

対象従業員	部署		氏名	
初回面談				
介護が必要な人について ※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 ※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 ※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、該当する取得のものに用、○の希望時期・時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		
		(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
	その他	法定的制度		会社独自の制度 ※ある場合のみ記入
		(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 ※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
-----	-------	------------	------	------

(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 ※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 ※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 ※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、該当する取得・利用の希望時期を、○をつけてください。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
	その他	法定の制度			会社独自の制度 ※ある場合のみ記入			
		(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 ※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"/> 「働き方の工夫を考えよう」チェックリスト	<input type="checkbox"/> その他()	
<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"/> その他()	<input type="checkbox"/> その他()	
<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"/> 「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	
-------	----	--	----	--

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 ※後日記入
介護支援プラン 【変更版】 ※変更した場合				

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に確認しておくべきこと」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"/> 「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"/> 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"/> 「働き方の工夫を考えよう」チェックリスト <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> その他()