



沖縄県委託事業

令和4年度介護職員処遇改善加算等の取得促進支援事業

介護職員処遇改善加算等 ステップアップ相談

— 特定処遇改善加算の相談も対象です —



介護職員が働きやすい
環境づくりのために。

派遣費
無料!!

先着順
35
件

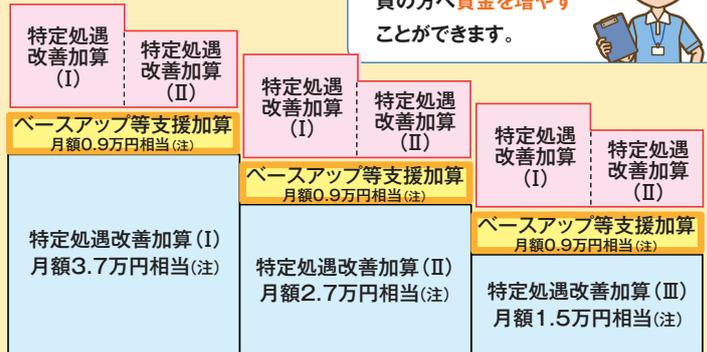
処遇改善加算のⅠⅡⅢ及び特定処遇改善加算を取得しましょう!
処遇改善加算「未取得」の事業所や、特定処遇改善加算「未取得」の事業所へ
専門家派遣による無料相談を行います。(1事業所2回まで、1回あたり1.5時間程度)

処遇改善加算を取得していない場合

加算の取得によって、
これまでよりも介護職
員の方へ資金を増やす
ことができます。



全体のイメージ



注：事業所の総報酬に加算率（サービス毎の介護職員数を踏まえて設定）を乗じた額を交付。

①介護職員処遇改善加算

- 対象:介護職員のみ
- 算定要件:以下のとおりキャリアパス要件及び職場環境等要件を満たすこと

加算 (I)	加算 (II)	加算 (III)
キャリアパス要件のうち、①+②+③を満たすかつ職場環境等要件を満たす	キャリアパス要件のうち、①+②を満たすかつ職場環境等要件を満たす	キャリアパス要件のうち、① or ②を満たすかつ職場環境等要件を満たす

〈キャリアパス要件〉

- ①職位・職責・職務内容等に応じた任用要件と賃金体系を整備すること
 - ②資質向上のための計画を策定して研修の実施又は研修の機会を確保すること
 - ③経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期昇給を判定する仕組みを設けること
- ※就業規則等の明確な書面での整備・全ての介護職員への周知を含む。
〈職場環境等要件〉
賃金改善を除く、職場環境等の改善

②介護職員等特定処遇改善加算

- 対象:事業所が、①経験・技能のある介護職員、②その他の介護職員、③その他の職種に配分
- 算定要件:以下の要件をすべて満たすこと。
- ※介護福祉士の配置割合等に応じて、加算率を二段階に設定。
- 処遇改善加算 (I)～(III) のいずれかを取得していること
- 処遇改善加算の職場環境等要件に関し、複数の取組を行っていること
- 処遇改善加算に基づく取組について、ホームページ掲載等を通じた見える化を行っていること

③介護職員等ベースアップ等支援加算

- 対象:介護職員。ただし、事業所の判断により、他の職員の処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認める。
- 算定要件:以下の要件をすべて満たすこと。
- 処遇改善加算 (I)～(III) のいずれかを取得していること
- 賃上げ効果の継続に資するよう、加算額の2/3は介護職員等のベースアップ等(※)に使用することを要件とする。
- ※「基本給」又は「決まって毎月支払われる手当」の引上げ

お問い合わせ先



<http://www.kaigo-center.or.jp/shibu/okinawa/index.html>

公益財団法人 介護労働安定センター沖縄支部

〒900-0016 沖縄県那覇市前島3丁目25-5 とまりんアネックスビル1階

電話:098-869-5617 FAX:098-869-5618

※裏面の申込書に必要事項を記入して、ファックスしてください。



<http://www.kaigo-center.or.jp/index.html>
ホームページ

沖縄県委託事業／令和4年度 介護職員処遇改善加算等の取得促進支援事業

★申込対象は、沖縄県内に所在する介護職員処遇改善加算の算定対象サービスの指定を受けており、処遇改善加算「未取得」の事業所や、特定処遇改善加算「未取得」の事業所です。

先着順35件

※専門家の派遣に際して「新型コロナウイルス感染症対策チェックリスト」(指定フォーマットあり)の提出をお願いします。

無料 専門家派遣 介護職員処遇改善加算等ステップアップ相談

ご記入欄			
法人名			
事業所名			
住所	(〒 -)		
電話		FAX	

相談者氏名	ふりがな	役職名または職種

該当する箇所に○をつけてください

加算取得状況 (介護職員処遇改善加算)	I	II	III	未取得	
目指すところ	特定加算I	特定加算II	I	II	III

具体的な相談内容(該当する番号に○・複数可)

<ul style="list-style-type: none"> ①介護職員等特定処遇改善加算の申請について ②キャリアパスの作成 (職位・職責、職務等に応じた経験の積み重ね方、能力を高めていく順序などの設定方法等にかかる相談) ③キャリアパス要件Iを満たす方法 ④就業規則の改定、賃金規程の整備上の留意点 ⑤処遇改善加算の根拠となる書類・記録について ⑥その他(具体的な内容をご記入ください)

相談希望日(1事業所2回まで、1回あたり1.5時間程度)

第1希望	令和	年	月	日()	時	分～	時	分
第2希望	令和	年	月	日()	時	分～	時	分

●相談希望場所(ご希望場所に☑してください。)

貴事業所・施設 介護労働安定センター支部内 その他()

※上記申込書にご記入いただきました氏名等の個人情報は個人情報管理規定に従い厳重に管理し、本委託事業に関するこののみに使用し、第三者への提供は一切いたしません。

お申し込み・
お問い合わせ先



公益財団法人 介護労働安定センター沖縄支部

電話:098-869-5617 FAX:098-869-5618

担当:山下、米須