

「介護職員処遇改善加算」取得に向けて！ 専門家による無料個別支援

雇用管理アドバイザーが事業所を訪問して相談をお受けします。

神奈川県で申請を行った約7割の事業所が加算(Ⅰ)を取得しています。
今からでも加算取得や上位加算への移行は遅くありません！
介護職員が集まり、安心して長く働けることができる「魅力ある職場づくり」
を始めませんか！
雇用管理アドバイザー（社会保険労務士）が制度概要から加算取得に必要な準備・申請まで、
事業所の状況に合わせてご説明しますので、お気軽にご相談下さい！

★例えばこんなご相談

処遇改善加算取得に
必要な人事処遇制度

就業規則・賃金規程の
変更方法

無理のない定期
昇給の仕組み作り

介護職員への支給の
方法は？

事業所の実態にあった
キャリアパスとは？

職員を適切に評価する
基準や仕組み

処遇改善加算
申請書の作成方法

処遇改善加算取得に
併せた助成金の活用

次の①から③をすべて満たす事業所が対象です。

支援対象 事業所

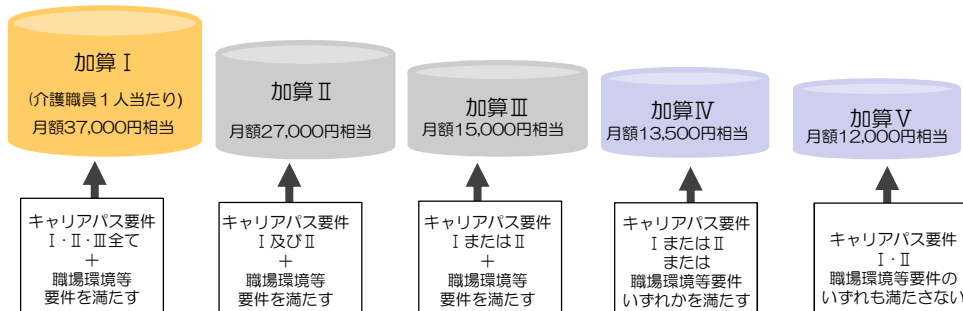
- ① 神奈川県内（横浜市、川崎市及び相模原市を除く）の事業所
 - ② 対象サービスは、居宅系サービス、施設系サービス及び地域密着型サービス（詳細は裏面）
 - ③ 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）（Ⅲ）（Ⅳ）（Ⅴ）及び加算の届出をしていない事業所
- ※ 加算区分（Ⅰ）を既に届け出ている事業所は対象外となります。

「介護職員処遇改善加算」の概要

介護職員処遇改善加算とは、全5区分からなる区分ごとに設定された要件を満たした介護事業所で働く介護職員の方の賃金改善を行うための加算です。

「加算Ⅰ」を取得すれば介護職員1人当たり月額3万7千円相当の加算となります。

- ◆加算を取得した事業所においては、加算相当額の賃金改定を行うことが必要となります。
- ◆加算Ⅳ及びⅤは、一定の経過措置期間の後、廃止される予定です。



※雇用管理アドバイザーとは、
介護労働安定センターから派遣され
介護職員処遇改善加算の取得支援を
行う社会保険労務士です。

●相談をご希望の方は「無料相談申込書」に必要事項を記入の上、FAXまたは郵便にてご送付下さい。

【お問い合わせ先】



公益財団法人 介護労働安定センター 神奈川支所

〒231-0007 横浜市中区弁天通6-79 港和ビル8F
E-mail : kanagawa@kaigo-center.or.jp

Tel: 045-212-0015

Fax: 045-212-0016

http://www.kaigo-center.or.jp

平成30年度 神奈川県委託事業
「介護職員処遇改善加算取得促進支援事業」
(受託: 公益財団法人 介護労働安定センター)

無 料 相 談 申 込 書

申込日: 平成 年 月 日

法人名					
事業所名					
加算届出区分	<input type="checkbox"/> 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> 加算Ⅳ <input type="checkbox"/> 加算Ⅴ <input type="checkbox"/> 加算未届出 ※処遇改善加算の届出状況で該当するものを○で囲んで下さい。				
所在地	〒 - TEL: - - FAX: - -				
氏 名			役 職		
サービスの種類	該当するサービスに○をしてください。 ● 居宅系サービス 訪問介護 (介護予防) 訪問入浴介護 通所介護 (介護予防) 通所リハビリテーション ● 施設系サービス 介護老人福祉施設 (介護予防) 短期入所生活介護 介護老人保健施設 介護医療院 (介護予防) 短期入所療養介護 介護療養型医療施設 (介護予防) 特定施設入居者生活介護 ● 地域密着型サービス 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 夜間対応型訪問介護 地域密着型通所介護 (介護予防) 認知症対応型通所介護 小規模多機能型居宅介護 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 地域密着型特定施設入居者生活介護 看護小規模多機能型居宅介護 (介護予防) 認知症対応型共同生活介護				
処遇改善加算を届出していないまたは上位加算を届出するに当たり困っていることをお教え下さい。	■ 該当するものに○をご記入下さい。(複数選択可) ① 処遇改善加算に必要な人事・処遇制度について () ② 無理のない定期昇給の仕組みを作るにはどうすればよいか () ③ 職員への支給方法をどのようにすべきか () ④ 就業規則・賃金規程の変更方法について () ⑤ キャリアパスの構築や研修計画の立て方について () ⑥ 処遇改善加算の申請書の作成方法について () ⑦ 処遇改善加算の取得で活用できる助成金の申請方法について () ⑧ その他 (相談内容の概略をご記入下さい。) () ()				
希望相談日程	第1希望	月	日	(: ~ :)	
	第2希望	月	日	(: ~ :)	
	第3希望	月	日	(: ~ :)	

※「無料相談申込票」に記載された内容については、当センターの個人情報管理規程に従い厳重に管理し、相談、当センター職員による日程調整、内容確認、各種講習会のご案内及び事業活動に関する情報提供のみに使用し、上記以外の目的で使用いたしません。