

介護職員処遇改善計画書(平成23年度申請用)

記載例

介護保険事業所番号 2 6 * * * * * * * *

事業所等情報

事業者・開設者	フリガナ 名称	カゴサービス株式会社	
主たる事務所の所在地	〒6**1234 京都府 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	(介護予防)訪問介護 (介護予防)通所介護
	カゴサービス京都ケアセンター		
事業所の所在地	〒6**1234 京都府 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に交付金の対象とする事業所の情報を記載してください。

交付金の対象とするサービス提供期間を12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、「23年2月~24年1月」とします。

左記の交付金対象期間における介護報酬見込額から算定した交付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、12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23年度交付金見込額(総額) [交付金対象期間 平成23年 2月 ~ 平成24年 1月]	2,800,000 円
	賃金改善所要見込額(総額)(ア+イ+ウ)	3,000,000 円
ア	賃金改善に要する見込額(総額)	3,000,000 円
②	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 [資格] 手当、[] 手当、[] 手当 賞与(一時金) その他()
④	交付金による賃金改善実施期間	平成23年 4月 ~ 平成24年 3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。		
⑤	賃金改善を行う方法(一人当たりの平均賃金改善月額等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、税引前であるため、実際の個人の手取り額とは必ずしも一致しない。)	・常勤職員の基本給を平均月額3,000円改善、非常勤職員の時間給を100円改善 ・一時金として、6月及び12月に30,000~60,000円、3月に10,000~30,000円支給。支給額は、勤務実績等により変動 ・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い。		
⑥	介護職員賃金総額 (月額平均)	2,725,000 円
⑦	一人当たり介護職員 賃金額(月額平均)	228,000 円

①の交付金見込額(総額)を上回る額としてください。

他府県の事業所と交付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、交付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の交付金対象期間の月数以内の月数とします。12ヶ月の場合は、次の中から選択します。
23年2月~24年1月 23年4月~24年3月
23年3月~24年2月 23年5月~24年4月
22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に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つ以上に○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	

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たうえで、提出していることを証明いたします。

記載例

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	社会福祉法人京都●●福祉会
-----	---------------

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	特別養護老人ホーム●●園	介護老人福祉施設 (介護予防)短期 入所生活介護	4,000,000 円	23年2月～ 24年1月
2.6***1	特別養護老人ホーム●●園	(介護予防)訪問 介護	2,000,000 円	23年2月～ 24年1月
2.6***2	〇〇〇〇ヘルパーステーション	(介護予防)通所 介護	2,000,000 円	23年2月～ 24年1月
2.6***3	▽▽▽デイサービスセンター	認知症対応型共同 生活介護	1,000,000 円	23年2月～ 24年1月
2.6***4	グループホーム※※の家		1,000,000 円	23年2月～ 24年1月
			円	年 月 月～
			円	年 月 月～
			円	年 月 月～
			円	年 月 月～
			円	年 月 月～
			円	年 月 月～
			円	年 月 月～
			円	年 月 月～
			円	年 月 月～
			円	年 月 月～
			円	年 月 月～
			円	年 月 月～
			円	年 月 月～
			円	年 月 月～
			円	年 月 月～
			円	年 月 月～
			円	年 月 月～
			円	年 月 月～
			円	年 月 月～
合計			10,000,000 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。

事業所又はサービス毎に、右記の対象期間における介護報酬見込額から算定した交付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、12ヶ月

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。

交付金の対象とするサービス提供期間を12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、「23年2月～24年1月」とします。
原則として、全ての事業所で同じ期間としてください。

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

平成 23 年 1 月 20 日

京都府知事

様

株式会社●●●●介護サービス

代表取締役 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 23 年度介護職員処遇改善交付金対象事業者承認申請書
(兼介護職員処遇改善交付金の支給決定の申請書)

介護サービス事業所「●●●●介護サービス京都ケアセンター」(26*****) ((介護予防) 訪問介護・(介護予防) 通所介護) に係る介護職員処遇改善交付金の対象事業者としての承認 (兼介護職員処遇改善交付金の支給決定) がなされるよう、別添のとおり、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)

- ・ 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、介護職員処遇改善交付金事業実施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)

- ・ 本交付金は、毎月、介護報酬請求をもって、介護報酬総額が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交付額を比較し、交付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。
- ・ 交付金の算定根拠となる毎月の介護報酬総額は、交付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交付金の支払いを委託している場合には、委託先から交付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-####

記載例
(要件 I に該当する場合)
※23 年度承認申請版

事業所等情報

介護保険事業所番号 2:6:****

事業者・開設者	フリガナ 名称	カゴサービス株式会社	提供するサービス	(介護予防) 訪問介護 (介護予防) 通所介護
事業所等の名称	フリガナ 名称	カゴサービス出張センター カゴサービス京都ケアセンター		

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。

(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文書で整備し、すべての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 (就業規則第 24 条、30 条)

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 に交付金の対象とする事業所の情報を記載してください。

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。

(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	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、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 / 情報公表) 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 月介護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	()	

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。

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

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 23 年 1 月 20 日 (法人名) 株式会社カゴサービス
(代表者 職・氏名) 代表取締役 京都 太郎

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-####
----	---------	----------	-----------------

記載例
(要件 II に該当する場合)
※23 年度承認申請版

事業所等情報

介護保険事業所番号 2 6 * * * * * * * *

事業者・開設者	フリガナ 加ガシカイサ 名称 株式会社●●●●介護サービス	提供するサービス	(介護予防) 訪問介護 (介護予防) 通所介護
事業所等の名称	フリガナ ●●●●●●加ガシカイサ 名称 ●●●●●●介護サービス京都ケアセンター		

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。

(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文面で整備し、すべての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。

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 に交付金の対象とする事業所の情報を記載してください。

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

(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	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。) 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、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 / 情報公表) 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

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、訪問介護員研修等) の取得率向上 等

(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。

アを選択した場合は、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、訪問介護の特定事業所加算を算定している場合や、情報公表で従業者等の計画的な教育、研修等の実施状況が確認できる場合は、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)。

(2) 平成 21 年 4 月介護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	()
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

イを選択した場合は、支援の具体的な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

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 23 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 太郎

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-####
----	---------	----------	-----------------