

|   |   |   |   |    |   |   |   |   |
|---|---|---|---|----|---|---|---|---|
| 対象従業員   | 部署  |   |   | 氏名 |   |   |   |   |
| <b>初回面談</b>   |   |   |   |    |   |   |   |   |
| 介護が必要な人について<br><small>※可能な範囲で確認し、該当する選択肢に○をつけてください。複数選択も可能です。</small> | 続柄  | 1.父(義父) 2.母(義母) 3.祖父 4.祖母 5.配偶者・パートナー 6.子 7.その他( )              |   |    |   |   |   |   |
|   | 同居・別居   | 1.同居 2.別居…自宅からの移動時間( ) 3.その他( )                                 |   |    |   |   |   |   |
|   | 介護を分担できる親族  | 1.配偶者・パートナー 2.兄弟姉妹 3.その他( )                                     |   |    |   |   |   |   |
|   | 介護が必要な場面  | 1.入院時の対応 2.通院付添 3.介護サービス導入初期 4.日常生活( ) 4.その他( ) 5.現時点では不明       |   |    |   |   |   |   |
| 両立するうえでの課題・希望<br><small>※該当する選択肢に○をつけてください。</small>                   | 勤務時間や曜日の制限  | 1.無 2.有…希望( ) 3.未定 4.その他( )                                     |   |    |   |   |   |   |
|   | 休暇の必要性  | 1.無 2.有…時期・期間の希望( ) 3.未定 4.その他( )                               |   |    |   |   |   |   |
|   | 出張の可否   | 1.可 2.不可 3.条件付きで可…条件( ) 4.現時点では不明 5.その他( )                      |   |    |   |   |   |   |
|   | その他<br><small>※転勤があり得る場合は、介護の状況を確認したり、本人の意向を確認してください。</small>         |   |   |    |   |   |   |   |
| 利用したい制度・働き方の希望<br><small>※該当する選択肢に○をつけてください。</small>                  | 自社で利用できる措置・制度<br>希望期間・時期  | (法定)対象家族1人につき通算93日まで、3回を上限として、分割して取得可能 ※自社が法定以上の内容であれば書き換えてください |   |    |   |   |   |   |
|   |   | 介護休業  | 年   | 月  | 日 | ～ | 年 | 月 |
|   | その他   | 法定的制度   | 会社独自の制度 ※ある場合のみ記入<br>(例)在宅勤務制度 (期間: 年 月 日～ 年 月 日) |    |   |   |   |   |
|   |   | 1.介護休暇(休暇取得日、期間等: )   | 1.( ) (期間等: )                                     |    |   |   |   |   |
|   |   | 2.深夜業の制限( 年 月 日～ 年 月 日)   | 2.( ) (期間等: )                                     |    |   |   |   |   |
|   |   | 3.所定外労働の制限( 年 月 日～ 年 月 日)                                       | 3.( ) (期間等: )                                     |    |   |   |   |   |
|   |   | 4.時間外労働の制限( 年 月 日～ 年 月 日)                                       | 4.( ) (期間等: )                                     |    |   |   |   |   |
| 5.勤務時間短縮等の措置(期間等: )   | 5.( ) (期間等: )   |   |   |    |   |   |   |   |
| 業務面で周囲に配慮してほしいこと(業務の引き継ぎなど)   | 配慮してほしいことを確認してください。業務の引き継ぎが必要であれば、本人と「誰に」「いつ」「どうやって」引き継ぎを行うか相談してください。 |   |   |    |   |   |   |   |
| 業務以外で周囲に配慮してほしいこと   | 職場への周知など、何か気になることがあるか確認してください。  |   |   |    |   |   |   |   |

面談の内容を踏まえ、「当面のプラン」を策定

| 当面のプラン | プラン策定日 | 取組期間 | 取組内容 | 取組状況 確認日<br><small>※後日記入</small> |
|--------|--------|------|------|----------------------------------|
|        |        |      |      |                                  |

|     |       |            |      |      |
|-----|-------|------------|------|------|
| 面談日 | 年 月 日 | 人事・総務担当者確認 | 上司確認 | 本人確認 |
|-----|-------|------------|------|------|

| (人事・総務担当者用) 対象従業員に対して配付する資料のチェックリスト |                                       | (人事・総務担当者用) 上司に対して配付する資料のチェックリスト |                             |
|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/>            | 自社の両立支援制度の説明資料(「仕事と介護の両立準備ガイド」リーフレット) | <input type="checkbox"/>         | 自社の両立支援制度の説明資料              |
| <input type="checkbox"/>            | 自社の介護休業等の制度利用申請書                      | <input type="checkbox"/>         | <管理職(上司)向け>両立支援制度の利用者に対する対応 |
| <input type="checkbox"/>            | 「ケアマネジャーに相談する際に確認しておくべきこと」チェックリスト     | <input type="checkbox"/>         | 「働き方の工夫を考えよう」チェックリスト        |
| <input type="checkbox"/>            | 仕事と介護の両立計画                            | <input type="checkbox"/>         | その他( )                      |
| <input type="checkbox"/>            | <従業員向け>介護休業の取得から復帰までのフロー              | <input type="checkbox"/>         | その他( )                      |
| <input type="checkbox"/>            | 「親が元気なうちから把握しておくべきこと」チェックリスト          |                                  |                             |
| <input type="checkbox"/>            | その他( )                                |                                  |                             |
| <input type="checkbox"/>            | その他( )                                |                                  |                             |

|       |    |  |    |  |
|-------|----|--|----|--|
| 対象従業員 | 部署 |  | 氏名 |  |
|-------|----|--|----|--|

プラン策定面談

※「介護が必要な人について」「両立するうえでの課題・希望」は変更・追加がなければ記入不要です

|  |  |   |
|--|--|---|
| 介護が必要な人について<br>※可能な範囲で確認し、該当する選択肢に○をつけてください。複数選択も可能です。 | 続柄   | 1.父(義父) 2.母(義母) 3.祖父 4.祖母 5.配偶者・パートナー 6.子 7.その他( )        |
|  | 同居・別居  | 1.同居 2.別居…自宅からの移動時間( ) 3.その他( )                           |
|  | 介護を分担できる親族                                     | 1.配偶者・パートナー 2.兄弟姉妹 3.その他( )                               |
|  | 介護が必要な場面                                       | 1.入院時の対応 2.通院付添 3.介護サービス導入初期 4.日常生活( ) 4.その他( ) 5.現時点では不明 |
| 両立するうえでの課題・希望<br>※該当する選択肢に○をつけてください。                   | 勤務時間や曜日の制限                                     | 1.無 2.有…希望( ) 3.未定 4.その他( )                               |
|  | 休暇の必要性   | 1.無 2.有…時期・期間の希望( ) 3.未定 4.その他( )                         |
|  | 出張の可否  | 1.可 2.不可 3.条件付きで可…条件( ) 4.現時点では不明 5.その他( )                |
|  | その他<br>※転勤があり得る場合は、介護の状況を確認したり、本人の意向を確認してください。 |   |

|  |   |   |  |  |
|--|---|---|--|--|
| 利用したい制度・働き方の希望<br>また、当する得るもの利用、○希望する時間・時刻等を確認してください。 | 自社で利用できる措置・制度   | 希望期間・時期   |  |  |
|  | 介護休業  | (法定)対象家族1人につき通算93日まで、3回を上限として、分割して取得可能 ※自社が法定以上の内容であれば書き換えてください |  |  |
|  |   | 年 月 日 ~ 年 月 日   | 年 月 日  |  |
|  |   | 年 月 日 ~ 年 月 日   | 年 月 日  |  |
|  | その他   | 法定の制度   | 会社独自の制度 ※ある場合のみ記入<br>(例)在宅勤務制度 (期間: 年 月 日 ~ 年 月 日) |  |
|  |   | 1.介護休暇(休暇取得日、期間等: )   | 1.( ) (期間等: )                                      |  |
|  |   | 2.深夜業の制限( 年 月 日 ~ 年 月 日)  | 2.( ) (期間等: )                                      |  |
| 3.所定外労働の制限( 年 月 日 ~ 年 月 日)                           |   | 3.( ) (期間等: )   |  |  |
| 4.時間外労働の制限( 年 月 日 ~ 年 月 日)                           |   | 4.( ) (期間等: )   |  |  |
| 5.勤務時間短縮等の措置(期間等: )                                  | 5.( ) (期間等: )   |   |  |  |
| 業務面で周囲に配慮してほしいこと(業務の引き継ぎなど)                          | 配慮してほしいことを確認してください。業務の引き継ぎが必要であれば、本人と「誰に」「いつ」「どうやって」引き継ぎを行うか相談してください。 |   |  |  |
| 業務以外で周囲に配慮してほしいこと                                    | 職場への周知など、何か気になることがあるか確認してください。  |   |  |  |

面談の内容を踏まえ、「介護支援プラン」を策定

|         |        |      |      |                   |
|---------|--------|------|------|-------------------|
| 介護支援プラン | プラン策定日 | 取組期間 | 取組内容 | 取組状況 確認日<br>※後日記入 |
|         |        |      |      |                   |

|     |       |            |      |      |
|-----|-------|------------|------|------|
| 面談日 | 年 月 日 | 人事・総務担当者確認 | 上司確認 | 本人確認 |
|-----|-------|------------|------|------|

|                  |  |
|------------------|--|
| 利用した制度・期間、働き方の実績 |  |
|------------------|--|

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| (人事・総務担当者用) 対象従業員に対して配付する資料のチェックリスト                            |   | (人事・総務担当者用) 上司に対して配付する資料のチェックリスト                     |  |
| <input type="checkbox"/> 自社の両立支援制度の説明資料(「仕事と介護の両立準備ガイド」リーフレット) | <input type="checkbox"/> 自社の両立支援制度の説明資料                   | <input type="checkbox"/> <管理職(上司)向け>両立支援制度の利用者に対する対応 |  |
| <input type="checkbox"/> 自社の介護休業等の制度利用申請書                      | <input type="checkbox"/> 「ケアマネジャーに相談する際確認しておくべきこと」チェックリスト | <input type="checkbox"/> 「働き方の工夫を考えよう」チェックリスト        |  |
| <input type="checkbox"/> 「仕事と介護の両立計画                           | <input type="checkbox"/> <従業員向け>介護休業の取得から復帰までのフロー         | <input type="checkbox"/> その他( )                      |  |
| <input type="checkbox"/> 「親が元気なうちから把握しておくべきこと」チェックリスト          | <input type="checkbox"/> その他( )                           | <input type="checkbox"/> その他( )                      |  |
| <input type="checkbox"/> その他( )                                |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> その他( )                                |   |  |  |

|       |    |  |    |  |
|-------|----|--|----|--|
| 対象従業員 | 部署 |  | 氏名 |  |
|-------|----|--|----|--|

フォロー面談

|                  |  |
|------------------|--|
| 仕事と介護の両立の状況      | <input type="checkbox"/> 前回の面談時から変更なし        |
|                  | <input type="checkbox"/> 前回の面談時から変更あり ⇒下段に記入 |
| 働き方の課題等          |  |
| 今後の対応(働き方、業務分担等) | <input type="checkbox"/> 前回の面談時から変更なし        |
|                  | <input type="checkbox"/> 前回の面談時から変更あり ⇒下段に記入 |

面談の内容を踏まえ、「介護支援プラン」の変更があれば更新

|                             | プラン策定日 | 取組期間 | 取組内容 | 取組状況 確認日<br>※後日記入 |
|-----------------------------|--------|------|------|-------------------|
| 介護支援プラン<br>【変更版】<br>※変更した場合 |        |      |      |                   |

|     |       |                |      |      |
|-----|-------|----------------|------|------|
| 面談日 | 年 月 日 | 人事・総務担当者<br>確認 | 上司確認 | 本人確認 |
|-----|-------|----------------|------|------|

| (人事・総務担当者用) 対象従業員に対して配付する資料のチェックリスト                            | (人事・総務担当者用) 上司に対して配付する資料のチェックリスト                     |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 自社の両立支援制度の説明資料(「仕事と介護の両立準備ガイド」リーフレット) | <input type="checkbox"/> 自社の両立支援制度の説明資料              |
| <input type="checkbox"/> 自社の介護休業等の制度利用申請書                      | <input type="checkbox"/> <管理職(上司)向け>両立支援制度の利用者に対する対応 |
| <input type="checkbox"/> 「ケアマネジャーに相談する際に確認しておくべきこと」チェックリスト     | <input type="checkbox"/> 「働き方の工夫を考えよう」チェックリスト        |
| <input type="checkbox"/> 仕事と介護の両立計画                            | <input type="checkbox"/> その他( )                      |
| <input type="checkbox"/> <従業員向け>介護休業の取得から復帰までのフロー              | <input type="checkbox"/> その他( )                      |
| <input type="checkbox"/> 「親が元気なうちから把握しておくべきこと」チェックリスト          |  |
| <input type="checkbox"/> その他( )                                |  |
| <input type="checkbox"/> その他( )                                |  |