

キャリアパス要件等届出書（平成 2 5 年度分）

事業所等情報

介護保険事業所番号 2 7

事業者・開設者	フリガナ	カブシキガイシャアクロス	事業者・開設者には法人名 事業所等の名称には施設名 を記入してください。	事業所番号を入力してください。
名称		株式会社アクロス		
事業所等の名称	フリガナ	キヲク マルマル	通所介護・介護予防通所介護	
名称		樹楽 ○○		

- (1) キャリアパスに関する要件について
(※) I を選択する場合は太枠内に、II を選択する場合は二重線枠内に記載すること。

次の内容についてあてはまるものに○をつけること。（I・IIのいずれかに該当していれば本要件を満たす。）		
I	次の①から③までのすべての要件を満たす。 ① 職員の職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件を定めている。 ② 職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系について定めている。 ③ 就業規則等の明確な根拠規程を書面で整備し、すべての介護職員に周知している。	該当・非該当
II	次の④から⑥までのすべての要件を満たす。	該当・非該当

(要件 II について) 上記①から③までのすべての要件に該当しない場合、次の事項について記載すること。		
④	①から③までの要件をすべて満たすことのできない理由	少人数の事業所でありポストが限られていることからキャリアパスの概念を賃金体系に当てはめることが困難である。
⑤	介護職員との意見交換を踏まえた資質向上のための目標	利用者のニーズに応じた良質なサービスを提供するために、介護職員の介護技術とコミュニケーション能力の向上に努める。
⑥	⑤の実現のための具体的な取り組みの内容 (いずれかに○をつけること。)	ア 資質向上のための計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等を実施するとともに、介護職員の能力評価を行う。
		イ 資格取得のための支援の実施 ※当該支援の内容について下記に記載すること

- (注) ⑥のアを選択した場合、本書に資質向上のための計画を添付すること
(2) 平成 2 1 年 4 月介護報酬改定を踏まえた処遇改善に関する定量的要件について
(※) 太枠内に記載すること。

① 平成 2 0 年 1 0 月から現在までに実施した事項について必ず 1 つ以上に○をつけること(ただし、記載するにあたっては、選択したキャリアパスに関する要件で求められている事項と明らかに重複する事項を記載しないこと。)	
処遇全般	賃金体系等の人事制度の整備 ・ 非正規職員から正規職員への転換 ・ 短時間正規職員制度の導入 昇給又は昇格等の要件の明確化 ・ 休暇制度、労働時間等の改善 ・ 職員の増員による業務負担の軽減 その他(
教育・研修	人材育成環境の整備 ・ 資格取得、能力向上のための措置 能力向上が認められた職員への処遇、配置の反映 その他(
職場環境	出産、子育て支援の強化 ・ <u>コーチング等による職場内コミュニケーション</u> <u>事故、トラブルへの対応マニュアル等の作成</u> ・ 介護補助器具等の購入 健康診断、腰痛対策、こころの健康等の健康管理面の強化 ・ 職員休暇 労働安全衛生対策の充実 ・ 業務省力化対策 その他(
その他	
② ①に要した費用の概算額について	
主たる経費の名称(例:委託費、人件費、物品購入費等)	物品購入費
平成20年10月から現在までに要した費用の額	30,000 円

上記については、雇用するすべての介護職員に対し周知をしたうえで、提出していることを証明いたします。

平成 25 年 ○ 月 △ 日 (法人名) 株式会社アクロス
(代表者名) 代表取締役 原田 健市 印

キャリアパスの要件について介護職員に対して周知し終えた日にちを記入してください。	法人名・役職・代表者名を記入してください。
--	-----------------------