

無料で専門家を派遣し 個別相談や研修を実施します

当センターが委嘱している専門家とは？

▶ 社会保険労務士、中小企業診断士、産業カウンセラー、キャリアコンサルタント
看護師、理学療法士、認知症ケア指導管理士、主任介護支援専門員、社会福祉士等

人事管理制度

雇用

勤務形態・職務基準
人事制度・人事考課
などの見直し等
休職、復職についての
注意点。労災について



求人・求職

雇用

募集方法、募集時期
求人条件、選考方法、
採用基準など。HWに
求人を出すときのコツ。



研修計画

育成

研修計画の立て方を教
えてほしい。
職員の質の向上を図る
ための研修をしたい。



労働時間

雇用

変形労働時間制を導入し
たい。登録ヘルパー等の
移動時間の取り扱いや法
定休日、36協定とは。



外国人材

雇用

外国人材を雇用したい
がどうしたらよいか。
外国人を雇ったが労務
管理などを相談したい



スキルアップ

育成

職員がスキルアップす
るための資格制度や能
力開発はどのようなも
のがあるのか



賃金体系

雇用

昇給、昇格、資格手当
について見直したい。
賃金体系を見直したい。



助成金・補助金

雇用

助成金、補助金はどの
ようなものがあるのか。
活用できる助成金、補
助金はあるのか。



リーダー育成

育成

新任の管理職にリー
ダーシップを身につけ
てほしい。管理者とし
ての心構えについて。



就業規則

雇用

法改正に対応した就業規
則を見直したい。
開業に伴い就業規則を整
備したい。



職場定着

雇用

職員の離職防止のための
工夫。福利厚生のを充実
を図るにはどのような方
法があるか。



腰痛予防

健康

介助時の腰痛対策を知
りたい。
腰痛を予防する日頃の
対策を知りたい。



感染症予防

健康

感染症の基本的な予防
対策を教えてください。
感染症対策を徹底する
にはどうしたらよいか。



メンタルヘルス対策

健康

ハラスメントの定義に
ついて学びたい。
職員のストレスを緩和
したい。



 **check!**
上記項目以外でも
お気軽にご相談ください

事業項目	相談可能時間
雇用管理改善	1 事業所 年間6時間まで
人材育成	1 事業所 年間3回まで（1回1.5時間以内）
健康確保	1 事業所 年間4時間まで

【お申し込み・お問い合わせ先】



(公財) 介護労働安定センター 茨城支部

〒310-0021 水戸市南町3-4-10水戸FFセンタービル6F

TEL 029-227-1215 FAX 029-227-1216

【無料相談申込書】

FAX 029-227-1216

(公財) 介護労働安定センター茨城支部 宛

◆専門家による出張無料相談を以下の通り申し込みます。

申込日 令和 年 月 日

相談 の 区分	<p>■いずれかの口の中を✓で選択して下さい。(複数相談の場合は個別にお申込み下さい)</p> <div> <input type="checkbox"/> 人事管理制度 <input type="checkbox"/> 助成金・補助金 <input type="checkbox"/> 腰痛予防 </div> <div> <input type="checkbox"/> 労働時間 <input type="checkbox"/> 職場定着 <input type="checkbox"/> 感染症予防 </div> <div> <input type="checkbox"/> 賃金体系 <input type="checkbox"/> 研修計画 <input type="checkbox"/> メンタルヘルス対策 </div> <div> <input type="checkbox"/> 就業規則 <input type="checkbox"/> キャリアプラン </div> <div> <input type="checkbox"/> 求人・求職 <input type="checkbox"/> リーダー育成 </div> <div> <input type="checkbox"/> キャリアパス <input type="checkbox"/> その他 () </div>		
相談 の 内容	<p>■支援を必要としている相談内容について、具体的にお書きください。</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
実施 希望 日程	第1希望日	令和 年 月 日 () 時間 (: ~ :)	
	第2希望日	令和 年 月 日 () 時間 (: ~ :)	
	<p>■実施方法</p> <div> <input type="checkbox"/> 対面での相談を希望します。 </div> <div> <input type="checkbox"/> オンラインでの相談を希望します。 </div> <p>※パソコンはカメラ、マイク付をご利用ください。(外部取付可)</p>		
法人名 事業所名 所在地 TEL/FAX ※オンライン の方のみ メール	<p>■事業所のゴム印等で結構です。</p> <p>〒 -</p> <p>TEL - - FAX - -</p> <p>メールアドレス []</p>		
申込者		職位	
事業 形態	<p>■いずれかの口の中を✓で選択して下さい</p> <div> <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 複合型 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 地域密着型 </div> <div> <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 </div> <div> <input type="checkbox"/> その他 () </div>		