

補助金・交付金チェックシート (No.1)

補助金名 (交付金名)	介護助手活用促進事業費補助金	開始 年 度	平成30年度
----------------	----------------	-----------	--------

団 体 名	介護保険法に基づく指定介護サービス事業者および施設の開設者
-------	-------------------------------

助成の根拠規定等 (条例・規則・要綱等)	函館市補助金交付規則, 介護助手活用促進事業費補助金交付要綱
-------------------------	-----------------------------------

○補助事業の内容および目的・効果

内 容	事業所が介護助手を導入するため、業務の効率化・介護職の働き方の検討、地域人材向け説明会の開催、OJT研修等を行った場合、その費用の一部を事業所を運営する事業者に対し補助する。 【実施事業所】 2事業所 【補 助 額】 対象経費の2分の1 (ただし、1事業所15万円を上限)
目 的	(目 的) 介護事業所が介護職の業務の見直し等を行い、元気高齢者や再就業を希望する女性などの地域人材を直接介助以外の補助業務に従事する「介護助手」として雇用する取組を支援し、介護職の業務負担の軽減や専門性の高い業務に集中して携わることができるよう労働環境の改善を図り、介護職の職場定着と介護人材の確保につなげる。
・ 効 果	(効 果) 介護の質を低下させずに現場の業務負担を軽減することで、職員の職場定着が図られるとともに、新たな担い手の確保につながる。

○補助事業の収支状況

(単位：千円)

	年 度	助 成 金		事業収入	会 費	繰越金		計
		市	その他					
収 入	26							0
	27							0
	28							0
	29							0
	30	156						156
	支 出	年 度	人件費	事務費	事業費	上部団体 負担金等		
26								0
27								0
28								0
29								0
30				156				156

補助金・交付金チェックシート (No.2)

補助金名 (交付金名)	介護助手活用促進事業費補助金
----------------	----------------

○基本的視点の再チェック

基本的視点		適	不適	説明
1	公益性 (明確な公益性があるか) ①広く市民生活の向上に貢献する事業 ②市民ニーズが高い事業	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護人材の確保により、高齢者等の日常生活を支える介護サービスを安定的に提供できるとともに、地域包括ケアシステムの構築にもつながり、市民生活の向上に寄与する。
2	必要性 (補助しなければならない事業であるか)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護職員の職場定着のため、業務の効率化により、労働環境の改善を図る必要がある。
3	自主性 (自主自立に向け努力しているか)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	事業者においても職員の確保・定着、資質向上に取り組んでいる。
4	有効性 (他の手法ではなく補助することが、施策目的実現に最適か)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護職の職場定着と介護人材の確保につなげる取組みであり、人材不足対策となることから補助による実施が最適である。

※適・不適であっても、説明欄は必ず記載してください。

○財政的視点のチェック

財政的視点		不適	不適の場合の理由と今後の対応について
1	積算内訳は、前年踏襲となっていないか	<input type="checkbox"/>	
2	補助金等の使途は適切である	<input type="checkbox"/>	
3	積算基準は定められている	<input type="checkbox"/>	
4	補助割合は、補助対象経費の1/2以内である	<input type="checkbox"/>	
5	前年度繰越金は生じていないか	<input type="checkbox"/>	
6	自主財源の確保に努めている (最低でも前年度の収入を確保しているか)	<input type="checkbox"/>	
7	経常経費の節減に努めているか	<input type="checkbox"/>	

※不適の場合は、説明欄に必ず記載してください。

補助金・交付金チェックシート (No.3)

補助金名 (交付金名)	介護助手活用促進事業費補助金
----------------	----------------

○補助効果の検証

(効果測定方法, 具体的な数値等)

実施した事業所の介護職員に対し, 介護助手の導入前と導入後における業務内容等に関するアンケートを実施

【数値目標】『導入により労働環境が改善(業務負担が軽減)された』との回答 70%以上

(達成状況)

実施した事業所の施設職員に対し, 「労働環境が改善し業務負担が軽減されたか」をアンケート調査により確認したところ, 80%以上の職員から改善されたと思うとの回答を得た。

※継続事業は, 直近の実績 新規事業は, 効果のみ記載してください。

(評価)	(理由)
十分効果をあげている <input type="checkbox"/>	「労働環境が改善し業務負担が軽減されたか」をアンケート調査により確認したところ, 80%以上の職員から改善されたと思うとの回答を得たことから, 一定の効果を上げていると考えられるため。
一定の効果をあげている <input checked="" type="checkbox"/>	
効果が疑問である <input type="checkbox"/>	
その他 <input type="checkbox"/>	

○今後の方向性

<input checked="" type="checkbox"/> 現行のまま補助を継続	(見直しの内容) (見直しの時期)
<input type="checkbox"/> 見直したうえで補助を継続	
<input type="checkbox"/> 廃止	
<input type="checkbox"/> その他	
(廃止の理由)	(その他の内容)
(廃止の時期)	

○終期の設定

終期設定	<input type="checkbox"/> 終期到来により廃止	次回チェック年度(予定)
令和 3 年度	<input checked="" type="checkbox"/> 終期到来時に再検討	
		令和 3 年度