

福祉・介護職員処遇改善計画書記載例

計画記載例

別紙様式 2

福祉・介護職員処遇改善計画書(平成23年度申請用)

事業所等情報 障害福祉サービス等事業所番号 44XXXXXX

事業者・開設者	フリガナ 名称	シキキョウカフクシヤ 社会福祉法人●△福祉会			
主たる事務所の所在地	〒	870-8501	大分	都・道	府・市
	電話番号	097-XXXX-1111	FAX番号	097-XXXX-1740	
事業所等の名称	フリガナ 名称	シキキョウカフクシヤサービス □△福祉サービス	提供するサービス	生活介護 自立訓練(生活訓練)	
事業所の所在地	〒	870-8501	大分	都・道	府・市
	電話番号	097-XXXX-1111	FAX番号	097-XXXX-1740	

※事業所等情報については、複数の事業所ごとに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23年度助成金見込額(総額)	〇,〇〇〇,〇〇〇 円
②	賃金改善所要見込額(総額)(ア+イ+ウ)	△,△△△,△△△ 円
	ア 賃金改善に要する見込額(総額)	△,△△△,△△△ 円
	イ 他都道府県の事業所等の福祉・介護職員の賃金改善の原資として充当する見込額	0 円
	ウ アのうち他都道府県の事業所等が交付を受けた助成金を原資として改善する見込額	0 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は該当がある場合は、別紙様式2(添付書類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、[]手当、[]手当、[]手当、(賞与(一時金)その他)
④	助成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、当該期間の月数は助成金の対象月数を満たす必要はない。

賃金改善を行う方法

平成20年度下半期(平成20年10月から平成21年3月)の二月あたりの給与支払い総額は、〇〇〇〇〇〇〇〇円である。
今回の助成金見込額△△△△△△円を賞与(一時金)として福祉・介護職員に支払う。これにより、一人あたり、
□□□□□□の賃金改善となる。
(就業規則〇〇ページ参照)

(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	福祉・介護職員賃金総額 (月額平均) ※※※※※※※※円 (△△△△△△△△円)	⑦ 一人当たり福祉・介護 職員賃金額(月額平均) 〇〇〇〇〇〇〇〇円 (□□□□□□□□円)

(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) ところの健康等の健康管理面の強化 ・ 職員休息室、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	()

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らうえて、提出していることを証明いたします。

平成 年 月 日 (法人名) 社会福祉法人 ●△福祉会
(代表者名) ○△ 太郎 印

必ず記載してください。
※複数事業所単位及び補助金施設等は記載の必要はありません。

複数事業所を法人単位で提出する際は、事業所等の名称の欄に「別紙一覧のとおり」と記載し、添付書類1をつけてください。

①助成金見込み額
報酬総額×交付率

②賃金改善所要見込み額
介護保険の助成金による賃金改善額は除いて記載してください。

①<②となることが必要です。

国からのQ&A(問9)の図を参照いただき、法人に適した形で賃金改善実施期間を定めてください。
一度定めた賃金改善実施期間は変更できず、翌年度以降についても引き継がれますのでご注意ください。

以下の点を踏まえ、具体的に記入をお願いします。

- ・処遇改善の根拠が規定されたもの内容(就業規則等)
- ・平成20年度下半期の1人あたりの福祉・介護職員賃金額(月額)
- ・支払の方法・時期
- ・助成金見込み額
- ・一人あたりの賃金改善額(月額)

必ず1つ以上○をつけてください。

記入もれ・押印もれのないようお願いします。