（公印省略）

高第１５３８号

令和３年８月５日

　関　係　各　位

兵庫県健康福祉部少子高齢局高齢政策課長

令和３年度介護福祉士試験の実務者研修等に係る

代替職員の確保事業の三次募集実施について

　時下、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

　さて、介護事業所に勤務する職員が、介護福祉士試験の受験資格要件となる実務者研修等に参加しやすくなるよう、代替職員の確保に係る経費を補助する見出しの事業を別添のとおり実施しておりますが、三次募集について通知します。

　利用の拡大を図るため、令和３年度より対象の研修をこれまでの実務者研修、介護職員初任者研修に加え、喀痰吸引等研修及び認知症ケアに携わる介護従事者の研修も含めることとしております。

つきましては、本事業の実施を希望する事業者におかれましては、下記のとおり必要書類の提出をお願いいたします。

記

１　提出書類

　 代替職員配置希望調書兼現任職員研修計画書（別紙）

２　提出期日

終了しました

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 募集区分 | 代替職員の新規雇用開始日 | 提出期日 |
| ~~一次募集~~ | ~~令和3年4月１日(木)以降~~ | ~~令和3年3月31日(水)~~ |
| ~~二次募集~~ | ~~令和3年8月2日(月)以降~~ | ~~令和3年7月28日(水)~~ |
| 三次募集 | 令和3年10月１日(金)以降 | 令和3年9月28日(火) |

※１ 予算を上回る応募があった場合は、事業効果、経済性等を勘案し選定を行う。

※２ 三次募集については、二次募集までで補助対象となった事業者は対象外。

３　対象となる研修の拡充について（下線部が令和３年度から対象）

　　・実務者研修

・介護職員初任者研修

・喀痰吸引等研修

・認知症ケアに携わる介護従事者の研修

４　提出・問い合わせ先

〒650－8567（※この番号を使用すると住所の記載は不要です。）

神戸市中央区下山手通5－10－1

兵庫県健康福祉部少子高齢局高齢政策課　介護人材対策班（担当：竹内）

TEL　078－341－7711（内線2944）　FAX　078－362－9470

e-mail　Shuusaku\_Takeuchi@pref.hyogo.lg.jp

５　参考

介護職場での人材確保や職員のキャリアアップにかかる県の取組についてはホームページをご覧ください。随時、更新します。

アドレス 　http://web.pref.hyogo.lg.jp/hw17/hw17\_000000027.html

（ﾄｯﾌﾟﾍﾟｰｼﾞ＞暮らし･環境＞健康･福祉＞その他健康･福祉＞福祉職場における人材確保や職員のキャリアアップを応援します）

**介護福祉士試験の実務者研修等に係る代替職員の確保事業(R３)**

**本補助事業のスキーム**

**１　事業内容**

介護福祉士試験の受験資格要件となる実務者研修等の受講を促進するため、介護事業所の職員が受講する際に必要となる代替職員の確保に係る経費を補助する。

**２　対象者**

兵庫県内で介護サービス施設、事業所を運営する者

**３　対象となる研修**

　実務者研修、介護職員初任者研修、喀痰吸引等

研修、認知症ケアに携わる介護従事者の研修

**４　事業実施の公募**

　　本事業の実施希望者は、県に別紙申込書類を提出する。

**５　代替職員の新規雇用**

　新たに代替職員を有期雇用する。

(1) 勤務条件

　ア　雇用期間　１ヶ月以上6ヶ月以下

イ　勤務時間　常勤労働者の勤務時間の3/８以上

ウ　福利厚生　労災保険、雇用保険、社会保険については、法令に基づき適切に加入すること。

エ　勤務場所　兵庫県内の社会福祉施設、介護サービス事業所、障害福祉サービス事業所

(2) 雇用開始日

　　　R３.4.1以降

**６　現任職員の研修派遣**

代替職員の雇用期間中に開催される実務者研修等に現任職員を派遣した延日数が、代替職員の勤務日数の4分の1以上になることが必要。

この要件を満たさない場合は、天災等不可抗力によると認めた場合を除き、補助金を支払わない。

【例】社会福祉法人が経営する複数施設に勤務する現任職員を複数回、研修に派遣する

ため、代替職員を6ヶ月間（例えば、勤務日数120日）雇用する。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ・職員甲を5日間の研修A、各1日の研修B・C・Dに派遣・職員乙を10日間の研修Eに派遣・職員甲・乙・丙・丁を3日間の研修Fに派遣 | 延8日延10日延12日 | 延30日÷120日＝0.25→要件クリア |

注　補助金の額は、代替職員の雇用期間（当初

雇用していた方が離職した後、新たに代わり

の方を雇用した場合は、それぞれの雇用期間

を通算した期間）に応じて左表の範囲内とし、

代替職員の人件費（基本給、諸手当、社会保

険料等の事業主負担）以外の経費に充当する

ことはできない。

**７　補助額**

|  |  |
| --- | --- |
| 代替職員の雇用期間 | 補助金の額 |
| 6ヶ月 | 1,250,000円 |
| 5ヶ月以上6ヶ月未満 | 1,041,000円 |
| 4ヶ月以上5ヶ月未満 | 833,000円 |
| 3ヶ月以上4ヶ月未満 | 625,000円 |
| 2ヶ月以上3ヶ月未満 | 416,000円 |
| 1ヶ月以上2ヶ月未満 | 208,000円 |

**８　スケジュール(予定)**

|  |  |
| --- | --- |
| 令和３年　９月令和３年10月頃 | 実施事業者三次募集（※予算を上回る応募があった場合は、事業効果、経済性等を勘案し選定を行う。また、二次募集までで補助対象となった事業者は対象外。）補助金申請・交付決定 |

※実績報告の期日：事業完了の日から起算して30日を経過した日または

翌年度4月30日のいずれか早い日

問い合わせ・申込書類等提出先

兵庫県高齢政策課:078-341-7711（内2944）

（別紙）

代替職員配置希望調書兼現任職員研修計画書

１　法人情報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ |  | 定款のとおり正しく記載してください。 |
| 法 人 名 |  |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ |  |  |
| 代 表 者 | (職名) | (氏名) |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ |  |
| 法人住所 |  |

２　代替職員の配置

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 雇用期間 | 　　年　　月　　日～ 　　年　　月　　日 | 勤務予定日数の計 | 日(a) |

３　現任職員の研修計画　※上記２の雇用期間中の研修に限ります。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修名 | 主催者(正式名を記載) | 派遣人数 | 派遣延日数 |
| 実務者研修 |  |  |  |
| 介護職員初任者研修 |  |  |  |
| 喀痰吸引等研修 |  |  |  |
| 認知症ケアに携わる介護従事者の研修 |  |  |  |
| ※　派遣延日数については、例えば同じ１日の研修に３人を派遣した場合は、３日と記載してください | 合計人数・日数 |  | (b) |
| b/a(小数点第３位以下切り捨て) |  |

４　担当者欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ |  | ※補助事務等の連絡先となります。 |
| 担当者名 |  |
| 勤 務 先 | 名　称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| TEL番号 |  | FAX番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |



