

別紙様式2

法人名を記入してください。

介護職員処遇改善計画書(平成25年度届出用)

介護保険事業所番号

2

7

事業者・開設者

フリガナ

カブシキガイシャクロス

株式会社アクロス

法人所在地・法人の電話・FAX番号  
を記入してください。

事業所番号を記入してください。

主たる事務所の  
所在地

〒 564-0053  
大阪府

吹田市江の木町17-1コンパノビル8F

電話番号

06-6339-8400

FAX番号

06-6339-5678

事業所等の名称

フリガナ

キラク ○○

名称

樹楽 ○○

提供する  
サービス

通所介護・介護予防通所  
介護

事業所の所在地

〒 564-0053  
大阪府

吹田市江の木町17-1コンパノビル8F

電話番号

06-6339-8400

FAX番号

06-6339-5678

事業所名・提供するサービス  
施設住所・施設電話・FAX番号を  
記入してください。

※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、届出時以降の運営状況  
(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25年度介護職員処遇改善加算の見込額(総額)	16,000 円
② 賃金改善所要見込額(総額)	16,010 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。  
※他の都道府県等に所在する複数の事業所等を一括して作成し、提出する場合は添付書類2及び添付書類3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 賃金改善実施期間	平成 25 年 4 月 ~ 平成 26 年 3 月
------------	---------------------------

※④については原則各年4月~翌年3月までの連続する期間を記入すること。なお、当該期間の月数は加算の対象月数を超えてはならない。

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 平均であり、法定福利費等の増加額も含み、税引き前であるため、実際の個々人の手取り額とは必ずしも一致しない。)	
介護職員として勤務する者の介護保険サービス対象時間での勤務時間数に応じて3月末日時点で 介護職員に対して賞与として支給する。	

(任意記載事項) 賃金改善前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)	371,200 円	⑦ 一人当たり介護職員 賃金額(月額平均)	74,240 円
----------------------	-----------	--------------------------	----------

(2) 賃金改善以外の処遇改善について(別紙様式3を作成している場合、記載を省略できる。)

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、分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	

①月間の売上げ×1.9%×12ヶ月=処遇改善  
の見込額となります。  
尚1.9%とは処遇改善Ⅰの場合となります。

②賃金改善所要見込額は、処遇改善の見  
込み額よりも1円以上多く記入してください。

③処遇改善の支払い方法を記入してくだ  
さい。  
賞与でもかまいません。  
手当てにする場合は、手当での名称を記入  
してください。

⑤支払方法について  
・介護職員にいつ支払うのか。  
・どういう基準で支払うのか。  
勤務時間数や職員の能力等、  
各事業所で、支払う基準を定めなければなら  
ないです。

⑥介護職員の賃金総額を記入してください。  
⑦介護職員の一人当たりの賃金額を記入し  
てください。  
(サンプルの様に任意項目である場合はも  
ちろん記載の必要はありません。)

開所後、今までに実施した項目に○をつけ  
てください。(複数選択可能)

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 年 月 日 (法人名) 株式会社アクロス

(代表者名) 代表取締役 原田 健市 印

キャリアパスの要件について介護職員に対  
して周知し終えた日にちを記入してください。

法人名・役職・代表者名を記入してください。