

障第 1609 号
平成 30 年 3 月 30 日

就労継続支援 B 型事業所 代表者 様
(4 月移行予定先を含む)

島根県健康福祉部障がい福祉課長
(公印省略)

工賃向上計画の作成について (依頼)

時下ますます御清祥のこととお慶び申し上げます。

就労継続支援 B 型事業所の工賃向上については、平成 19 年度から 23 年度まで「工賃倍増 5 カ年計画」を、平成 24 年度から平成 29 年度までの 6 か年については「工賃向上計画」を策定し、各事業所の工賃向上に取り組んできたところです。

このたび、別添のとおり「工賃向上計画」を推進するための基本的な指針の一部改正があり、平成 30 年度以降についても「工賃向上計画」に基づいた取組みが推進されることとなりました。

この指針の 3 (1) では、全ての就労継続支援 B 型事業所における工賃向上計画の作成が求められています。

つきましては、下記により工賃向上計画を作成いただき、平成 30 年 5 月 25 日 (金) までに送付いただきますようお願いいたします。

年度替わりで御多忙の時期とは存じますが、よろしく申し上げます。

記

- ・ 計画の作成に当たっては、国の指針に従ってください。
- ・ 県の目標額は平成 19 年度から平成 28 年度までの工賃実績と平成 29 年度見込みを基に、暫定的に平成 30 年度目標月額 19,995 円(時給 239 円)、平成 31 年度目標月額 20,514 円(時給 245 円)、平成 32 年度目標月額 21,048 円 (時給 252 円) と設定します。目標工賃額の設定の参考としてください。なお、この目標額はあくまで暫定のものであり、各事業所で作成される計画に定める目標工賃により見直しを行います。
- ・ 事業所の工賃向上計画の参考様式を示しますので、御活用ください。あくまで参考様式であり、事業所独自の様式を使用されても構いません。ただし、指針案で示されている項目を必ず記載してください。

- ・ 工賃目標の設定にあつては、極力、月額と時間額の双方を計画書に記載するようお願いいたします。
- ・ 提出は、以下のようにお願いします。
 - ① 提出期限 5月25日(金) 必着
 - ② 提出先メールアドレス adachi-miki@pref.shimane.lg.jp
 - ③ メールの表題 「工賃向上計画(事業所名)」
 - ④ 添付ファイル名 「計画(事業所名).xls」
 - ⑤ メール本文 必ず連絡担当者の氏名と電話番号を記載してください。
- ・ 質問等は、下記担当者まで、メール又はFAXでお願いします。
- ・ 様式類のダウンロード(県障がい福祉課ホームページ)

http://www.pref.shimane.lg.jp/medical/fukushi/syougai/syougaisya_plan/kouchin/sakusei.html

(担当) 障がい福祉課 就労支援スタッフ 安達

TEL 0852-22-5588 FAX 0852-22-6687

E-mail adachi-miki@pref.shimane.lg.jp