

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

| 仕事と介護の両立課題の共有               |                                                                              |               |         |      |   |          |   |            |                   |      |   |      |   |   |   |   |  |   |  |  |  |   |  |  |  |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------|------|---|----------|---|------------|-------------------|------|---|------|---|---|---|---|--|---|--|--|--|---|--|--|--|
| 確認事項                        |                                                                              | 初回面談時         |         |      |   | プラン策定面談時 |   |            |                   |      |   |      |   |   |   |   |  |   |  |  |  |   |  |  |  |
| 介護が必要な人について                 | 可能な範囲で、続柄、同居・別居の状況、介護を分担できる親族の有無等を確認してください。                                  |               |         |      |   |          |   |            | ※変更・追加がなければ記入不要です |      |   |      |   |   |   |   |  |   |  |  |  |   |  |  |  |
|                             |                                                                              |               |         |      |   |          |   |            |                   |      |   |      |   |   |   |   |  |   |  |  |  |   |  |  |  |
| 両立するうえでの課題・希望               | 勤務時間、曜日、休暇の必要性、出張の可否等を確認してください。<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              | また、取得・該当するものに、○をつけてください。                                                     | 自社で利用できる措置・制度 | 希望期間・時期 |      |   |          |   |            |                   |      |   |      |   |   |   |   |  |   |  |  |  |   |  |  |  |
|                             |                                                                              | 介護休業          | 年       | 月    | 日 | ～        | 年 | 月          | 日                 | 年    | 月 | 日    | ～ | 年 | 月 | 日 |  |   |  |  |  |   |  |  |  |
|                             |                                                                              | 所定外労働の免除      | 年       | 月    | 日 | ～        | 年 | 月          | 日                 | 年    | 月 | 日    | ～ | 年 | 月 | 日 |  |   |  |  |  |   |  |  |  |
|                             |                                                                              | その他           |         |      |   |          |   |            |                   |      |   |      |   |   |   |   |  |   |  |  |  |   |  |  |  |
|                             |                                                                              |               |         |      |   |          |   |            |                   |      |   |      |   |   |   |   |  |   |  |  |  |   |  |  |  |
| 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) | 業務面で配慮してほしいことがあるか確認してください。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。                                               |               |         |      |   |          |   |            |                   |      |   |      |   |   |   |   |  |   |  |  |  |   |  |  |  |
| 面談日                         |                                                                              | 年             |         |      |   | 月        |   |            |                   | 日    |   |      |   | 年 |   |   |  | 月 |  |  |  | 日 |  |  |  |
|                             |                                                                              | 人事・総務担当者確認    |         | 上司確認 |   | 本人確認     |   | 人事・総務担当者確認 |                   | 上司確認 |   | 本人確認 |   |   |   |   |  |   |  |  |  |   |  |  |  |

| 対象従業員の両立支援に向けたプラン |      |  |      |  |  |  |  |  |  |  |   |  |         |  |            |  |      |  |      |  |
|-------------------|------|--|------|--|--|--|--|--|--|--|---|--|---------|--|------------|--|------|--|------|--|
| プラン策定日            | 取組期間 |  | 取組内容 |  |  |  |  |  |  |  |   |  | 取組状況確認日 |  |            |  |      |  |      |  |
| 【当面のプラン】          |      |  |      |  |  |  |  |  |  |  |   |  |         |  |            |  |      |  |      |  |
|                   |      |  |      |  |  |  |  |  |  |  |   |  |         |  |            |  |      |  |      |  |
| 【介護支援プラン】         |      |  |      |  |  |  |  |  |  |  |   |  |         |  |            |  |      |  |      |  |
|                   |      |  |      |  |  |  |  |  |  |  |   |  |         |  |            |  |      |  |      |  |
| 利用した制度・働き方の実績     |      |  |      |  |  |  |  |  |  |  |   |  |         |  |            |  |      |  |      |  |
| フォロー面談            |      |  |      |  |  |  |  |  |  |  |   |  |         |  |            |  |      |  |      |  |
| 面談日               | 年    |  |      |  |  |  |  |  |  |  | 月 |  | 日       |  | 人事・総務担当者確認 |  | 上司確認 |  | 本人確認 |  |