

福祉・介護職員処遇改善計画書(平成24年度申請用)

記載例

事業所等情報

障害福祉サービス等事業所番号 2 8 \* \* \* \* \* \*

事業者・開設者	フリガナ 名称	トクテイヒエイリカドウホウジン●●●●●● 特定非営利活動法人●●●●●●	
主たる事務所の所在地	〒6**1234 京都	都・道 京都市上京区下立売通新町西入敷ノ内町	
	電話番号 075-414-****	FAX番号	075-414-****
事業所等の名称	フリガナ 名称	提供するサービス	居宅介護、直達訪問介護 生活介護
	●●●●●●サービスセンター ●●●●●●サービスセンター		
事業所の所在地	〒6**1234 京都	都・道 京都市上京区下立売通新町西入敷ノ内町	
	電話番号 075-414-****	FAX番号	075-414-****

法人等一括で申請する場合は空欄とし、添付書類1を作成してください。

原則として、上記事業所番号の事業所で実施されている全てのサービスを記入してください。  
法人等一括で申請する場合は、事業所等の名称及び提供するサービスを「別紙一覧表による」とし、添付書類1に助成金の対象とする事業所の情報を記載してください。

助成金の対象とするサービス提供期間を2ヶ月の範囲で記入してください。  
年度当初から申請の場合は、「24年2月～24年3月」とします。

左記の助成金対象期間における報酬見込額から算定した助成金見込額の総額を記入してください。  
年度当初から申請の場合は、2ヶ月分を記入します。

(1) 賃金改善計画について(本計画に記載された金額については見込みの額であり、申請時以降の運営状況(利用者の状況(職員数等)その他の事由により変動があり得るものである。)

① 平成24年度助成金見込額(総額)	500,000 円		
〔助成金対象期間：平成24年2月～平成24年3月〕			
賃金改善所要見込額(総額)(ア～イ)	520,000 円		
ア 賃金改善に要する見込額(総額)	520,000 円		
イ 他都道府県の事業所等の介護職員の賃金改善の原資として充当する見込額	円		
ウ アのうち他都道府県の事業所等が交付を受けた交付金を原資として改善する見込額	円		
※②については法定福利費等の賃金改善に伴う増加分も含むものとする。 ※②のイ又はウについて該当がある場合は、別紙様式2(添付資料2)を添付すること。			
賃金改善の方法について			
③ 賃金改善を行う給与項目	基本給 <input type="checkbox"/> 資格手当 <input type="checkbox"/> 手当、[ ] 手当、[ ] 手当、賞与(一時金) <input type="checkbox"/> その他( )		
④ 助成金による賃金改善実施期間	平成24年4月～平成24年5月		
※ ④については平成21年度は平成21年10月～平成22年4月まで、平成22～23年度は当該年度の2月～翌年4月まで、平成24年度については平成24年2月～6月までの連続する期間を記入すること。なお、当該期間の月数は交付金の対象月数を越えてはならない。			
賃金改善を行う方法(一人当たりの平均賃金改善月額率についても可能な限り具体的に記載すること。なお、当該改善額は見込みかつ、全体の平均で、法定福利費等の増加額も含み、税引き前であるため、実際の個人々々の手取り額とは必ずしも一致しない。)			
⑤ 常勤職員の基本給を平均月額3,000円改増、非常勤職員の時間給を100円改増 ・介護福祉士有資格者に、資格手当として月額1,000円支給			
(任意記載事項)平成20年10月～平成21年3月までの状況について記載された。			
福祉・介護職員 ⑥ 賃金総額 (月額平均)	2,725,000 円	⑦ 一人当たり福祉・介護職員賃金額(月額平均)	228,000 円

①の助成金見込額(総額)を上回る額としてください。

他府県の事業所と助成金のやりとりがある場合に記入し、添付書類2を作成します。

該当する項目に○を付け、又は[ ]内に記入してください。

改善した給与等を実際に支払う期間を、助成金の対象とする月数の範囲内の月数で記入してください。  
① 助成金対象期間の月数以内の月数とします。  
2ヶ月の場合は、次の中から選択します。  
24年2月～24年3月      24年4月～24年5月  
24年3月～24年4月      24年5月～24年6月  
23年度の処遇改善計画書に記載した改善実施期間と重複がないようにしてください

賃金改善の具体的な内容を記入してください。  
③で記載した改善項目に沿って記入してください。

20年度下半期の福祉・介護職員の賃金の状況を記入してください。概算で構いません。  
⑦は、常勤換算で算出してください。

(2) 賃金改善以外の処遇改善について(別紙様式6を作成している場合、記載を省略できる。)

平成21年4月以降に実施した(又は実施予定の)事項について必ず1つ以上○をつけること。	
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、配属の反映 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 その他( 業務省力化対策 )
その他	( )

全ての区分を通じて、1箇所に○を付け、又は1項目以上記入してください。

※別紙様式6(キャリアパス要件等届出書)を作成している場合、記載を省略できます。(前年度の届出内容に変更がなく別紙様式6の提出を省略する場合も、同様に記載を省略できます。)

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

記載例

福祉・介護職員処遇改善計画書(都道府県内事業所等一覧表)

様式2の「事業者・開設者」欄と一致させてください。

法人名	特定非営利活動法人●●●●
-----	---------------

介護保険事業所番号	事業所の名称	サービス名	交付金見込額	対象期間
2:6:*:*:*:*:*1	●●●寮	施設入所支援	150,000 円	24年2月～ 24年3月
2:6:*:*:*:*:*1	ショートステイ●●●	短期入所	120,000 円	24年2月～ 24年3月
2:6:*:*:*:*:*2	〇〇〇〇ヘルパーステーション	居宅介護	77,000 円	24年2月～ 24年3月
2:6:*:*:*:*:*2	〇〇〇〇ヘルパーステーション	重度訪問介護	70,000 円	24年2月～ 24年3月
2:6:*:*:*:*:*3	グループホーム※※の家	共同生活援助	83,000 円	24年2月～ 24年3月
			円	
			円	
			円	
			円	
			円	
			円	
			円	
			円	
			円	
			円	
			円	
			円	
			円	
			円	
			円	
			円	
合計			500,000 円	

この申請・処遇改善計画の対象となる事業所全てを記入してください。

一の事業所番号で、複数のサービスが行われている場合は、原則として全てのサービスを記入してください。

事業所又はサービス毎に、右記の対象期間における報酬見込額から算定した助成金見込額の総額を記入してください。  
年度当初から申請の場合は、2ヶ月

助成金の対象とするサービス提供期間を2ヶ月の範囲で記入してください。  
年度当初から申請の場合は、「24年2月～24年3月」とします。  
原則として、全ての事業所で同じ期間とってください。

合計額を記入してください。  
様式2の(1)①助成金見込額(総額)と一致させてください。

平成 24 年 1 月 20 日

京都府知事 様

**特定非営利活動法人●●●●**

**代表理事 京 都 太 郎 印**

計画書の「事業者等情報」の記載と一致させてください。

平成 24 年度福祉・介護人材の処遇改善事業助成金対象事業者承認申請書  
(兼福祉・介護人材の処遇改善事業助成金の支給決定の申請書)

障害福祉サービス事業所等「●●●●サービスセンター」(26\*\*\*\*\*) (居宅介護、重度訪問介護、生活介護)に係る福祉・介護人材の処遇改善事業助成金の対象事業者としての承認(兼福祉・介護人材の処遇改善事業助成金の支給決定)がなされるよう、別添のとおり、福祉・介護職員処遇改善計画書その他必要な書類を添えて申請します。

(添付書類)

- ・福祉・介護職員処遇改善計画書(別紙様式2)
- ・その他必要な書類(就業規則、給与規程、労働保険関係成立届等の納入証明書等)

※ なお、福祉・介護人材の処遇改善事業助成金事務処理要領の趣旨を理解し、以下の留意事項について、同意することを念のため申し添えます。

(留意事項)

- ・本助成金は、毎月、障害福祉サービス等の報酬請求をもって、障害福祉サービス等の報酬等の総額確定した段階で交付されるが、事業年度終了後、あらかじめ定められた賃金改善実施期間内に実際に賃金改善を行った額と助成額を比較し、助成額が上回った場合には、その余剰金を返還することとなる。
- ・助成金の算定根拠となる毎月の障害福祉サービス等の報酬等の総額は、助成金対象事業者が国民健康保険団体連合会へ送付した請求情報に基づくものである。
- ・京都府が国民健康保険団体連合会等へ助成金の支払いを委託している場合には、委託先から助成金が支払われるものである。

計画書の内容等で確認させていただく場合の窓口となる方の連絡先を記入してください。

担当者	所属・氏名	人事部 京都 次郎
	連絡先電話	075-414-####

キャリアパス要件等届出書（平成24年度分）※平成22年度または23年度に提出済で、内容に変更がない場合は提出不要

事業所等情報

障害福祉サービス等事業所番号 26\*\*\*\*\*

事業者・開設者	フリガナ トクイはゆかたのびん	フリガナ 特定非営利活動法人	提供するサービス	居宅介護、重度訪問介護生活介護
事業所等の名称	フリガナ サビスタ	フリガナ サービスセンター		

法人等一括申請の場合は空欄とし、様式2(添付書類1)を作成してください。

記載例 (要件Iに該当する場合) ※24年度承認申請版

(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。)	該当・非該当 ※就業規則等の該当箇所を具体的に記載(就業規則第24条、30条)
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。	該当・非該当
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

原則として、上記事業所番号の事業所で実施されている全てのサービスを記入してください。法人等一括で申請の場合は、事業所等の名称及び提供するサービスを「別紙一覧表による」とし、添付書類1に助成金の対象とする事業所の情報を記載してください。

(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 ⑥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いずれかに○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

就業規則・給与規定・法人全体の取扱要領等で①及び②について規定されている箇所を、具体的に記載してください。また、承認申請の添付書類に該当根拠規定が含まれない場合は、本届出書に添付してください。

Iに該当する場合、記載不要です。

(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内滑化 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(作業服の支給)
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)	備品購入費
平成20年10月から現在までに要した費用の額	100,000 円

全ての区分を通じて、1箇所以上に○を付け、又は1項目以上記入してください。

①で記入した項目に要した費用の名称及び概算額を記載してください。

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いたすうえで、提出していることを証明いたします。

平成24年1月20日 (法人名) 特定非営利活動法人 (代表者 職・氏名) 代表理事 京都 次郎 印

承認申請書と同じ日付を記載してください。

担当	所属名 人事部	氏名 京都 次郎	電話 075-414-####
----	---------	----------	-----------------

事業所等情報

障害福祉サービス等事業所番号 2 6 \* \* \* \* \*

事業者・開設者	フリガナ トクニイリカクノカクゴソ	フリガナ 特定非営利活動法人
事業所等の名称	フリガナ サビドセンタ	提供するサービス 居宅介護、重度訪問介護生活介護

法人等一括申請の場合は空欄とし、様式2(添付書類1)を作成してください。

記載例 (要件IIに該当する場合) ※24年度承認申請版

(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。)		該当・非該当
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文書で整備し、すべての福祉・介護職員に周知している。	※就業規則等の該当箇所を具体的に記載 ( )
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

原則として、上記事業所番号の事業所で実施されている全てのサービスを記入してください。法人等一括で申請の場合は、事業所等の名称及び提供するサービスを「別紙一覧表による」とし、添付書類1に助成金の対象とする事業所の情報を記載してください。

(要件IIについて) 上記④から⑥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	少人数の事業所でありポストが限られていることから、キャリアパスの概念を賃金体系に当てはめることが困難である。
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	利用者のニーズに応じた良質なサービスを提供するために、介護職員の介護技術とコミュニケーション能力の向上に努める。
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。)	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いずれかに○を記載すること ( ) 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 ( )

要件Iを満たすことができない具体的な理由を記載してください。(例) 法人の運営理念になじまない 現在人事給与体系の整備中である 等

福祉・介護職員と意見交換して定めた、資質向上のための目標を記載してください。(例) ・利用者のニーズに応じた良質なサービスを提供するために、介護職員の技術・能力(例:介護技術、コミュニケーション能力、協調性、問題解決能力、マネジメント能力等)の向上に努める ・事業所全体での資格等(例:介護福祉士、介護職員基礎研修等)の取得率向上 等

(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(作業服の支給)
その他	( )

Aを選択した場合は、資質向上のための計画を添付してください。(様式は任意) ただし、居宅介護の特定事業所加算を算定している場合は、計画の添付を省略できます(該当する項目に○を付けてください)。

Iを選択した場合は、支援の具体的内容を記載してください。

(例) 研修受講のための勤務シフトの調整、休暇の付与、費用(交通費、受講料等)の援助 等

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)	物品購入費
平成20年10月から現在までに要した費用の額	100,000 円

全ての区分を通じて、1箇所に○を付け、又は1項目以上記入してください。

①で記入した項目に要した費用の名称及び概算額を記載してください。

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24年1月20日 (法人名) 株式会社●●●●介護サービス

(代表者 職・氏名) 代表取締役 京都 次郎

承認申請書と同じ日付を記載してください。

担当	所属名 人事部	氏名 京都 次郎	電話 075-414-####
----	---------	----------	-----------------