

事業実績書

(7)多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業(主催)

①中堅職員に対するチームケアのリーダーとして必要となるマネジメント能力等の向上に係る研修

1 基本事項

法人名等	社会福祉法人 ふくしま	
代表者名	理事長 福島 一郎	代表者役職名および代表者名
法人住所	福島県福島市杉妻町2-16	
法人電話番号	024-521-8620	
連絡先	担当者氏名	福島 一子
	郵便番号・住所	福島県福島市杉妻2-16
	T E L	024-521-8620
	F A X	024-521-7917
	E - mail	tikiiryokaigo@pref.fukushima.lg.jp

2 事業実績

区分	内容
名称	介護リーダー研修
開催期日	令和〇年〇月〇〇日 令和×年×月××日 令和×年〇月××日 令和×年〇月×△日
開催場所	〇×法人 大会議室
参加者 (1)参加者(参集範囲) (2)参加者数	(1)参加者(参集範囲) 〇×法人に勤務する中堅職員(3~5年)の介護職員 (2)参加者数 各施設10名(10×5) 計50名
内容 (テーマ、講師名、時間割等)	(テーマ、講師名、時間割等) 全4回 1回目8月 「リーダーの役割と現状分析」 2回目9月 「自分リーダーとしての特徴を知る」 3回目10月 「ケーススタディとコミュニケーションロールプレイ」 4回目11月 「チーム行動計画、後輩育成計画の作成」 詳細は別紙添付
事業の効果	多くの勤務形態や他職種が集まるチーム医療の中で、自分より年上の部下や他職種、上司などこれらを巻き込み業務に取り組めるリーダーを育てることで、理念の浸透、改善や改革等あらゆる成果を出せる組織をつくる。トップと一緒にって取り組めるリーダーを育てることで、質の高い介護サービスの提供と人材定着することが出来た

※1つの団体が複数回研修会等を開催する場合は、研修会ごとに1部作成すること。

※オンラインで研修会等を実施する場合は双方向型とすること。

3 事業費

区 分	税 抜	消 費 税	合 計	積 算 内 訳
【補助対象経費】 報償費	0	0		積算根拠が分かるよう 「費目、単価×数量を記載し 費目が多い場合は任意様式で一覧を作成し 別途添付してください <記載例> 講師謝礼 @10000 旅費 @500×2(往復) 印刷費 @10×2(両面)×100 切手 @110×50 会場費 2日分 50,000×2
旅費	0	0		
<旅費> 具体的に交通経路を記載してください	0	0		
需用費	0	0		
役務費	0	0		
委託料	454,545	45,455	500,000	食糧費(講師茶菓子)等 消費税が10%でない場合はこちらを利用 項目が多い場合は10%でも利用可能 <役務費> 通信運搬費(切手代、FAX代) 広告料等 合計 ○×株式会社に委託 内訳(別紙添付) <委託料> 外部委託に該当する場合の費用
使用料及び賃借料	0	0	0	
補助対象経費計	454,545	45,455	500,000	
【補助対象外経費】 寄付金その他の収入金				
消費税及び地方消費税	45,455			
補助対象外経費計	45,455			<使用料及び賃借料> 借上料(介護用品レンタル代、 会場で使用するマイク等 会場使用料等 合計 受講料や会費を徴収する場合は 必ず金額と積算内訳を記載すること 別途、詳細添付必要 <記載例> 会費@500×50(保険料)(別紙詳細添
総事業費	500,000			

※納品書、請求書、領収書等を添付すること。

※合計欄には区分毎の合計額を記入すること。

ただし、消費税法(昭和63年法律第108号)に規程する消費税及び地方消費税は補助事業対象経費としない。

受講料や会費を徴収する場合は
必ず金額と積算内訳を記載すること
別途、詳細添付必要
<記載例>
会費@500×50(保険料)(別紙詳細添

事業実績書

(7)多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業(主催)

①中堅職員に対するチームケアのリーダーとして必要となるマネジメント能力等の向上に係る研修

1 基本事項

法人名等	社会福祉法人 ふくしま	
代表者名	理事長 福島 一郎	
法人住所	福島県福島市杉妻町2-16	
法人電話番号	024-521-8620	
連絡先	担当者氏名	福島 一子
	郵便番号・住所	福島県福島市杉妻2-16
	T E L	024-521-8620
	F A X	024-521-7917
	E - mail	tiikiiryokaigo@pref.fukushima.lg.jp

2 事業計画

区分	内容
名称	同僚部下への関わり方を見直そう(中堅職員向け研修会)
開催期日	令和〇年〇月〇〇日 令和〇年〇月△△日(全2回)
開催場所	〇×会館 第一会場
参加者 (1)参加者(参集範囲) (2)参加者数の見込み	(1)参加者(参集範囲) 公益財団法人 〇×会 会員 中堅介護職員(リーダー、ユニットリーダー、サブリーダー等) (2)参加者数 50人
内容 (テーマ、講師名、時間割等)	(テーマ、講師名、時間割等) 講師 〇▼◇〇株式会社 主任研修講師 福島 満〇郎氏 介護職員・介護福祉士・社会福祉士等の介護にたずさわる全てのスタッフにとって、安心して働きやすく、働きがいのある職場づくりのために、職員・事業所、多方向からの支援に日々取り組んでいる方です。 ①9:30~10:30 同僚部下への関わり方を見直そう! ②11:00~12:00 他者の気づきと成長を促すフィードバック ③13:00~14:00 リーダーとしての今後の課題
事業の目的	①次世代のリーダー、リーダー候補として必要とされる資質が身についた。 ②グループワーク等を通して、横のつながりを形成し、共通の課題や問題を共有できる環境を整備し、モチベーションアップにつなげた

※1つの団体が複数回研修会等を開催する場合は、研修会ごとに1部作成すること。

※オンラインで研修会等を実施する場合は双方向型とすること。

3 事業費

区 分	税 抜	消 費 税	合 計	積 算 内 訳
【補助対象経費】			100,000	合計
報償費	90,909	9,091	100,000	@50000×2 講師謝金 (10/〇〇, 11/〇〇) (詳細別紙添付)
積算根拠が分かるよう 「費目、単価×数量を記載し 費目が多い場合は任意様式で 一覧を作成し別途添付してください	0	0		
	0	0		
	0	0		
	0	0		
旅費			26,320	合計
<旅費> 具体的に交通経路を記載してください	16,200	1,620	17,820	17820円 (8910×2) (東京目黒駅から福島駅往復)
	7,727	773	8,500	8500円 講師宿泊先: 東横インホテル福島駅前
	0	0		
	0	0		
	0	0		
需用費			4,540	合計
	1,818	182	2,000	2000円 (10×2×100) チラシ印刷代
食糧費(講師茶菓子)等 消費税が10%でない場合はこちらを利用 項目が多い場合は10%でも利用可能	1,818	182	2,000	2000円 (10×2×100) 資料印刷代
	0	0		
	500	40	540	540円 (お茶180菓子320)
			0	
役務費			12,000	合計
	10,909	1,091	12,000	12000円 (120×100) 切手※案内送付のため 送付先: 参考様式添付
<役務費> 通信運搬費(切手代、FAX代) 広告料等	0	0		
	0	0		
	0	0		
	0	0		
委託料			0	合計
	0	0		
	0	0		
<委託料> 外部委託に該当する場合の費用	0	0		
	0	0		
	0	0		
使用料及び賃借料			250,000	合計
	181,818	18,182	200,000	200000円 (100000×2) 〇〇会場使用料
<使用料及び賃借料> 借上料(介護用品レンタル代、 会場で使用するマイク等 会場使用料等	45,455	4,545	50,000	50000円 (25000×2) マイク等レンタル
	0	0		
	0	0		
	0	0		
補助対象経費計	357,154	35,706	392,860	
【補助対象外経費】				
寄付金その他の収入金				
消費税及び地方消費税	35,706			
補助対象外経費計	35,706			
総事業費	392,860			

※合計欄には区分毎の合計額を記入すること。

ただし、消費税法(昭和63年法律第108号)に規程する消費税
地方消費税は補助事業対象経費としない。

<寄付金その他の収入金>
受講料や会費を徴収する場合は
必ず金額と積算内訳を記載すること
別途、詳細添付必要
<記載例>
会費@500×50(保険料)(別紙詳細添付)

事業実績書

(7)多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業(主催)

②医療的ケアなどに係る専門的な技術ための研修

1 基本事項

法人名等	社会福祉法人 ふくしま	
代表者名	理事長 福島 一郎	
法人住所	福島県福島市杉妻町2-16	
法人電話番号	024-521-8620	
連絡先	担当者氏名	福島 一子
	郵便番号・住所	福島県福島市杉妻2-16
	T E L	024-521-8620
	F A X	024-521-7917
	E - mail	tiikiiryokaigo@pref.fukushima.lg.jp

2 事業実績

区 分	内 容
名 称	医療的ケアの専門的な技術ための研修
開 催 期 日	令和〇年〇月〇〇日 令和〇年〇月××日
開 催 場 所	〇×法人 大会議室
参 加 者 (1)参加者(参集範囲) (2)参加者数	(1)参加者(参集範囲) (勤続3年以上)介護福祉士 (勤続3年以上)実務者研修修了者 (2)参加者数 15名
内 容 (テーマ、講師名、時間割等)	(テーマ、講師名、時間割等) テーマ【介護の現場で対応できる医療的ケア(最新)】(詳細添付) 講師 医療的ケア教員(看護師) 〇〇 〇さん 時間 10:00~16:00 内容 ①感染予防 ②呼吸器系の感染と予防(吸引と関連して) ③いつもと違う呼吸状態 ④急変状態について ⑤たんの吸引により生じる危険、事後の安全確認 ⑥実践研修 ⑦医療的ケアについて他
事 業 の 効 果	医療的ケアを安全・適切に実施するために必要な知識・技術を修得する。また、介護福祉士の資格取得時学んだ医療的ケアの最新の情報を得て、介護の場で生かし、介護サービスの質の向上を図ることができた。

※1つの団体が複数回研修会等を開催する場合は、研修会ごとに1部作成すること。

※オンラインで研修会等を実施する場合は双方向型とすること。

3 事業費

区 分	税 抜	消 費 税	合 計	積 算 内 訳
【補助対象経費】				
報償費	27,273	2,727	30,000	合計 @15,000×2日 講師謝礼金
積算根拠が分かるよう 「費目、単価×数量を記載し 費目が多い場合は任意様式で 一覧を作成し別途添付してください	0	0		
	0	0		
	0	0		
	0	0		
旅費	5,455	545	6,000	合計 @1500×2(往復)×2日間(添付資料あり)
			6,000	内訳@1,170円×2 会津駅⇄郡山駅 @330円×2 バス代郡山駅⇄川向
<旅費> 具体的に交通経路を記載してください 別途(任意様式)で詳細を添付が 必要な場合があります	0	0		
	0	0		
	0	0		
	0	0		
需用費	10,227	1,023	11,564	合計 @15×50枚×15人分 コピー代(資料)
			11,250	
	0	0		
	0	0		
食糧費(講師茶菓子)等 消費税が10%でない場合はこちらを利用 項目が多い場合は10%でも利用可能	291	23	314	@157円×2 講師お茶代
			0	
役務費			0	合計
	0	0		
<役務費> 通信運搬費(切手代、FAX代) 広告料等	0	0		
	0	0		
	0	0		
	0	0		
委託料			0	合計
	0	0		
<委託料> 外部委託に該当する場合の費用	0	0		
	0	0		
	0	0		
	0	0		
使用料及び賃借料			0	合計
	0	0		
<使用料及び賃借料> 借上料(介護用品レンタル代、 会場で使用するマイク等 会場使用料等	0	0		
	0	0		
	0	0		
	0	0		
補助対象経費計	43,246	4,318	47,564	
【補助対象外経費】				
寄付金その他の収入金				
消費税及び地方消費税	4,318			
補助対象外経費計	4,318			
総事業費	47,564			

※合計欄には区分毎の合計額を記入すること。

ただし、消費税法(昭和63年法律第108号)に規程する消費税及び地方消費税は補助事業対象経費としない。

<寄付金その他の収入金>
受講料や会費を徴収する場合は
必ず金額と積算内訳を記載すること
別途、詳細添付必要
<記載例>
会費@500×50(保険料)(別紙詳細添付)

る

精算額調書

(7)多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業(主催)

機関・団体名 社会福祉法人 ふくしま

(単位:円)

区 分	総事業費 A	寄附金 その他の 収入額 B	消費税 及び 地方消費税 C	差 引 額 (A-B-C)D	対象経費の 支出額 E	交付申請時の選定額を 入力してください F	定 額 G	補助率 H	補 助 金 所 要 額 I	備 考 欄
(7)多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業(主催)	500,000	0	45,455	454,545	454,545	454,545	454,545	4/5	363,000	介護リーダー研修
(7)多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業(主催)	392,860	0	35,706	357,154	357,154	357,154	357,154	4/5	285,000	同僚部下への 関わり方を見 直そう(中堅職 員向け研修会)
(7)多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業(主催)	47,564	0	4,318	43,246	43,246	43,246	43,246	4/5	34,000	医療的ケアの 専門的な技術 ための研修
合 計	940,424	0	85,479	854,945	854,945	854,945	854,945		682,000	

(注1) 寄附金その他の収入額や消費税法(昭和63年法律第108号)に規定する消費税及び地方税法(昭和25年法律第226号)に規定する地方消費税は対象経費に含めないこと。
(注2) E欄には、補助対象経費の実支出額を記入すること(=D欄の金額に一致すること)。
(注3) F欄には、直近の交付決定時の選定額を記入すること。
ただし、介護職員初任者研修の主催のみ、直近の交付決定時の選定額より別紙補助事業一覧の基準額が下回る場合は、再度算出した基準額を記入すること。
(注4) G欄は、E欄とF欄を比較して少ない方の金額を記入すること。
(注5) I欄には、G欄の金額にH欄の補助率を乗じて得た額を記入すること。なお、I欄の合計は千円未満を切り捨てて記入すること。
(注6) H欄の補助率は10/10、又は4/5を記入すること。
(注7) 一つの法人が複数の研修会を実施する場合は、研修会毎に1行ずつ記入すること。

収 支 精 算 書

補助事業者名： 社会福祉法人 ふくしま

補助事業名： （7）多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業（主催）

1 収入 (単位：円)

科 目		金 額	備 考
福島県地域医療介護総合確保基金事業補助金※		682,000 円	
その他		258,424 円	
内 訳	国庫補助金 (補助金名：)	円	
	県・市町村等補助金等（※を除く） (補助金名：)	円	
	自己財源又は一般財源 (内、借入金又は地方債)	258,424 円 (円)	
	寄付金	その他に金額が入る時は、詳細を記入してください	
	その他 ()	0 円	
合計		940,424 円	

2 支出 (単位：円)

項 目	金 額	備 考
補助事業費のうち補助対象経費	854,945 円	
補助事業費のうち補助対象外経費	85,479 円	
合計	940,424 円	

事業実績書

補助事業者名：社会福祉法人 ふくしま

補助事業名：（7）多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業（主催）

着手年月日は年度内の事業計画書、
見積り、研修申し込み等
で一番早い日を記入してください
(単位：円)

着手年月日		令和7年5月〇日	
完了年月日		令和8年2月〇〇日	
事業費の内訳（別紙可）		金額	
	報償費		完了年月日は、①交付決定日、②支払完了日 ③研修終了日、④委託契約満了日の日付で 一番遅い日を記入してください
	旅費		
	需用費	16,104 円	
	役務費	12,000 円	
	委託料	500,000 円	
	使用料及び賃借料	250,000 円	
	寄付金その他の収入金	0 円	
事業費合計		940,424 円	
財源のうち福島県地域医療介護総合確保基金事業 補助金		682,000 円	摘要（積算内訳を記載すること）

第8号(事業実績書)の完了年月日から起算して
30日以内の日付を記入してください
(土日祝を除く)

番 号

令和8年2月〇〇日

福島県知事

住所 福島県福島市杉妻町2-16
法人名等 社会福祉法人 ふくしま
代表者役職・氏名 理事長 福島 一郎
担当者名 福島 一子
電話番号 024-521-8620

福島県地域医療介護総合確保基金事業実績報告書

下記のとおり福島県地域医療介護総合確保基金事業を実施したので、福島県補助金等の交付等に関する規則第13条第1項及び福島県地域医療介護総合確保基金事業補助金交付要綱第10条第1項の規定により、その実績を報告します。

記

- 1 補助金の交付決定年月日 令和8年2月〇〇日

変更申請した場合は変更決定日の
記載も必要になります

- 2 補助金交付決定額

金 682,000 円

- 3 添付書類

- (1) 事業実績書（第8号様式）
(2) 収支精算書（第9号様式）

- (3) その他

精算額調書（別紙様式3）
事業実績書（別紙様式4）
補助対象経費の金額がわかる書類
事業完了時チェックリスト
その他参考となる書類

交付決定額を記入してください
※変更申請をした場合は
変更交付決定額を記入してください

番 号
令和8年2月〇〇日

福島県知事

住所 福島県福島市杉妻町2-16
法人名等 社会福祉法人 ふくしま
代表者役職・氏名 理事長 福島 一郎
担当者名 福島 一子
電話番号 024-521-8620

福島県地域医療介護総合確保基金事業完了報告書

福島県地域医療介護総合確保基金事業について、下記のとおり完了したので報告します。

記

事業名	(7) 多様な人材層に (主催)	交付決定年月日＋指令番号を記入してください	業
交付決定年月日	令和8年2月〇〇日付け福島県指令生福第×〇▲△号		
変更申請した場合は変更決定日の記載も必要になります	金 682,000 円		
着手年月日	交付決定額を記入してください ※変更申請をした場合は 変更交付決定額を記入してください		〇日
完了年月日			〇日

日付を記入してください

番 号

令和8年3月31日

福島県知事

住所 福島県福島市杉妻町2-16

法人名等 社会福祉法人 ふくしま

代表者役職・氏名 理事長 福島 一郎

担当者名 福島 一子

電話番号 024-521-8620

福島県地域医療介護総合確保基金事業補助金交付請求書

福島県から交付決定のあった令和7年度福島県地域医療介護総合確保基金事業補助金について、下記により交付して下さるよう請求します。

記

事業名	(7) 多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業（主催）
交付決定額（A） 又は交付確定額	682,000円
受領済額（B）	0円
今回請求額（C）	682,000円
残額（D）	0円