

キャリアパス要件等届出書 (平成22年度分)

記載例
(要件Iに該当する場合)

事業所等情報

介護保険事業所番号 26*****

事業者・開設者	フリガナ 名称	カゴサビィト●●●●●カゴサービス 株式会社●●●●●介護サービス
事業所等の名称	フリガナ 名称	●●●●●カゴサービスサポートセンター ●●●●●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、「添付書類1」を作成し、「事業所名」欄・「事業所番号」欄・提供するサービス欄は空欄としてください。

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。

(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)
該当・非該当

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、承認申請の際に該当根拠規定を提出していない場合は、本届出書に添付してください。

(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	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

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22年9月*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 印

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

キャリアパス要件等届出書 (平成22年度分)

記載例 (要件IIに該当する場合)

事業所等情報 table with columns for business name, address, and services provided.

法人等一括申請の場合は、「添付書類1」を作成し、「事業所名」欄・「事業所番号」欄・提供するサービス欄は空欄としてください。

(1) キャリアパスに関する要件について

Table for career path requirements (I and II) with checkboxes for '該当' (Applicable) or '非該当' (Not Applicable).

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。

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

Table for additional requirements (4, 5, 6) regarding staff quality and training plans.

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...の向上に努める

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)。

(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

Table for quantitative requirements regarding staff treatment and expenses, including a table for expense calculation.

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22年9月*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 印

Table with fields for position (担当), department (所属名), name (氏名), and phone number (電話).

記載例

介護職員処遇改善交付金対象事業所一覧表(キャリアパス要件等届出)

様式6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	備考
2: 6* * * * *	1 特別養護老人ホーム●●園	介護老人福祉施設	I
2: 6* * * * *	1 特別養護老人ホーム●●園	(介護予防) 短期入所生活介護	I
2: 6* * * * *	2 ○○○○ヘルパーステーション	(介護予防) 訪問介護	II
2: 6* * * * *	3 ▼▼▼デイサービスセンター	(介護予防) 通所介護	I
2: 6* * * * *	4 グループホーム※※の家	認知症対応型共同生活介護	I
<p>※キャリアパス要件の適合状況が事業所ごとに異なる場合にのみ、各事業所の適合状況(IまたはII)を記入してください。</p>			

交付金対象事業所として承認されてい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。
行を変えて記入しても構いません。

※キャリアパス要件の適合状況が事業所ごとに異なる場合にのみ、各事業所の適合状況(IまたはII)を記入してください。

※キャリアパス要件の適合状況が事業所ごとに異なる場合は、備考欄に各事業所の適合状況(IまたはII)を記載してください。

参考様式
様式6 (添付書類2)

※訪問介護の特定事業所加算を算定している場合及び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省略可

記載例

研修計画

去人名又は事業所名 株式会社●●●●介護サービス

研修テーマ	対象者	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
ヒヤリハット事例への対応	全職員	○						○					
基本的な接遇・マナーの理解	初任職員	実施予定時期にチェックを入れてください。											
認知症の方への理解	中堅職員												
介護保険でできること、できないこと	全職員		○										
基本的な防火対策の理解	全職員												○
感染症への理解	全職員									○			
法令遵守の理解	リーダー職員						○						○
サービス計画の策定	リーダー職員							○					

事業所の運営方針、事業所が求める介護職員像及び介護職員のキャリア志向に応じて設定してください。

その他の計画

- 採用1～2年目の介護職員に対し、3年以上の経験者を担当者として定め、日常業務の中での技術指導・業務に対する相談を実施する。
- 月1回のケアカンファレンス、ケース検討の実施。(希望者)
- 他事業者との交流の実施。(年3回)
- 都道府県が実施する研修会への参加。(希望者)

随時行っている会議や、希望者が参加する研修等について記載してください。