

平成22年度京都府介護・福祉人材づくり派遣事業実施要領

1 目的

京都府内の介護保険サービスその他の福祉サービス事業所等（以下「事業所」という。）が、当該事業所に従事する介護職員等（以下「現任介護職員等」という。）に研修等を受講させる場合に、介護・福祉の仕事に関心のある求職者（以下「求職者」という。）を現任介護職員等の代替職員として事業所に派遣することで、現任介護職員等の資質向上を図るとともに、派遣雇用を通じた求職者の就業の機会を確保し、さらに派遣期間中に介護職員としての必要な経験や技能を習得させることにより、介護・福祉事業所への定着を図ることを目的とする。

2 実施主体

京都府

3 事業の委託

京都府は、府が適当と認めた労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の就業条件の整備等に関する法律（以下「労働者派遣法」という。）に規定する一般労働者派遣事業者であるマンパワー・ジャパン株式会社（以下「派遣会社」という。）に委託して、本事業を実施する。

4 対象となる事業所等

(1) 対象となる事業所は、京都府内に所在する次に掲げる事業所であつて、派遣期間中に現任介護職員等が対象となる研修に参加する期間が含まれ、かつ、派遣期間終了後、派遣職員を直接雇用する意思のある事業所とする。

- ①介護保険法に基づく指定介護サービス事業者・施設
- ②障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス事業者・施設（旧法施設を含む）
- ③京都府障害者共同作業所設置運営要綱の要件を備えた障害者共同作業所
- ④その他介護職員等の配置が必要とされている社会福祉施設

(2) 研修に参加する現任介護職員等の職種は、介護職員、サービス提供責任者、生活相談員、介護支援専門員、看護職員等の直接処遇職員とする。ただし、医師、事務職、栄養士、調理員は除く。

(3) 上記（1）に規定する参加の対象となる研修は、以下のとおり。

- ①事業所が、現任介護職員等の資質向上を図るため、次の研修等に参加させる場合
 - ア 介護職員基礎研修、訪問介護員養成研修（1級課程、2級課程）
 - イ ユニットケアリーダー研修
 - ウ 認知症介護実践研修、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修、認知症対応型サービス事業管理者研修、認知症介護指導者研修
 - エ 介護福祉士国家試験受験対策講座等
 - オ 介護支援専門員研修等
 - カ サービス提供責任者実務者研修
 - キ 国、府、市町村又は事業者団体等が実施する介護従事者向け研修等

ク その他介護職員等の資質向上に有益であると判断される研修であって府が適当と認める研修

※ 研修等は事業所を離れて行うものに限らず、事業所内で行う研修等も含み、その形式については、講義形式・実技形式等いずれも可能。また、研修等の実施主体は事業所自らが実施する研修等でも可能。ただし、OJTは対象とならない。

②外部機関・団体からの依頼等に基づき、介護職員等の資質向上等のための研修における講師として、現任介護職員等の派遣等を行う場合

5 派遣職員の雇用対象者

- (1) 派遣職員としての雇用対象者は、介護・福祉の仕事に関心のある求職者で介護関係の資格を有していない者とする。
- (2) 求職者とは、労働の意思・能力を有し、求職活動を行っている者をいう。ただし、公共職業安定所への求職申込みの有無は問わない。
- (3) 介護関係の資格とは、介護員養成研修（訪問介護に関する1級課程、介護職員基礎研修課程）修了者、介護福祉士及び介護支援専門員をいう。訪問介護に関する2級課程修了者は含まない。

6 派遣職員の雇用予定数

150人程度

7 派遣会社による派遣職員の雇用条件等

- (1) 派遣職員の雇用期間は、平成23年3月31日までの連続した6ヶ月以内とする。
- (2) 派遣職員の給与は月払いとし、1時間当たりの支給額は、1,150円とする。
ただし、派遣開始時点において訪問介護に関する2級課程修了者については、1時間当たりの支給額は、1,250円とする。
- (3) 通勤手当については、1月当たり10,000円を上限として支給する。
- (4) 派遣会社は、派遣労働者の雇用に当たっては、社会保険、雇用保険等への加入を行う。
- (5) 派遣職員の1週当たりの勤務日は、派遣先の事業所等の勤務体制に合わせて決定する。
- (6) 派遣職員の1日の勤務時間・休憩時間は、原則として、派遣先事業所等の日勤の勤務時間（原則8時間）に合わせて決定する。
- (7) 派遣職員の夜勤については、配属当初3ヶ月は不可とし、4ヶ月目以降については、派遣職員と派遣先事業所との協議により週1回程度を上限に可能とする。
- (8) 派遣職員が従事する業務は、研修に派遣する現任介護職員等が現に従事する業務も含め、原則として当該事業所における介護補助業務とする。

8 派遣職員の募集、選考及び登録

- (1) 派遣会社は、原則として公共職業安定所及び京都府福祉人材・研修センターへの求人申込により、派遣職員の募集を行うものとする。なお、文書による募集、直接募集等を行う場合にあっては、募集の公開を図るものとする。
- (2) 派遣会社は、選考の結果、介護職員として相応しい者を、一般労働者派遣（登録型派遣）による登録者（以下「登録者」という。）として登録する。

9 派遣職員の派遣に係る手続等

- (1) 本事業により、派遣職員の派遣を希望する事業所は、「申込書」（第1号様式）に「研修計画書」（様式1）及び「求人依頼票」（様式2）を添付して、派遣会社に提出する。
- (2) 派遣会社は、可能な限り、職場体験事業を経て、登録者の意向を確認する。
- (3) 派遣会社は、事業所が行う書類選考、面接及び職場体験事業等により、事業所の意向を確認する。
- (4) 事業所と登録者の双方の合意を得られた場合には、派遣会社は派遣を決定し、事業所に通知する。
- (5) 派遣会社は、派遣が決定した場合において、派遣先事業所との間で労働者派遣契約を、派遣が決定した登録者との間で雇用契約をそれぞれ締結し、登録者を派遣職員として派遣先事業所へ派遣する。
- (6) 労働者派遣契約に伴う派遣料金については府が負担するものとし、派遣会社は、派遣先事業所から派遣料金の支払いは求めないものとする。
- (7) 派遣職員の派遣を受けた事業所は、派遣職員の派遣受入終了後、原則として1ヶ月以内に、「派遣報告書」（第2号様式）に、「研修実績書」（様式3）を添付して派遣会社に提出しなければならない。

10 派遣職員に対する研修等

- (1) 派遣会社は、派遣職員に対し、以下の研修等を受講させる。
 - ア マッチング前：導入研修・社会人基礎研修（3日）、介護基礎研修（2日）
 - イ 派遣前：派遣前研修（希望者のみ）
 - ウ 派遣期間中：訪問介護に関する2級課程研修、資質向上研修（6日）
- (2) 派遣先事業所は、本事業の目的を踏まえ、派遣職員の上記（1）ウの研修への参加について配慮すること。
- (3) 派遣職員と派遣先事業所との協議により、勤務時間外における職場研修等への派遣職員の参加について、月2回（2時間／1回当たり）程度を上限に可能とする。

11 その他

派遣会社及び派遣先事業所は、労働者派遣法その他の関係法令を遵守するものとする。

附 則

この要領は、平成22年4月30日から施行する。

マンパワー・ジャパン株式会社 京都支店 御中

法人住所
法人名
代表者名

㊞

平成22年度京都府介護・福祉人材づくり派遣事業申込書

次のとおり派遣職員を依頼したいので、関係書類を添えて申し込みます。

1 事業所名及び派遣依頼人数

事業所名	事業所種別	派遣依頼人数
		人
		人
		人
合 計		人

※ 「研修計画書」(様式1)及び「求人依頼票」(様式2)を添付してください。

2 担当者及び連絡先

担当者	部署・職：	氏名：
連絡先	電話番号：	FAX：
	E-mail：	

(様式1)

現任介護職員等に係る研修計画書

事業所名

	参加予定研修名	研修実施主体	研修日程	研修日数(日)	参加者数(人)	役職
<記入例①>	介護職員技能研修	—	22. 7. 20~21	0.5	10	介護担当職員 ほか
<記入例②>	介護福祉士資格取得対策講座	京都府社会福祉施設経営者協会	22. 9月~23. 1月	11	2	チームリーダー、介護主任
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

<記入要領>

1 事業所毎に記入ください。 2 研修日数は、半日単位で記入ください。 3 実施時期等未定の場合は、分かる範囲で記入ください。

(様式2)

求人依頼票

送付先 FAX:075-211-8989

mail: kyotoshijo.br@manpower.co.jp

申込み日	年 月 日		受付日		受理日	確認
フリガナ						
事業所名						
住所	〒 -		TEL ()		FAX ()	
最寄駅	①()駅からバス・徒歩()分		②()駅からバス・徒歩()分			
代表者	(役職)		(氏名)			
求人担当者	(部署役職)		(氏名)			
従業員数	男性 名 / 女性 名	平均年齢	才	連絡方法	電話: <input type="checkbox"/> 可/ <input type="checkbox"/> 不可	携帯: - -
事業内容				E-mail:		
			設立年月日	(西暦)	年 月 日(創業)	年
			種別			
求人職種			募集人数	名	資格	<input type="checkbox"/> 不問 <input type="checkbox"/> ヘルパー2級
年齢	<input type="checkbox"/> 不問 歳 ~ 歳		(年齢制限の理由:)			
学歴	<input type="checkbox"/> 不問 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 専学 <input type="checkbox"/> 短大 <input type="checkbox"/> 高専 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 大学院 <input type="checkbox"/> その他 ()					
勤務地	〒 -		<input type="checkbox"/> 事業所住所と同じ			
	(就業部署)					
職務の内容						
基本給	円 ~ 円		賃金形態	<input type="checkbox"/> 月給制 <input type="checkbox"/> 年俸制 <input type="checkbox"/> 時給制		
諸手当	職務手当	円 ~ 円		職位	~	
	住宅手当	円 有配偶者		独身者	円	
	家族手当	円 配偶者		子女	円	
		円			円	
賞与	基本給与の()ヶ月~()ヶ月		定額	円		
想定年収 ※注	円 ~ 円		年齢	才 ~ 才		
通勤手当	<input type="checkbox"/> 全額支給 <input type="checkbox"/> 一部 ()円まで		通勤手段	<input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自動車		
昇給	年 回 月 円 %	残業手当	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		時間延長	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
保険諸制度	<input type="checkbox"/> 社会保険(厚生年金・健康保険) <input type="checkbox"/> 雇用保険 <input type="checkbox"/> 労災保険 <input type="checkbox"/> 退職金制度 ()年勤務後 <input type="checkbox"/> 独身寮 <input type="checkbox"/> 社宅 <input type="checkbox"/> 借上社宅 <input type="checkbox"/> その他福利厚生 ()					
就労時間	<input type="checkbox"/> 時間固定		<input type="checkbox"/> シフト制(交替)		夜勤: <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	
	①	時 分 ~ 時 分(休憩)	時間	分		
	②	時 分 ~ 時 分(休憩)	時間	分		
	③	時 分 ~ 時 分(休憩)	時間	分		
休日休暇等	<input type="checkbox"/> シフト制(週 休) <input type="checkbox"/> 土曜()週 <input type="checkbox"/> 日曜()週 <input type="checkbox"/> 祝日 <input type="checkbox"/> 夏期休暇 日 <input type="checkbox"/> 年末年始 日 <input type="checkbox"/> GW 日 <input type="checkbox"/> 年間休日 日					
定年制	歳	労働組合	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	雇用契約	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約 (<input type="checkbox"/> 無期 <input type="checkbox"/> 有期 ヶ月)	
その他特記事項						

※注: 通勤交通費を除く全ての手当を含む月額給与の12ヵ月分と、年間に支給される賞与の合計額を記載下さい

ご記入に際して、ご不明な点はお問合せください

マンパワー・ジャパン株式会社 Tel:075-241-2030 Fax:075-211-8989

マンパワー・ジャパン株式会社 京都支店 御中

法人住所
法人名
代表者名



平成22年度京都府介護・福祉人材づくり派遣事業
派遣報告書

以下のとおり研修代替職員の派遣を受けましたので報告します。

1 派遣を受けた代替職員

派遣事業所名	派遣職員氏名	派遣を受けた期間	直接雇用の有無
		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	

2 研修に参加させた現任介護職員等の研修実績

別添「様式3」のとおり

3 担当者及び連絡先

担当者	部署・職：	氏名：
連絡先	電話番号：	FAX：
	E-mail：	

(様式3)

現任介護職員等に係る研修実績書

事業所名

	参加研修名	研修実施主体	研修日程	研修日数(日)	参加者数(人)	役職
<記入例①>	介護職員技能研修	—	22. 7. 20~21	0.5	9	介護担当職員 ほか
<記入例②>	介護福祉士資格取得対策講座	京都府社会福祉施設経営者協会	22. 9. 8~23. 1. 10	11	2	チームリーダー、介護主任
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

<記入要領>

1 事業所毎に記入ください。 2 研修日数は、半日単位で記入ください。