはならない。なお、続

けて2年度にわたり研修事業を実施しない場合には、事業を廃止したものとみなす。

2 指定事業者が事業を休止する場合には、事業を休止することを当該指定事業者が決定した日から10日以内に、事業を再開する場合には、募集開始の30日前までに、それぞれ次に掲げる事項を記載した「鳥取県居宅介護職員初任者研修等事業に係る休止又は再開届出書（様式第12号）」を知事に提出しなければならない。

- 一 休止する場合には、その研修の名称及び課程、休止予定年月日、休止する理由、休止予定期間
- 二 再開する場合には、その研修の名称及び課程、再開予定年月日

（事業廃止の届出）

第7条 指定事業者が事業を廃止する場合には、廃止することを当該指定事業者が決定した日から10日以内に、次に掲げる事項を記載した「鳥取県居宅介護職員初任者研修等事業に係る廃止届出書（様式第13号）」を知事に提出しなければならない。

- 一 その研修の名称及び課程
- 二 廃止予定年月日
- 三 廃止する理由

（修了証明書の交付）

第8条 研修事業を実施した指定事業者は、カリキュラムに全日程出席した者に対し、修了証明書及び携帯用修了証明書等を交付するものとする。

（実績報告）

第9条 研修事業を実施した指定事業者は、各研修修了後1か月以内に、「鳥取県居宅介護職員初任者研修等事業実績報告書（様式第14号）」に次の書類を添付して、知事に報告するものとする。

- 一 修了者名簿（様式第15号）
- 二 受講者出席簿の写し
- 三 研修事業に係る収支予算の細目

（秘密の保持）

第10条 指定事業者は、事業実施により知り得た受講者に係る秘密について、正当な理由なく漏らしてはならない。また、指定事業者は、受講者が実習で知り得た個人の秘密について漏らさないよう、受講者を指導しなければならない。

（調査及び指導等）

第11条 知事は、事業者として指定を受けようとする者及び指定事業者に対して、必要があると認める場合は、実地に調査を行うとともに、報告及びこれに係る書類の提出を求めることができる。また、研修事業の実施等に関して適当でないと認める場合は、事業者に対して改善指導を行うことができる。

2 前項に定める改善指導について、改善が認められるまで、研修の中止を命ずることができる。なお、この場合においては、あらかじめ書面をもって事業者に通知するものとする。

（指定の取消し）

第12条 知事は、指定事業者が、次の事項のいずれかに該当する場合には、指定を取り消すことができる。

- 一 第2条に掲げるいずれかの指定要件に該当しないと認められる場合
- 二 事業者指定申請、研修指定申請又は実績報告等において虚偽の申請又は報告等があった場合
- 三 事業を適正に実施する能力に欠けると認められる場合
- 四 事業の実施に関し、不正な行為があった場合
- 五 第11条第1項に定める調査に応じない場合又は改善指導に従わない場合

六 その他研修事業者として不適切と判断される場合

(聴聞の機会)

第13条 知事は、第11条第2項の研修事業の中止を命ずる場合及び第12条の指定の取消しを行う場合においては、当該指定事業者に対して聴聞を行うものとする。

(関係書類の保存)

第14条 指定事業者は、受講者の研修への出席状況、成績等に関する書類及び修了者台帳等、修了者に関する書類を保存しなければならない。

(その他)

第15条 この要領に定めるもののほか、この要領を実施するために必要な事項については、知事が別に定めるところによる。

2 この要領に定めのないものについては、事前に知事に協議するものとする。

附 則

1 この要領は、平成15年6月30日から施行する。

2 平成15年度中に実施される事業者及び研修事業の指定申請については、第3条第1項、第4条第1項及び同条第2項の申請期限の規定は適用しない。

附 則

この要領は、平成17年6月7日から施行する。

附 則

この要領は、平成19年1月24日から施行する。

附 則

この要領は、平成24年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成25年12月13日から施行する。

附 則

この要領は、平成27年8月21日から施行する。

(別紙)

講師の要件等について

- 1 その教科を教えるのに相応しい実務経験を有する福祉・保健関係者又は学校教員が講義を担当することとし、これを例示すると、介護福祉士、初任者研修課程相当以上の研修を修了した居宅介護従業者、医師・看護師等の医療職、福祉系学校等の教員その他各研修課程に関連する職種の従業者などである。
- 2 実務経験については、障害者に対する相談支援業務、直接支援（介護）業務、福祉系学校での教育業務、医療・看護業務等に従事した期間が概ね3年以上であることを要する。ただし、障がい者行政担当者については実務経験の有無を問わない。
- 3 下表に示す教科については、上記に加え、表中の資格要件を満たすこと。
- 4 同一講師が担当する教科は、考え方や内容の偏りを防ぐため、原則として4教科以内とすること。
- 5 演習については、原則として受講生30人に1人の講師が担当すること。

(初任者研修課程)

教科名	資格等
医療との連携とリハビリテーション	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医師、教員、その他当該科目に関連する医療系職種
障がい害の基礎的理解	医師、看護師、保健師、教員、その他当該科目に関連する医療系職種
障がいの医学的側面、生活障がい、心理・行動の特徴、かかわり支援等の基礎的知識	
医学的側面から見た認知症の基礎と健康管理	
高齢者と健康	

(基礎研修課程)

教科名	資格等
医学の基礎知識	医師、看護師、保健師、教員、その他当該科目に関連する医療系職種

(重度追加課程)

教科名	資格等
医療的ケアを必要とする重度訪問介護利用者の障がい及び支援に関する講義(医学の基礎知識に関する部分)	医師、看護師、保健師、教員、その他当該科目に関連する医療系職種

(重度統合課程)

教科名	資格等
喀痰吸引を必要とする重度障害者の障がいと支援に関する講義・緊急時の対応及び危険防止に関する講義①	医師、看護師、保健師、助産師 (第三号基本研修に係る指導者として認定されていること)
経管栄養を必要とする重度障害者の障がいと支援に関する講義・緊急時の対応及び危険防止に関する講義②	
喀痰吸引等に関する演習	

(同行援護一般課程)

教科名	資格等
障がい・疾病の理解①	医師、看護師、保健師、教員、歩行指導員、視覚障害者生活指導員、その他当該科目に関連する医療系職種

(同行援護応用課程)

教科名	資格等
障がい・疾病の理解②	医師、看護師、保健師、教員、歩行指導員、視覚障害者生活指導員、その他当該科目に関連する医療系職種

(全身性移動支援課程)

教科名	資格等
介助に係わる車いす及び装具等の理解	医師、看護師、理学療法士、作業療法士、義肢装具士、教員、その他当該科目に関連する医療系職種

(様式第 1 号)

番 号
年 月 日

鳥取県居宅介護職員初任者研修等に係る事業者指定申請書

鳥取県知事 様

申請者 住 所
事業者名
代表者名
(電話)



(ファクシミリ)

居宅介護職員初任者研修等事業（ 課程）の指定を受けたいので、鳥取県居宅介護職員初任者研修等に係る事業者指定要領（平成15年6月30日付第564号鳥取県福祉保健部長通知）第3条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

記

- 1 研修事業の名称
- 2 養成研修課程
- 3 研修事業の実施場所
(通信教育による事業を行う場合にあっては、対象地域および主たる事業の実施場所)
- 4 募集開始予定年月日
- 5 研修事業の実施予定期間
- 6 実習予定施設の名称及び所在地

添付書類

- ① 学則又は募集要項
- ② カリキュラム日程表（様式第2号）
- ③ 講師選定調書（様式第3号）
- ④ 実習施設利用計画書（様式第4号）及び実習施設利用承諾書（様式第5号）
- ⑤ 研修事業に係る収支予算の細目及び向こう2年間の財政計画
- ⑥ 定款、寄付行為その他の基本約款等
- ⑦ 資産状況（申請者の予算書、決算書）
- ⑧ 修了証明書（様式第6号）及び修了証明書（携帯用）（様式第7号）または修了証書（様式第8号）の様式
- ⑨ 第三号基本研修の登録研修機関であることを証明する書類（重度統合課程のみ）
- ⑩ その他（通信のみ）
通信添削課題、添削指導及び面接指導の方法等、講義室及び演習室使用承諾書（様式第9号）

(様式第3号)

講 師 選 定 調 書

氏 名		現 職 名		専・兼任の別	
担 当 科 目	担当科目を選定した理由				
	講義				
	実技				
①担当科目に 関連する資格	(年取得) (年取得) (年取得)				
②担当科目に 関連する職歴	学校名 (所属名)	専攻科目 (職務内容)		従 事 期 間	
				年 ~ 年	
				年 ~ 年	
				年 ~ 年	

氏 名		現 職 名		専・兼任の別	
担 当 科 目	担当科目を選定した理由				
	講義				
	実技				
①担当科目に 関連する資格	(年取得) (年取得) (年取得)				
②担当科目に 関連する職歴	学校名 (所属名)	専攻科目 (職務内容)		従 事 期 間	
				年 ~ 年	
				年 ~ 年	
				年 ~ 年	

(注) 担当科目の講師として選定した根拠として、①又は②について記載すること。

(様式第4号)

実習施設利用計画書 (課程)

事業者名 :

研修実施期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日

	施設名	内 容			実 習 期 間
1		人	人	人	年 月 日 ~ 年 月 日
2		人	人	人	年 月 日 ~ 年 月 日
3		人	人	人	年 月 日 ~ 年 月 日
4		人	人	人	年 月 日 ~ 年 月 日
5		人	人	人	年 月 日 ~ 年 月 日
6		人	人	人	年 月 日 ~ 年 月 日
7		人	人	人	年 月 日 ~ 年 月 日
8		人	人	人	年 月 日 ~ 年 月 日
	実習人数合計	人	人	人	

(注) 内容欄には、「介護実習」、「同行訪問」、「在宅見学」等の実習内容を記載すること。

(様式第5号)

実習施設利用承諾書

年 月 日

様

施設所在地

施設名

施設長名

開設年月

印

居宅介護職員初任者研修等事業の実習施設として、下記のとおり承諾します。

記

- 1 研修事業名
- 2 実習内容・実習期間・時間・受入人数

実習内容	実習期間	受入人数
	年 月 日 ～ 年 月 日	人
	年 月 日 ～ 年 月 日	人
	年 月 日 ～ 年 月 日	人

(注) 募集定員分の承諾書を添付すること。

(様式第6号)

第 号

修了証明書

氏 名

年 月 日生

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）に規定する研修の（別記1）課程を修了したことを証明する。

年 月 日

（居宅介護職員初任者研修等事業者名）

(様式第7号)

第 号

修了証明書（携帯用）

氏 名

年 月 日生

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）に規定する研修の（別記1）課程を修了したことを証明する。

年 月 日

（居宅介護職員初任者研修等事業者名）

(別記1)

- ・ 居宅介護職員初任者研修
- ・ 障害者居宅介護従業者基礎研修
- ・ 重度訪問介護従業者養成研修基礎
- ・ 重度訪問介護従業者養成研修追加
- ・ 重度訪問介護従業者養成研修統合
- ・ 重度訪問介護従業者養成研修行動障害支援
- ・ 同行援護従業者養成研修一般
- ・ 同行援護従業者養成研修応用
- ・ 行動援護従業者養成研修
- ・ 視覚障害者移動支援従業者養成研修
- ・ 全身性障害者移動支援従業者養成研修
- ・ 知的障害者移動支援従業者養成研修

(様式第8号)

第 号

修了証書

氏 名

年 月 日生

あなたは、厚生労働省の定めるところにより当該研修事業者が鳥取県知事の指定を受けて行う（別記2）を修了したことを証します。

年 月 日

(居宅介護職員初任者研修等事業者名)

(別記2)

- ・強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）
- ・強度行動障害支援者養成研修（実践研修）

(様式第9号)

講義室及び演習室使用承諾書（通信制）

年 月 日

様

所在地

施設名

施設長名

印

居宅介護職員初任者研修等事業（

課程）の面接指導に係る講義室及び演習室として、

使用を承諾します。

記

1 面積 _____ m²

2 収容人員数 _____ 名

※ 会場平面図を添付すること。

(様式第10号)

居宅介護職員初任者研修等事業指定申請書

年 月 日

鳥取県知事 様

申請者 住 所

事業者名

代表者名

(電話)

(ファクシミリ)



研修事業を実施したいので、鳥取県居宅介護職員初任者研修等に係る事業者指定要領（平成15年6月30日付第564号鳥取県福祉保健部長通知）第4条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

記

- 1 研修事業の名称
- 2 研修事業の実施場所
- 3 研修事業の実施期間
- 4 受講資格及び定員
- 5 募集時期及び受講手続

添付書類

- ① カリキュラム日程表（様式第2号）
- ② 講師選定調書（様式第3号）（厚生労働省が実施する研修を録画した記録媒体を用いることにより研修を行う場合には省略することができる。）
- ③ 実習施設利用計画書（様式第4号）及び実習施設利用承諾書（様式第5号）
- ④ 講義室及び演習室使用承諾書（様式第9号）（通信のみ）
- ⑤ 他の都道府県知事、指定都市市長又は中核市長の事業者指定を受けている場合には、その指定書又はそれに類する書類

(様式第 1 1 号)

鳥取県居宅介護職員初任者研修等事業に係る変更届出書

年 月 日

鳥取県知事 様

申請者 住 所

事業者名

代表者名

(電話)

(ファクシミリ)

印

年 月 日付第 号で指定を受けた居宅介護職員初任者研修等事業(課程)
について、下記のとおり内容を変更したいので、鳥取県居宅介護職員初任者研修等に係る事業者指定要領(平成15年6月30日付第564号鳥取県福祉保健部長通知)第5条の規定により届け出ます。

記

1 変更時期 年 月 日

2 変更理由

3 変更内容

変 更 前	変 更 後

(様式第12号)

鳥取県居宅介護職員初任者研修等事業に係る休止又は再開届出書

年 月 日

鳥取県知事 様

申請者 住 所

事業者名

代表者名

(電話)

(ファクシミリ)



年 月 日付第 号で指定を受けた居宅介護職員初任者研修等事業（
課程）を下記のとおり（休止・再開）したいので、鳥取県居宅介護職員初任者研修等に係る事業者指定要領
（平成15年6月30日付第564号鳥取県福祉保健部長通知）第6条第2項の規定により届け出ます。

記

1 休止・再開予定年月日 年 月 日

2 休止する理由

3 休止予定期間 年 月 日から 年 月 日まで

(様式第13号)

鳥取県居宅介護職員初任者研修等事業に係る廃止届出書

年 月 日

鳥取県知事 様

申請者 住 所
事業者名
代表者名
(電話) (ファクシミリ)

印

年 月 日付第 号で指定を受けた居宅介護職員初任者研修等事業（
課程）を下記のとおり廃止したいので、鳥取県居宅介護職員初任者研修等に係る事業者指定要領（平成15
年6月30日付第564号鳥取県福祉保健部長通知）第7条の規定により届け出ます。

記

- 1 廃止予定時期 年 月 日
- 2 廃止する理由

(様式第14号)

鳥取県居宅介護職員初任者研修等事業実績報告書

年 月 日

鳥取県知事 様

申請者 住 所

事業者名

代表者名

(電話)

(ファクシミリ)

印

年度居宅介護職員初任者研修等事業に係る実績報告について、鳥取県居宅介護職員初任者研修等に係る事業者指定要領（平成15年6月30日付第564号鳥取県福祉保健部長通知）第9条の規定により報告します。

記

1 研修実施期間 年 月 日から 年 月 日まで

2 研修実施課程 課程

3 受講状況 受講申込者数 人
受講決定者数 人
修了認定者数 人

添付書類

- ① 修了者名簿（様式第15号）
- ② 受講者出席簿の写し
- ③ 研修事業に係る収支決算の細目

(様式第15号)

修 了 者 名 簿

事業者名

修了課程

課程

修了証明書発行年月日

年 月 日

修了証明書 番号	氏 名 (フリガナ)	生年月日	性別	住 所	備 考