

## 介護等支援コーディネーター派遣事業実施要領

### (目的)

第1条 この要領は、介護等と仕事の両立しやすい職場環境づくりを進める県内の企業に介護等支援コーディネーター（介護、地域福祉、精神保健などの専門家（保健師等）。以下「コーディネーター」という。）を派遣し、介護等と仕事の両立の取組を支援することにより、介護離職等させない職場環境づくりの推進を図ることを目的とする。

### (対象企業)

第2条 この要領によるコーディネーターの派遣の対象となる企業は、県において作成した仕事と介護の両立チェックシートを利用するなどし、介護等と仕事の両立の推進に向けた取組を行う県内の企業とする。

### (業務の内容)

第3条 この要領により派遣されるコーディネーターは、対象企業に対して、介護等と仕事の両立の取組へのアドバイス等の支援（以下「アドバイス等支援」という。）を行う。

### (コーディネーター派遣業務の委託)

第4条 県は、対象企業へコーディネーターを派遣する業務を専門機関（以下「派遣業務受託先」という。）に委託する。

### (申込手続き等)

第5条 コーディネーターの派遣を希望する企業は、様式第1号に必要事項を記載し県に提出するものとする。

2 県は、前項の申込書を受理したときは、速やかに先着順により申請内容を審査し、予算額も考慮して派遣の可否を決定の上、前項による申込みを行った企業（以下「申込企業」という。）及び派遣業務受託先へ通知するものとする。

3 派遣業務受託先は、前項による通知を受理したときは、速やかにコーディネーターを派遣するものとする。

### (申込みの期限)

第6条 前条第1項による申込みの期限は、各年度の2月15日（休日の場合は直近の月曜日）までとする。

### (派遣日等)

第7条 派遣日、派遣時間及び派遣する場所については、コーディネーターが申込企業と調整の上、決定するものとする。ただし、派遣する場所は、県内の事業所に限るものとする。

2 コーディネーターとの派遣調整が困難な場合は、電話によるアドバイス等支援を行うことができるものとする。

### (その他)

第8条 本事業の実施に関し、この要領に定めのない事項については、別に定める。

### 附 則

この要領は、平成29年12月26日から施行する。

附 則

この改正は、平成30年4月18日から施行し、平成30年度事業から適用する。

附 則

この改正は、平成31年3月22日から施行し、平成31年度事業から適用する。

附 則

この改正は、令和3年5月12日から施行する。

附 則

この改正は、令和5年7月28日から施行する。

(様式第1号)

## 介護等支援コーディネーター派遣申込書

令和 年 月 日

鳥取県地域社会振興部  
人権尊重社会推進局女性応援課長 様

申込者  
名 称  
所 在 地  
代表者職・氏名

介護等支援コーディネーター派遣事業実施要領第5条第1項に基づき、下記のとおり申請します。

### 1 企業の概要

業種（主な事業により、いずれか1つに■印）	<input type="checkbox"/> 農業、林業 <input type="checkbox"/> 漁業 <input type="checkbox"/> 鉱業、採石業、砂利採取業 <input type="checkbox"/> 建設業 <input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 電気・ガス・熱供給・水道業 <input type="checkbox"/> 情報通信業 <input type="checkbox"/> 運輸業、郵便業 <input type="checkbox"/> 卸売業、小売業 <input type="checkbox"/> 金融業、保険業 <input type="checkbox"/> 不動産業、物品賃貸業 <input type="checkbox"/> 学術研究、専門・技術サービス業 <input type="checkbox"/> 宿泊業、飲食サービス業 <input type="checkbox"/> 生活関連サービス業、娯楽業 <input type="checkbox"/> 教育、学習支援業 <input type="checkbox"/> 医療、福祉 <input type="checkbox"/> 複合サービス業 <input type="checkbox"/> サービス業（他に分類されないもの） <input type="checkbox"/> 分類不能の産業	
主な事業の内容		
従業員数	名 【従業員数内訳】 正社員 名（男性 名、女性 名） 非正社員 名（男性 名、女性 名）	
担当者	所属・職名	
	氏名	
	電話番号	
	ファクシミリ	
	E-mail	

### 2 介護等支援コーディネーターに求める支援の内容

--

### 3 資料（作成されている場合は、ご提出ください。）

(1) 仕事と介護の両立チェックシート（会社集計用紙）