

令和7年度

# 介護職員処遇改善加算 取得促進支援セミナー



当セミナーでは基本的な制度の概要や新しくなった職場環境等要件の説明、優良導入事例等を紹介し、事業者の皆さまへ分かりやすく解説します。

**参加無料**

開催日

10/27月

いわて県民情報交流センター[アイーナ]

7階 アイーナホール(参集)

申込締切：令和7年10月20日(月)

開催日

11/7金

釜石・大槌地域産業育成センター

2階 大・中会議室(参集・オンライン)

申込締切：令和7年10月31日(金)

開催時間／13:30～16:00(受付開始13:00～)

内容

- 1 介護職員処遇改善加算の制度概要
- 2 未取得事業所が取得するためにやること
- 3 上位加算へランクアップするためにやること
- 4 新しくなった職場環境等要件を満たすために取り組むこと
- 5 職場環境改善に役立つ助成金情報の紹介



講師

特定社会保険労務士・中小企業診断士  
社会保険労務士法人 ワイズコンサルタンツ 代表社員

山本 正人氏

## ■プロフィール

東京都練馬区生まれ。大学を卒業後、都内の社会福祉法人に8年間勤務し、デイサービスの運営から特別養護老人ホームの立上げなど、小規模施設から大規模施設まで幅広く経験。法人本部で従業員約700人の人事、総務、会計に従事し運営に携わる。現在は紫波郡矢巾町にて、実際に福祉・介護の現場を経験してきた特定社会保険労務士・中小企業診断士としてアドバイス、問題解決を行い多くの福祉・介護事業所のお客様に支持されている。

## 【個別相談】

**無料**

■相談期間／令和7年8月1日～令和8年2月28日

「介護職員処遇改善加算」の取得及び上位加算の取得に向けて、専門家(社会保険労務士など)が親切にお手伝いいたします。

キャリアパス要件、月額賃金改善要件、職場環境等要件の整備等に関して、専門家による現状分析、加算取得・ランクアップに向けた具体的な手順や内容の助言等、無料で実施しておりますので、ぜひご活用ください。

■相談回数・時間／1事業所あたり2回まで(1回当たり2時間程度)

【対象】介護職員処遇改善加算「未取得」または「上位加算取得を目指す」事業所

## ■参加及び相談申込方法

◎介護職員処遇改善加算取得促進支援セミナー：  
電子フォームよりお申込みください。



◎個別相談：  
電子フォームまたはFAXによりお申込みください。



## ■お申込み・お問い合わせ

公益財団法人 介護労働安定センター岩手支部

〒020-0871 岩手県盛岡市中ノ橋通1-4-22 中ノ橋106ビル4階

TEL：019-652-9036 FAX：019-652-9037

■主催／岩手県保健福祉部長寿社会課 ■受託者／公益財団法人 介護労働安定センター岩手支部

岩手県委託事業 令和7年度介護職員処遇改善加算取得促進事業  
(公財)介護労働安定センター岩手県支部  
FAX.019-652-9037

セミナー受講申込

こちらのQRコードを読み取りの上、電子フォームにより、お申込みください。▶▶▶



個別相談申込書

■電子フォームにより、お申込みされる場合

こちらのQRコードを読み取りの上、電子フォームにより、お申込みください。▶▶▶▶▶▶▶▶▶



■FAXにより、お申込みされる場合

下記「個別相談申込書」を記入の上、【FAX：019-652-9037】に送付してください。

|                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |       |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|
| 法人名                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |       |
| 事業所名                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |       |
| 所在地等                                                                     | 〒 ー                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |       |
|                                                                          | TEL                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | FAX |       |
|                                                                          | E-mail                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |       |
| サービス種別                                                                   | ※サービスの種類をご記入ください。                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |       |
| 現在の加算区分                                                                  | 加算Ⅰ ・ 加算Ⅱ ・ 加算Ⅲ ・ 加算Ⅳ ・ 未取得 ※現在取得している加算区分に○印                                                                                                                                                                                                                                                             |     |       |
| 申込者                                                                      | 氏名 役職                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |       |
| 相談方法<br>※どちらかに○印                                                         | 相談者の事業所                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     | オンライン |
| 希望相談日程<br>※調整の上、追って<br>回答を差し上げます。                                        | 第1希望 令和 年 月 日( ) ( : ~ : )<br>第2希望 令和 年 月 日( ) ( : ~ : )<br>第3希望 令和 年 月 日( ) ( : ~ : )                                                                                                                                                                                                                   |     |       |
| 処遇改善加算を<br>届出していない<br>理由または上位<br>加算を届出する<br>にあたり困って<br>いることをお教<br>えください。 | <p>■該当する番号に○をご記入ください。(複数選択可)</p> <p>① 処遇改善加算に必要な人事・処遇制度について</p> <p>② 無理のない定期に昇給する仕組みを作るにはどうすればよいか</p> <p>③ 職員への支給方法をどのようにすべきか</p> <p>④ 就業規則・賃金規程の変更方法について</p> <p>⑤ キャリアパスの構築・研修計画の立て方について</p> <p>⑥ 処遇改善加算の申請書の作成方法について</p> <p>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</p> <p>⑧ その他(相談内容の概略をご記入下さい)</p> <div></div> |     |       |

※電子フォーム及び個別相談申込書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、岩手県への情報提供、当センター職員による日程調整、内容確認、当センターの各事業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。