

## 介護現場の多様な働き方導入支援事業実施要領

### (目的)

第1条 この事業は、「変形労働時間制を活用した多様な働き方」（以下「多様な働き方」という。）の導入を目指す介護事業所を支援すること目的とする。

### (実施主体)

第2条 この事業は、社会福祉法人長野県社会福祉協議会（以下「県社協」という。）が実施する。

### (支援の対象)

第3条 この事業を利用できるのは、長野県内で老人福祉施設等を運営する法人で、以下の事業所を対象とする。ただし、市町村行政が直営する事業所は対象としない。

- (1) 特別養護老人ホーム（地域密着型含む）
- (2) 養護老人ホーム
- (3) 軽費老人ホーム
- (4) 老人短期入所施設
- (5) 老人デイサービスセンター
- (6) 小規模多機能居宅介護
- (7) 介護老人保健施設
- (8) 介護医療院
- (9) 認知症高齢者グループホーム

2 この事業を利用する法人が複数の事業所を運営する場合、支援対象は1事業所までとする。ただし、第5条第1項第1号に定める調査については、複数の事業所で実施できる。

### (支援の申込)

第4条 この事業の支援を希望する法人は支援申込書（様式第1号）を県社協に提出する。

- 2 県社協は申込内容を審査し、事業の趣旨にあうと判断した場合、支援を決定する。
- 3 この支援事業を利用した法人は、支援終了日から1年間は再度申込することができない。

### (支援内容)

第5条 県社協は、県社協職員または県社協が委嘱するアドバイザーを派遣し、以下の支援を行う。

- (1) 「多様な働き方」導入にあたっての職員意向調査
- (2) 事業所職員に対する説明会
- (3) 既に導入している事業所視察の斡旋
- (4) 介護業務の仕分け等の助言
- (5) 就業規則等への助言
- (6) その他、この支援事業の目的達成に必要な事項

2 この事業を利用する法人は、支援開始決定から1年以内に前項の内容を10回まで利用できるものとし、その間に「多様な働き方」導入を目指す。ただし、「信州

福祉事業所認証・評価制度」の取組宣言をしている、また認証を受けている法人は、さらに2回利用できる。

- 3 この事業は「多様な働き方」の導入または断念、第1項の支援の10回利用、支援開始決定から1年間経過することにより終了する。
- 4 この事業を終了した法人は、「多様な働き方」を導入の成否にかかわらず、実施報告書（様式第2号）を、事業終了から1か月以内に提出する。

#### （アドバイザー等）

- 第6条 県社協は、この事業の目的を達成するため、専門的知識を有するアドバイザーを委嘱する。
- 2 アドバイザーの派遣及び第5条第1項第3号の視察を希望する場合は、その都度アドバイザー派遣〔視察先斡旋〕依頼書（様式第3号）を県社協に提出し、訪問日時等を調整する。
  - 3 アドバイザー派遣等に伴う報酬及び旅費は県社協が負担する。ただし、消耗品や印刷製本等の費用が発生した場合は、支援を受ける法人が負担する。
  - 4 アドバイザーの報酬は、別表により定める。旅費は、長野県社協の「費用弁償及び旅費規程」に基づき支給する。
  - 5 アドバイザーの訪問時間は概ね2時間とし、訪問日程等は県社協、アドバイザー及び支援を希望する法人と協議して決定する。
  - 6 派遣されたアドバイザーは、アドバイザー報告書（様式第4号）により、相談・助言の内容を1か月以内に県社協に報告する。
  - 7 第5条第1項第3号に定める視察をする場合、視察料は長野県社協を經由して視察先に支払う。

#### （秘密保持義務）

第7条 県社協及びアドバイザーは、業務上知り得た秘密を漏らしてはならない。

#### （免責事項及び損害賠償）

第8条 「多様な働き方」導入の最終的な判断は、この事業を利用した法人が自らの責任をもって行うものとし、県社協及びアドバイザーは故意または重大な過失がない限り免責され、かつ損害賠償等は一切負わない。

#### （普及への協力）

第9条 この事業を利用した法人は事業終了後、第5条第1項第3号に定める視察の受入先として協力するものとする。

#### （その他）

第10条 この要領に定めるもののほか必要な事項は、会長が別途定める。

#### 附則

この要領は、令和6年10月1日から適用する。

(様式第1号)

介護現場の多様な働き方導入支援事業 支援申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人長野県社会福祉協議会会長 あて

申込者

法人名

代表者名

介護現場の多様な働き方導入支援事業実施要領の内容を理解し、下記のとおり申込します。

記

「多様な働き方」導入予定の事業所名	
事業所種別 (実施要領第3条第1項)	
事業所所在地	〒
担当者/連絡先	担当者氏名・職名： 電 話： メー ル：
職員数(申請時点) (法人全体/事業所)	法人全体： 人 事 業 所： 人(正規： 人、非正規： 人)
「多様な働き方」導入で 目指す事業所のビジョン ※100字程度で	
導入を目指す 「多様な働き方」の内容	
導入スケジュール (1年以内)	①職員意向調査、職員への説明会 ②先行事業所の視察 ③導入に向けた業務分析・シフト等の検討 ④「多様な働き方」導入の可否、就業規則等改正 ⑤「多様な働き方」試験的導入
社会保険労務士 顧問契約状況	顧問契約している/顧問契約していない

(様式第2号)

介護現場の多様な働き方導入支援事業 実施報告書

令和 年 月 日

社会福祉法人長野県社会福祉協議会会長 あて

報告者

法人名

代表者名

事業所名	
事業所所在地	〒
担当者/連絡先	担当者氏名・職名： 電 話： メー ル：
「多様な働き方」導入状況	導入した/導入しなかった
導入した「多様な働き方」 の詳細な内容  ※導入しなかった場合は、 その理由	
今後の法人内での「多様な 働き方」の普及・展開	

※添付書類

(改正した)就業規則

(多様な働き方導入後の)シフト表

「多様な働き方」導入過程が分かる資料

(様式第3号)

介護現場の多様な働き方導入支援事業 アドバイザー派遣 [視察先斡旋] 依頼書

令和 年 月 日

社会福祉法人長野県社会福祉協議会会長 あて

依頼者

法人名

代表者名

希望する支援項目 (第5条第1項)	
アドバイザー派遣先 または視察希望先事業所	
アドバイザー訪問先 所在地	〒
担当者/連絡先	担当者氏名・職名： 電 話： メー ル：
希望日時	第1希望： 年 月 日 第2希望： 年 月 日 第3希望： 年 月 日
詳細な相談内容	

(様式第4号)

介護現場の多様な働き方導入支援事業 アドバイザー報告書

令和 年 月 日

社会福祉法人長野県社会福祉協議会会長 あて

アドバイザー

所属

氏名

訪問した事業所	
訪問日時	年 月 日 時 分～
支援項目 (第5条第1項)	
希望する支援内容の詳細	
「多様な働き方」導入に向けた、今後必要な支援	
次回訪問時期等	年 月 日 時 分～

※添付書類

支援内容の分かる資料 (ない場合は不要)

派遣に掛かる謝礼・旅費等請求書