

・処遇改善の対象となる事業所の名称等を記載
 ・複数事業所の計画を一括で提出する場合は(A)-(D)欄への記載は不要
 添付書類 1 の各欄に記載

介護職員処遇改善計画書(平成24年度申請用)

事業所等情報

介護保険事業所番号(A) 0 2 7 0 1 0 0 0 0

事業者・開設者	フリガナ カブシキガイシャ〇〇〇	名称 株式会社〇〇〇
主たる事務所の所在地	〒030-0000 青森 都・道 府・県 青森市〇〇町1-2-3	
	電話番号 017-000-0000	FAX番号 017-000-0000
事業所等の名称(B)	フリガナ 〇〇〇ヘルパーステーション	提供するサービス(C) (介護予防)訪問介護
	名称 〇〇〇ヘルパーステーション	
事業所の所在地(D)	〒030-0000 青森 都・道 府・県 青森市〇〇町4-5-6	
	電話番号 017-000-△△△△	FAX番号 017-000-△△△△

※事業所等情報については、複数の事業所ごと一括して提出する場合は「別紙一覧表による」と記載すること。

(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)、人員配置状況(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年度交付金見込額(総額)	500,000 円
②	賃金改善所要見込額(総額)(ア+イ+ウ)	550,000 円
	ア 賃金改善に要する見込額(総額)	550,000 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。

該当するものに○をつけてください。

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、[] 手当、 <u>処遇改善</u> 手当、[] 手当、 <u>賞与(一時金)</u> その他()
④	交付金による賃金改善実施期間	平成 24 年 2 (3) (4) (5) 月 ~ 平成 24 年 3 (4) (5) (6) 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、税引き前であるため、実際の個人の手取り額とは必ずしも一致しない。) <u>〇処遇改善手当として介護職員1人平均月額1万円を支給する。</u> <u>〇一時金として平成24年2(3)(4)(5)(6)月に介護職員1人平均1万5千円(正職員2万円、パート1万円)を支給する。</u>
---	--

賃金改善の方法をできるだけ具体的に記載してください。

当該期間の介護職員を常勤換算し、算出してください。

(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)	3,000,000 円	⑦	一人当たり介護職員賃金額(月額平均)	180,000 円
---	----------------	-------------	---	--------------------	-----------

(2) 賃金改善以外の処遇改善について

各種手当、賞与を含む賃金総額の月額平均を記載してください。

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 <u>昇給又は昇格等の要件の明確化</u> ・ 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	()

この欄全体でどれか1つに○をつけてください。

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 24 年 2 (1) 月 〇〇 日 (法人名) 株式会社〇〇〇
 (代表者名) 代表取締役 〇〇 〇〇〇



