

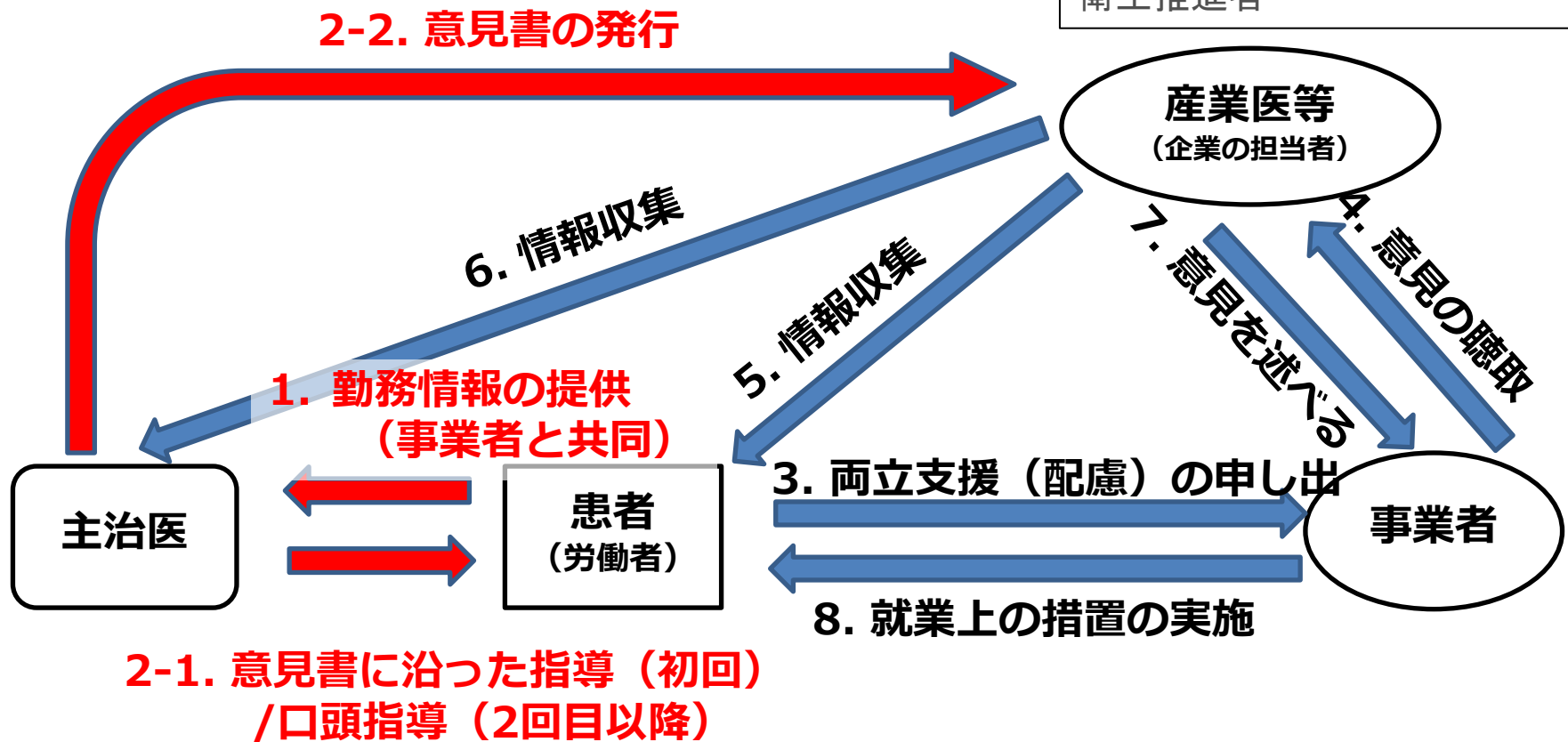


両立支援の流れ

産業医科大学 立石 清一郎

両立支援の流れ

産業医
総括安全衛生管理者
衛生管理者
安全衛生推進者
保健師
衛生推進者



「勤務情報提供書」 両立支援ガイドラインに収載

勤務情報を主治医に提供する際の様式例

(主治医所属・氏名) 先生

今後の就業継続の可否、業務の内容について職場で配慮したほうがよいことなどについて、先生にご意見をいただくための従業員の勤務に関する情報です。

どうぞよろしくお願い申し上げます。

従業員氏名	生年月日	年	月	日
住所				
職 種	※事務職、自動車の運転手、建設作業員など (作業場所・作業内容)			
職務内容	☐ 体を使う作業(重作業) ☐ 体を使う作業(軽作業) ☐ 長時間立位 ☐ 暑熱場所での作業 ☐ 寒冷場所での作業 ☐ 高所作業 ☐ 車の運転 ☐ 機械の運転・操作 ☐ 対人業務 ☐ 遠隔地出張(国内) ☐ 海外出張 ☐ 単身赴任			
勤務形態	☐ 常勤勤務 ☐ 二交替勤務 ☐ 三交替勤務 ☐ その他()			
勤務時間	時 分 ~ 時 分 (休憩 時間。週 日間。) (時間外・休日労働の状況:) (国内・海外出張の状況:)			
通勤方法 通勤時間	☐ 徒歩 ☐ 公共交通機関(着座可能) ☐ 公共交通機関(着座不可能) ☐ 自動車 ☐ その他() 通勤時間: () 分			
休業可能期間	年 月 日まで(日間) (給与支給 ☐ 有り ☐ 無し 傷病手当金●%)			
有給休暇日数	残 日間			
その他 特記事項				
利用可能な 制度	☐ 時間単位の年次有給休暇 ☐ 傷病休暇・病欠休暇 ☐ 時差出勤制度 ☐ 短時間勤務制度 ☐ 在宅勤務(テレワーク) ☐ 試し出勤制度 ☐ その他()			

上記内容を確認しました。

平成 年 月 日 (本人署名) _____

平成 年 月 日 (会社名)

- 職種
- 職務内容
- 勤務形態
- 通勤方法／時間
- 休業可能期間／有休残日数
- その他／特記事項
- 利用可能な制度

「意見書」復帰時・就業継続時 両立支援ガイドラインに収載

(別紙様式49)

職場復帰の可否等についての主治医意見書

患者氏名	生年月日	年	月	日
住所				
復職に関する意見	☐ 復職可 ☐ 条件付き可 ☐ 現時点で不可(休業: ~ 年 月 日) 意見 例: 重いものを持たない、暑い場所での作業は避ける、車の運転は不可、残業を避ける、長期的出張や海外出張は避ける など 注) 提供された勤務情報を踏まえて、医学的見地から必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。			
業務の内容について職場で配慮したほうがよいこと(望ましい就業上の措置)	例: 重いものを持たない、暑い場所での作業は避ける、車の運転は不可、残業を避ける、長期的出張や海外出張は避ける など 注) 提供された勤務情報を踏まえて、医学的見地から必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。			
その他配慮事項				
上記の措置期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
上記内容を確認しました。 年 月 日 (本人署名) _____				

上記のとおり、職場復帰の可否等に関する意見を提出します。

年 月 日 (主治医署名) _____

(注)この様式は、患者が病状を悪化させることなく治療と就労を両立できるよう、職場での対応を検討するために使用するものです。この書類は、患者本人から会社に提供され、プライバシーに十分配慮して管理されます。

(別紙様式49の2)

治療の状況や就業継続の可否等についての主治医意見書

患者氏名	生年月日	年	月	日
住所				
病名	(通勤や業務遂行に影響を及ぼし得る症状や薬の副作用等)			
現在の症状				
治療の予定	(入院治療・通院治療の必要性、今後のスケジュール(半年間、月1回の通院が必要、等))			
退院後/治療中の就業継続の可否	☐ 可 (職務の健康への悪影響は見込まれない) ☐ 条件付き可 (就業上の措置があれば可能) ☐ 現時点で不可(休業: ~ 年 月 日) 例: 重いものを持たない、暑い場所での作業は避ける、車の運転は不可、残業を避ける、長期的出張や海外出張は避ける など 注) 提供された勤務情報を踏まえて、医学的見地から必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。			
業務の内容について職場で配慮したほうがよいこと(望ましい就業上の措置)	例: 重いものを持たない、暑い場所での作業は避ける、車の運転は不可、残業を避ける、長期的出張や海外出張は避ける など 注) 提供された勤務情報を踏まえて、医学的見地から必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。			
その他配慮事項				
上記の措置期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
上記内容を確認しました。 年 月 日 (本人署名) _____				

上記のとおり、診断し、就業継続の可否等に関する意見を提出します。

年 月 日 (主治医署名) _____

(注)この様式は、患者が病状を悪化させることなく治療と就労を両立できるよう、職場での対応を検討するために使用するものです。この書類は、患者本人から会社に提供され、プライバシーに十分配慮して管理されます。

医学的見地から
必要と考えられる配慮
=安全配慮

その他の配慮
=Reasonable accommodation

留意事項通知に係る別紙様式と施設基準に係る別紙
「別紙様式49」「別紙様式49の2」にも収載

職場復帰に関する判断視点

- ① 本人の判断
治療が落ち着き、そろそろ仕事をしたいという**意欲**が戻ったか。
- ② 主治医の判断
仕事をして**も疾病経過や治療**に支障をきたさないか。
- ③ 産業医等の判断
職業上の適正を健康面から個別に判断（仕事をすることで体調を崩さないか、労働災害等の事故を起こさないか、仕事をする能力が十分回復しているか）。
- ④ 事業者の判断
総合的な判断。労働者の健康確保のみならず、雇用契約・労働契約の履行、就業規則、過去の対応事例や判例、他従業員との平等・公正性、といったことを踏まえ。



このコンテンツは、厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）
「医療機関における治療と仕事の両立支援の推進に資する研究（20J A 0601）」
研究代表者 産業医科大学 立石清一郎 により作成されました。