

キャリアパス要件等届出書（平成 年度分）

事業所等情報

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 障害福祉サービス等事業所番号 | : | : | : | : | : | : | : | : | : | : | : | : | : | : |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | |
|---------|-------------|--------------|--|--|
| 事業者・開設者 | フリガナ 名 称 | | | |
| 事業所等の名称 | フリガナ 名 称 | 提供する サービス | | |

(1) キャリアパスに関する要件について

(※) I を選択する場合は太枠内に、II を選択する場合は二重線枠内に記載すること。

| | |
|---|---|
| 次の内容についてあてはまるものに○をつけること。(I・IIのいずれかに該当していれば本要件を満たす。) | |
| I | 次の①から③までのすべての要件を満たす。 ①職員の職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件を定めている。 ②職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系について定めている。 ③就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、すべての福祉・介護職員に周知している。 |
| II | 次の④から⑥までのすべての要件を満たす。 |

| |
|---------------------------------------|
| 該当 ・ 非該当 ※就業規則等の該当箇所を具体的に記載 () |
| 該当 ・ 非該当 |

(要件IIについて) 上記①から③までのすべての要件に該当しない場合、次の事項について記載すること。

| | | |
|---|-------------------------------------|---|
| ④ | ①から③までの要件をすべて満たすことのできない理由 | |
| ⑤ | 福祉・介護職員との意見交換を踏まえた資質向上のための目標 | |
| ⑥ | ⑤の実現のための具体的な取り組みの内容 (いずれかに○をつけること。) | ア 資質向上のための計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等を実施するとともに、福祉・介護職員の能力評価を行う。 ※計画添付省略の場合は右欄に○印を記載すること (加算算定) |
| | | イ 資格取得のための支援の実施 ※当該支援の内容について下記に記載すること () |

(注) ⑥のアを選択した場合、本書に資質向上のための計画を添付すること。

(2) 平成21年4月報酬改定を踏まえた処遇改善に関する定量的要件について

(※) 太枠内に記載すること。

| | |
|---|---|
| ① 平成20年10月から現在までに実施した事項について必ず1つ以上に○をつけること。(ただし、記載にあたっては、選択したキャリアパスに関する要件で求められている事項と明らかに重複する事項を記載しないこと。) | |
| 処遇全般 | 賃金体系等の人事制度の整備 ・ 非正規職員から正規職員への転換 ・ 短時間正規職員制度の導入 昇給又は昇格等の要件の明確化 ・ 休暇制度、労働時間等の改善 ・ 職員の増員による業務負担の軽減 その他() |
| 教育・研修 | 人材育成環境の整備 ・ 資格取得、能力向上のための措置 能力向上が認められた職員への処遇、配置の反映 その他() |
| 職場環境 | 出産、子育て支援の強化 ・ ミーティング等による職場内コミュニケーションの円滑化 事故、トラブルへの対応マニュアル等の作成 ・ 介護補助器具等の購入、整備等 健康診断、腰痛対策、こころの健康等の健康管理面の強化 ・ 職員休憩室、喫煙スペース等の整備 労働安全衛生対策の充実 ・ 業務省力化対策 その他() |
| その他 | |
| ② ①に要した費用の概算額について | |
| 主たる経費の名称 (例：委託費、人件費、物品購入費等) | |
| 平成20年10月から現在までに要した費用の額 | 円 |

上記については、雇用するすべての福祉・介護職員に対し周知をしたうえで、提出していることを証明いたします。

平成 年 月 日 (法人名)
(代表者 職・氏名)

印

| | | | |
|----|-----|----|----|
| 担当 | 所属名 | 氏名 | 電話 |
|----|-----|----|----|

参考様式
様式6 (添付書類2)

研修計画

(法人名又は事業所名)

| 研修テーマ | 対象者 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 |
|-------|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

その他の計画

-
-
-
-