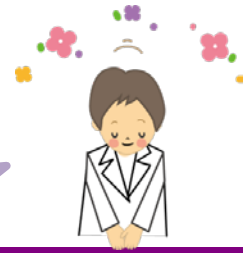


長崎大学職場復帰支援プログラム 各種様式等

- 【1】 説明書
- 【2】 様式1(療養経過報告書)
- 【3】 様式2(情報提供依頼書)
- 【4】 様式3(プラン検討時の確認事項)
- 【5】 様式4(就業配慮報告書)
- 【6】 様式5-1(部局長宛通知書)
- 【7】 様式5-2(本人宛通知書)
- 【8】 様式6(情報提供書)
- 【9】 様式7(監督者による健康管理報告書)

～病気療養のためお休みされる職員の皆さまへ～

保健・医療推進センターでは、皆さまが安心して療養に専念し、そしてスムーズに職場へ復帰できるように、お休み開始時から復帰後まで、**「職場復帰支援プログラム」**に沿ったサポートを行っております。



保健・医療推進センター

【職場復帰支援プログラムとは？】

- お休み開始時からの関わりによって、体調の変化に沿った療養中のアドバイスや復帰までの段階的な準備をお手伝いします。
- 産業医や保健師、カウンセラーなどの専門職と人事、総務、職場の管理監督署でチームを組み、多方面からサポートします。

【お休みされる方への2つのお願い】

①早めの面談のお願い

- お休み中はまずはゆっくり療養に専念していただくことが第一ですが、療養中の過ごし方や復帰に対する不安を軽減し、スムーズに復職できるために、**なるべく早い時期に産業医による面談を受けていただいております。**お休み中に病状が落ち着き、外出ができるようになりましたら**保健・医療推進センターまでご連絡ください。**面談日程の調整を行わせていただきます。

⇒ TEL 095-819-2213 (担当保健師:〇〇まで)

面談予定: __月 __日() ____:____ ~

面談場所: _____にて

※病休、休職中は、通勤災害の対象外となりますので、お越しになる際には事故等に十分お気を付けください。

②「復帰可能」の診断書提出のお願い(※1ヶ月を超える療養期間を経て復帰する場合)

- 病状が回復に向かい、**復帰のめどが付いたと感じたら、まずは主治医の診断を受けてください。****その際、別紙「主治医の先生へのお願い」を主治医にお渡しください。**主治医が復帰可能と判断した場合は、「〇月〇日より復帰可能」と明記された診断書を、復帰予定の2週間前までを目安に、所属の総務担当にご提出ください。**復帰に際しては産業医の面談が必要になります。**主治医の診断書をもとに、産業医が具体的な復帰プランについて検討いたします。

何かご不明な点がございましたら、保健・医療推進センターまでご相談ください。

保健・医療推進センター : TEL 095-819-2213 (担当保健師:〇〇)

～主治医の先生へのお願い～

職員の「職場復帰可能」の判断は、以下を参照のうえで、お願いいたします。
職場復帰可能と判断した場合は、「〇月〇日より復帰可能」と明記した診断書の作成をお願いいたします。

①「職場復帰可能」の目安

仕事をしていない状態で、ほぼ日常生活を送ることが出来るのが、復帰の目安です。

②就業時間について

職場復帰後は、以下の基本形に沿い、段階的に就業時間を増やしていく予定です。

※ただし、あくまでも基本形であり、必ずしも全員一律ではありません。

【基本形】

- ・ 復帰後1週目まで …4時間勤務
↓
- ・ 2～3週目まで …6時間勤務
↓
- ・ 4週目以降 …7時間45分勤務(時間外勤務、出張などは禁止)

ご協力をよろしくお願いいたします。



長崎大学
保健・医療推進センター

療 養 経 過 報 告 書

記入日： 令和 年 月 日

事業場	所属	個人番号	氏名(ふりがな)	生年月日	年齢
文教 ・ 坂本 片淵 ・ 病院 附属学校			男 ・ 女		
医療の状況	1. 診断名 ()				
	2. 医療機関名 ()				
	3. 主治医氏名 ()				
	4. 現在、入院中ですか? いいえ はい (令和 年 月 日 ~)				
	5. 現在、定期的に通院していますか? いいえ ・ はい (頻度: _____週間に_____回)				
	6. 服薬中のお薬があればお書き下さい				
現在の状態	◆ 現在の体と心の状態を表すところに、それぞれ×印を記入して下さい。				
	体	-----			とても悪い
心	-----				

◆ 下の14項目について、今のあなたに当てはまるところに○をつけてください。

		できる	だいたいできる	どちらでもない	あまりできない	できない
病状の自己管理	1	自分の病状の変化に気づくことができる				
	2	自分の病状について分かっている				
	3	定期的に通院している				
	4	薬の必要性を理解できている				
	5	薬をきちんと飲んでいる				
	6	調子が悪くなったときに適切に対処できる				
	7	疲れたときに適切に休める				
安定した日常生活	1	ほぼ決まった時間に就寝・起床している				
	2	ぐっすり眠れている				
	3	食事を適切にとることができる(三食・バランス)				
	4	歯磨き・整容・清潔な衣服の着用ができる				
	5	金銭管理ができる				
	6	交通機関を適切に利用できる				
	7	趣味や楽しみがあり気分転換できる				
その他	◆ 不安なこと、聞きたいこと等あればご自由にお書き下さい。					

職場復帰支援に関する情報提供依頼書

病院
クリニック

先生 御机下

〒852-8521
長崎市文教町1-14
長崎大学 保健・医療推進センター
Tel.095-819-2213
担当産業医

下記1の職員は、本学の職場復帰支援プログラムの対象になりました。下記3の事項について情報提供及びご意見いただければ大変参考になります。いただいた情報は、本人の職場復帰を支援する目的のみに使用され、プライバシーには十分配慮しながら産業医が責任を持って管理いたします。

今後とも、当大学の健康管理活動へのご協力をよろしくお願い申し上げます。

なお、下記3につきましては、貴院の様式でも構いません。

記

1. 職員情報(本人または保健・医療推進センター記入)

ふりがな		性別		生年月日	年 月 日 (歳)
氏名		男・女			
所属		職名			
職務内容					

2. 同意署名(本人記入)

私は、本情報提供依頼書に関する説明を受け、情報提供文書の作成ならびに産業医への提供について同意します。

令和 年 月 日

氏名 印

3. 情報提供依頼事項(主治医記入)

診断名		初診日	
治療内容			
現在の状況と、復職時の就業配慮に関するご意見			
その他			
令和 年 月 日			
医療機関名	医師名	印	

<p>職場復帰支援プラン検討時の確認事項</p>	<p>※ 職場復帰支援プラン検討時には、下記項目について確認する</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> これまでの経過<input type="checkbox"/> 主治医の意見<input type="checkbox"/> 本人の状況(職場復帰に対する意志, 健康状態 等)<input type="checkbox"/> 職場環境 等<input type="checkbox"/> 職場復帰の可否<input type="checkbox"/> 職場復帰予定日<input type="checkbox"/> 管理監督者による就業上の配慮<input type="checkbox"/> 人事労務管理上の対応事項<input type="checkbox"/> フォローアップの方法<input type="checkbox"/> 産業医意見
--------------------------	---

就業配慮報告書

長崎大学安全衛生管理規則第36条の規定により、下記の職員において、就業上の配慮が必要と判定しましたので報告いたします。

記

事業場	所属	職名	個人番号	氏名(ふりがな)	生年月日	年齢
文教・坂本 片淵・病院 附属学校				男 ・ 女		歳
一般疾病(心・身)・職場復帰・健康診断事後措置・長時間労働・母性健康管理・その他						
診断名 (主治医意見書)			医療機関名			
面談実施日	令和 年 月 日					
指導区分	期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日				
	医療の面()	1. 要医療 2. 要観察指導 3. 医療不要				
指導区分	生活規制の面()	A. 勤務不可(兼業の不可を含む) B. 勤務制限(時間外勤務および週休日勤務、出張、兼業の不可を含む) <input type="checkbox"/> 職務の変更 <input type="checkbox"/> 職務の軽減 <input type="checkbox"/> 勤務時間の短縮 <input type="checkbox"/> 業務量の軽減 C. ほぼ平常勤務 <input type="checkbox"/> 時間外勤務の制限(兼業も含むものとする) (1日 時間まで/連日の超勤: <input type="checkbox"/> 不可・ <input type="checkbox"/> 可) <input type="checkbox"/> 週休日における勤務の制限(月 回まで) <input type="checkbox"/> 出張の制限(月 回まで) <input type="checkbox"/> 深夜作業の制限(深夜作業従事者) (月 回まで) D. 平常勤務				
	※A～C区分に該当している間は裁量労働制の適用外となります。 ※具体的制限内容は下記参照					
就業上の配慮の具体的内容	※配置転換・異動、フォローアップの方法、職場の対応等も含む、詳細な就業上の配慮の内容を記入					

就業配慮通知書

〇 〇部局長 殿

学 長 (公印省略)

長崎大学安全衛生管理規則第36条および第37条の規定により、下記の職員について、指導区分を決定しましたので、通知します。

記

事業場	所属	職名	個人番号	氏名(ふりがな)	生年月日	年齢
文教・坂本 片淵・病院 附属学校						
				男・女		歳

期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
指導区分	医療の面 () 1. 要医療 2. 要観察指導 3. 医療不要 生活規制の面 () A. 勤務不可(兼業の不可を含む) B. 勤務制限(時間外勤務および週休日勤務、出張、兼業の不可を含む) <input type="checkbox"/> 職務の変更 <input type="checkbox"/> 職務の軽減 <input type="checkbox"/> 勤務時間の短縮 <input type="checkbox"/> 業務量の軽減 C. ほぼ平常勤務 <input type="checkbox"/> 時間外勤務の制限(兼業も含むものとする) (1日 時間まで/連日の超勤: <input type="checkbox"/> 不可・ <input type="checkbox"/> 可) <input type="checkbox"/> 週休日における勤務の制限 (月 回まで) <input type="checkbox"/> 出張の制限 (月 回まで) <input type="checkbox"/> 深夜作業の制限(深夜作業従事者) (月 回まで) D. 平常勤務 ※A~C区分に該当している間は裁量労働制の適用外となります。 ※具体的制限内容は下記参照
	就業配慮の 具体的内容

就業配慮通知書

所属： _____

氏名： _____ 殿

○ ○ 部 局 長 (公印省略)

長崎大学安全衛生管理規則第36条および第37条の規定により、下記の通り指導区分を決定しましたので、通知します。

記

期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
指導区分	医 療 の 面 () 1. 要医療 2. 要観察指導 3. 医療不要 生 活 規 制 の 面 () A. 勤務不可(兼業の不可を含む) B. 勤務制限(時間外勤務および週休日勤務、出張、兼業の不可を含む) <input type="checkbox"/> 職務の変更 <input type="checkbox"/> 職務の軽減 <input type="checkbox"/> 勤務時間の短縮 <input type="checkbox"/> 業務量の軽減 C. ほぼ平常勤務 <input type="checkbox"/> 時間外勤務の制限(兼業も含むものとする) (1日 時間まで/連日の超勤: <input type="checkbox"/> 不可 ・ <input type="checkbox"/> 可) <input type="checkbox"/> 週休日における勤務の制限 (月 回まで) <input type="checkbox"/> 出張の制限 (月 回まで) <input type="checkbox"/> 深夜作業の制限(深夜作業従事者) (月 回まで) D. 平常勤務 ※A~C区分に該当している間は裁量労働制の適用外となります。 ※具体的制限内容は下記参照
	就業配慮の具体的内容

(写しは監督者へ)

職場復帰および就業上の配慮に関する情報提供書

病院
クリニック 先生 御机下

〒852-8521
長崎市文教町1-14
長崎大学 保健・医療推進センター
担当産業医
TEL095-819-2213

日頃より、本学の健康管理活動にご理解、ご協力をいただき感謝申し上げます。
本学の下記職員の今回の職場復帰においては、下記のとおり決定いたしました。今後ともご指導の程どうぞよろしくお願い申し上げます。

記

1. 職員

ふりがな
氏名： (男・女)
生年月日： 昭和 平成 年 月 日 (歳)
所属： ○○部○○課
職名：
職務内容：

職場復帰(予定)日	令和 年 月 日 から
医療の面 ()	1. 要医療 2. 要観察指導 3. 医療不要
生活規制の面 ()	A. 勤務不可 B. 勤務制限(時間外勤務および週休日における勤務、出張の不可を含む) □ 職務の変更 □ 職務の軽減 □ 勤務時間の短縮 □ 業務量の軽減 C. ほぼ平常勤務 □ 時間外勤務の制限 (1日 時間まで/連日の超勤: □ 不可 ・ □ 可) □ 週休日における勤務の制限 (月 回まで) □ 出張の制限 (月 回まで) □ 深夜作業の制限(深夜作業従事者) (月 回まで) D. 平常勤務 ※具体的制限内容は下記参照
就業配慮の具体的な内容	

※この情報提供書は、職員本人を通じて直接、主治医へ提出すること

監督者による健康管理報告書

保健・医療推進センター 産業医 殿

(監督者)

事業場	所属	個人番号	氏名(ふりがな)	生年月日	年齢
文教 ・ 坂本 片淵 ・ 病院 附属学校			男 ・ 女		

報告期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
主な業務内容・業務量	(従来の 割程度)
就業形態	平均就業時間 (時 分 頃 ~ 時 分 頃) 時間外勤務() 休日勤務() その他就業制限 ()
就業態度・体調	休暇取得日 () 症状の訴え (ない ・ 少しある ・ 多いにある) 顔 色 (良好 ・ ほぼ良好 ・ やや不良 ・ 不良) 意 欲 (十分にあり ・ 普通 ・ やや低い ・ 低い)
処理能力・業務負荷	処理能力 (従来通り ・ 8割くらい ・ 5割くらい ・ 5割以下) 業務の量的負荷 (少ない ・ ほどよい ・ やや過重) 業務の質的負荷 (少ない ・ ほどよい ・ やや過重)
本人からの申し出	業務量に対して (増やして欲しい ・ 特になし ・ 減らしてほしい) 業務内容について (物足りない ・ 特になし ・ 負担である) 申し出があった場合、監督者の対応 ()
監督者からの意見・要望等	

※ 面談日までに提出のこと