

宮崎大学復職支援に関する指針

平成20年3月6日

安全衛生管理委員会

一部改正 令和3年10月1日 令和4年2月24日

安全衛生保健管理委員会

1. 目的

国立大学法人宮崎大学の職員（宮崎大学基本規則第23条に規定する職員をいう。以下同じ。）の健康保持、増進を図りながら、適切な人材配置と効率的な業務運営を実現するため、病気などを理由に職務を休んだ職員に適切な復職支援を行うことにより、復職後の疾病の再発を防止すると共に、円滑な復職を実現させることを目的とする。

2. 対象

原則として、医師の診断書により病気休暇が1ヶ月を超えた職員を対象とし、産業医、人事課、監督者が協議の上、復職支援の要否について判断することとする。

3. 復職支援プログラム

第一ステップ 病気休暇開始及び病気休暇中のケア
<p>(1) 職員から診断書の提出【職員→監督者→人事課→産業医】</p> <p>(2) 監督者等によるケア</p> <ul style="list-style-type: none">・監督者は、当該職員に、病気休暇中の事務手続きや復職支援の手順についての説明を行い、当該職員が安心して療養に専念できるよう努める。・必要に応じて産業医の面談を実施する。 <p>監督者は、当該職員が休暇の取得を開始し、引き続き暦日で14日を超えてもなお、その状況にある場合は、「傷病等による療養者の近況報告書（様式1）」（以下「近況報告書」という。）の提出を求めるものとし、以降、病気休暇が引き続き場合には、復帰するまでの間、1ヵ月に一回程度の間隔で、当該職員から監督者に直近1ヶ月間の療養状況を近況報告書により提出する。（当分の間、事務職員のみ）</p> <p>※ 監督者は「国立大学法人宮崎大学に勤務する職員の労働時間、休日及び休暇等に関する規程」第3条に規定する者とする。ただし、事務職員（課長以上の職又は事務長を除く。）の監督者は主管の課長若しくは室長（監査室室長を含む。）又は医学部事務部長若しくは事務長とする。以下同じ。」</p>



第二ステップ 主治医による復職可能の判断
<p>(1) 職員からの職場復帰の意思表示及び職場復帰可能の診断書の提出</p> <p>【職員→監督者→人事課】</p>



第三ステップ 復職の可否の判断及び復職支援プランの作成

(1) 情報の収集と評価

- ・ 職員の復職に対する意思の確認【産業医】
- ・ 主治医からの意見収集【産業医】「就業措置に関する診療情報依頼書（様式2）」（必要な場合のみ）
- ・ 職員の健康状態の確認【産業医】（監督者等から休暇（休職）前の状態等の確認）
- ・ 職場環境の評価【産業医、人事課】
- ・ その他

(2) 復職の可否についての意見【産業医】

(3) 復職支援プランの作成【産業医】

- ・ 復職日の設定【産業医、人事課、監督者】
- ・ 監督者による業務上の配慮【人事課－監督者協議】（業務軽減措置、配置部署の見直し等）
監督者は、復帰時の勤務対応について、当該職員に提示し、その結果を「復職時勤務対応について（様式3）」に記載の上、人事課に提出する。
- ・ 人事労務管理上の対応【人事課－監督者】
- ・ 医学的見地から見た意見【産業医、主治医】
- ・ フォローアップ

(4) 試し出勤について

- ・ 当該職員は最終的な復職の決定までの間において、人事課に試し出勤を申請することができる。
人事課への「試し出勤願（様式4）」申請を受けて、監督者は主治医、産業医の意見を踏まえ、当該職員及び人事課との協議の上、「試し出勤プログラム（様式5）」を作成し、当該職員に提示するものとする。
当該職員は、「試し出勤プログラム自己評価報告書（様式6）」を適宜作成し、監督者へ提出する。
監督者は「試し出勤プログラム自己評価報告書（様式6）」の提出を受け、「試し出勤（監督者）報告書（様式7）」を記入し、人事課へ提出する。

・ その他

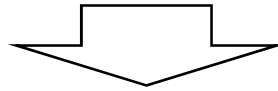
- ※ 1. 産業医は、安全衛生保健センターの支援が必要であると判断した場合、安全衛生保健センターの応援を求めるものとする。
- 2. 産業医は、復職の可否についての意見及び復職支援プランの作成において、就業支援委員会の審議が必要であると判断した場合、委員会に審議を依頼する。
- 3. 試し出勤に関しては、業務・通勤災害制度の代替措置として本学が加入する普通傷害保険への加入を勧めること



第四ステップ 最終的な復職の決定

- (1) 職員の健康状態の最終確認【産業医】
- (2) 就業上の措置等に関する意見書の作成【産業医】「就業配慮報告書（様式8）」
- (3) 最終的な復職の決定【学長】
 - ・学長は、復職の可否を決定し、「就業措置通知書（様式9）」を監督者を通じて職員に交付する。
- (4) その他
 - ・産業医は、必要に応じ「復職及び就業措置に関する情報提供書（様式10）」を当該職員を通じ、主治医に提出する。
 - * 産業医は、安全衛生保健センターの支援が必要であると判断した場合、安全衛生保健センターの応援を求めるものとする。

《復職》



第五ステップ 職場復帰後のフォローアップ

- (1) 症状の再燃・再発、新しい問題の発生等の有無の確認
【産業医による面談】
 - (2) 勤務状況の確認【監督者→産業医→人事課】
 - (3) 復職支援プランの実施状況の確認【産業医、人事課】
 - (4) 治療状況の確認【産業医】
 - (5) 復職支援プランの評価と見直し【産業医】
 - (6) 短縮勤務願（様式11）
- ※1. 産業医は、安全衛生保健センターの支援が必要であると判断した場合は、安全衛生保健センターの応援を求めるものとする。

傷病等による療養者の近況報告書

年 月 日

宮 崎 大 学 長 殿

所属部局	
所属課・係	
氏 名 (押印不要)	

傷病等による病気休暇及び年次休暇取得期間中における状況について報告いたします。

※傷病による休暇取得期間が暦日で14日を超えた場合に本人の健康状態を把握するため、1～4の欄を記入願います。

報告書を記載するにあたっては、連続する14日以上病気休暇及び年次休暇取得期間中に限り、報告書を作成の上、当該職員の管理監督者あてに提出するものとし、当該職員が職場に復帰するための職場復帰支援の資料として活用する。

(該当する口には、✓(又は■)を入れてください。)

1. 休暇期間	年 月 日 ～ 年 月 日
2. 報告期間	年 月 日 ～ 年 月 日
3. 療養の状況	<input type="checkbox"/> 通院 通院頻度 : 月に 日 週に 日
	<input type="checkbox"/> 入退院 入院年月日 : 年 月 日 退院年月日 : 年 月 日
	医療機関・住所・主治医名 (職場からご本人の同意なしに主治医に問い合わせることはありません。)
	主治医からの指導内容について記入して下さい(投薬状況も分かる範囲で記入ください)。
4. 近況報告 日常生活等	近況報告、日常生活の状況(起床・就寝・食事・外出・運動(ないし体力)等の状況等について記入して下さい。) 睡眠状況: 平均睡眠時間 時間(就寝 時、起床 時) 規則正しい睡眠がとれている: <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ いいえと答え方: <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 途中で起きると寝られない <input type="checkbox"/> 朝早く起きてしまう 食欲: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> 食べられない 外出: <input type="checkbox"/> 日に一度は外出している <input type="checkbox"/> ほとんど家にいる 運動: <input type="checkbox"/> 定期的にしている <input type="checkbox"/> 時々している <input type="checkbox"/> していない 上記以外に気になること、心がけていることがあればお書きください
そ の 他 自 由 記 載 欄 (別添も可)	

※ページ数を増やしてもかまいません。

※休暇取得期間中は休暇取得開始後、14日を超えた日以降、1ヵ月に一回程度の間隔で提出してください。

メール添付ファイルでの提出も可。

就業措置に関する診療情報依頼書

年 月 日

病院 科

ご担当医 _____ 先生 御机下

〒889-2192

宮崎市学園木花台西 1 丁目 1 番地

宮 崎 大 学

TEL:0985-58-3423

産業医氏名 _____

拝啓 本学教職員の診療につきましては格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

教職員 (年 月 日生:男・女) に、職場における就業上の配慮が必要かと考えております。つきましては病状・治療状況等を含めたご意見をいただければ幸いです。先生から本学へご提供いただいた下記の診療情報は、就業上の配慮を決定するために、上司、関係する管理職、および人事課のみに開示し、適正に使用いたします。

なお、この件につきましては下記のとおり、本人の同意を得ております。

同意書	私は上記に同意します。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">年 月 日</div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">(署名)</div>
-----	--

診療情報提供書

年 月 日

主治医記入欄 □にチェックをお願いします	診断名	
	経過及び治療内容	
	医療管理	<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 通院 (回/週、月) <input type="checkbox"/> その他 ()
	勤務管理	<input type="checkbox"/> まだ就業は難しい (年 月 日まで) <input type="checkbox"/> 就業可能 (年 月 日から) <input type="checkbox"/> 通常勤務が可能です <input type="checkbox"/> 勤務制限を要します (年 月 日まで) ・時間外勤務 <input type="checkbox"/> 可 (時間/日・月) 以内 <input type="checkbox"/> 不可 ・休日勤務 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ・出張の制限 <input type="checkbox"/> 可 (回/月以内) <input type="checkbox"/> 不可 ・運転 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ・作業内容・環境の調整 <input type="checkbox"/> 要 () <input type="checkbox"/> 不要 ・段階的な職場復帰 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 ※配慮事項に関するコメント・留意点など: (フルタイム勤務が難しい場合、時短勤務に関する勤務時間や勤務日数に関してご教授いただけますと幸いです。)
	今後の治療方針・治療見込みについて	
	その他連絡事項	
医療機関	医療機関名 所在地 TEL <div style="text-align: center;">医師名</div>	

学長 殿

監督者・職名 _____
氏 名 _____

復職時勤務対応について

このことについて、下記対象職員の復職時の対応について、以下のとおり提出いたします。

(1) 復帰日 【 年 月 日 () 】

対 象 職 員	(部署)	(役職)	(氏名)
---------	------	------	------

(2) 勤務時間について

- ・勤務時間調整の実施 【 有 / 無 】
- ・勤務時間を調整する場合、下記のスケジュール表に、該当者の4週間分の勤務予定時間を記入願います。

※裏面の記入例を参照の上、記入してください。

※復職日を赤線で囲ってください。

※上記表中、「午前」「午後」の区分毎に、次の例により記載。

勤務する区分 = 勤務予定時間を記載
勤務しない区分 = 斜線

【 年 月分】

	区分	月	火	水	木	金
○週目	日付	月 日	日	日	日	日
	午前					
	午後					
週目	日付	日	日	日	日	日
	午前					
	午後					
週目	日付	日	日	日	日	日
	午前					
	午後					
週目	日付	日	日	日	日	日
	午前					
	午後					

記入例

	区分	月	火	水	木	金
1週目	日付	11月27日	28日	29日	30日	12月1日
	午前			9:00~12:15	9:00~12:15	9:00~12:15
	午後				13:00~15:00	13:00~15:00

(以下省略)

※11月29日(水)に復帰、29日は午前中のみ勤務、水曜日以降は9時~15時勤務の場合

様式 3

(3) その他の就業制限について

- ① 残業の有無 【 有 / 無 】
→ 有の場合、記入 【 時間 / 日、 時間 / 週】
- ② 深夜勤務の有無 【 有 / 無 】
- ③ 宿泊を伴う出張の有無 【 有 / 無 】
→ 有りの場合、記入 【 予定日 】
- ④ 休日出勤の有無 【 有 / 無 】
→ 有りの場合、記入 【 予定日 】

(4) その他、実施する措置について

()

人事課長 殿

試し出勤願

復職にあたり、 年 月 日～ 年 月 日まで
試験的に職場に出勤できるようお取り計らいください。

尚、当該期間については、労働日の扱いにならないことから下記について了承いたします。

記

- (1) 法令に定めがあるものを除くほか、いかなる給与も支給されないこと。
- (2) 試し出勤期間中の事故については、労働者災害補償保険法(昭和 22 年法律第 50 号)による業務・通勤災害の適用を受けることはできないこと。
- (3) 宮崎大学人事課で一括加入する試し出勤期間中(含む通勤)の事故を対象とする民間傷害保険の加入手続きのため、次の情報を宮崎大学人事課から傷害保険引受会社へ提供すること。
 - ①傷害保険へ加入する者の氏名、役職名
 - ②傷害保険へ加入する期間
- (4) 試し出勤期間中は、産業医の指示により対処し、職場においては監督者の監督指示に従うこと。
- (5) 原則、全日出勤すること。もし体調不良で出勤できない場合は必ず始業時刻前に監督者に連絡すること。
- (6) 試し出勤に関して、監督者(監督者から委任を受けた者を含む。)又は産業医が主治医へ私の病状等の情報提供を求めると及び主治医がそれに応じて情報提供すること。
- (7) 試し出勤した日は「試し出勤プログラム自己評価報告書」を記入し、1 週間ごとに監督者に提出すること。

年 月 日

(本人)

氏名 _____

(監督者)

氏名 _____

※ この同意書で収集した情報は、申請者の職場復帰を支援する目的のみに使用し、個人情報には十分配慮しながら産業医、監督者、人事課が責任を持って管理する。

試し出勤プログラム自己評価報告書

所属部署 _____

氏 名 _____

1. 職場復帰希望日： 年 月 日
2. 試し出勤実施期間： 年 月 日から 年 月 日まで
3. 試し出勤の内容と自己評価

月日・時間	実施した内容	自 己 評 価
月 日 () : ~ :		
月 日 () : ~ :		
月 日 () : ~ :		
月 日 () : ~ :		
月 日 () : ~ :		

この1週間職場復帰に向けて取り組んだ内容、今後取り組みたいこと

- ※1. 当該職員は、試し出勤した日は「試し出勤プログラム自己評価報告書」を記入し、1週間ごとに監督者に提出する。
2. 監督者は、この評価票を人事課へ提出する。
3. この報告で収集した情報は、報告者の職場復帰を支援する目的のみに使用し、個人情報には十分配慮しながら産業医、監督者、人事課が責任を持って管理する。

試し出勤（監督者）報告書

報告者：所属部署 _____

監督者氏名 _____

1. 当該職員氏名： _____
2. 職場復帰希望日： 年 月 日
3. 試し出勤実施期間： 年 月 日から 年 月 日まで
4. 試し出勤の実施内容と観察評価

月日・時間	実施内容	観 察 ・ 評 価
月 日 () : ~ :		
月 日 () : ~ :		
月 日 () : ~ :		
月 日 () : ~ :		
月 日 () : ~ :		

※必ず記載すること

この1週間の状況等に関する監督者意見（評価と職場復帰への課題等）

- ※1. 監督者は、当該職員の「試し出勤」実施内容と評価を毎日記入し、人事課へ提出する。
2. 状態が安定した場合は、1週間単位とするなど、適宜修正して記載すること。
3. 収集した情報は、当該職員の職場復帰を支援する目的のみに使用し、個人情報には十分配慮しながら監督者、産業医、人事課が責任を持って管理する。

就業配慮報告書

年 月 日

国立大学法人 宮崎大学長 殿

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。なお、就業配慮期間は下記の内容に従って就業配慮を継続してください。

健康診断事後措置	職場復帰	過重労働	母性健康管理	その他
所 属		職 名		
氏 名		生年月日	年 月 日(歳)	
		性 別	男 ・ 女	
勤務概要				
健康状況概要				
産業医との面談概要 (監督者との協議内容も含む)				

<就業配慮内容> 1. 就業可 (就業配慮期間： 年 月 日～ 年 月 日) 1) 通常就業可能と認める 2) 下記の条件付で就業可能と認める a. 職場変更： b. 作業内容の変更： c. 超勤制限： d. 出張制限： e. 業務軽減： f. その他： 2. 就業不可 (就業不可期間： 年 月 日～ 年 月 日)	
就業管理区分	内 容
1	勤務をほぼ正常に行ってよいもの
2	勤務に制限を加える必要のあるもの
3	勤務を休む必要のあるもの
3. 具体的な就業上の指示	
産業医意見欄	年 月 日 産業医氏名

就業措置通知書

年 月 日

殿

国立大学法人 宮崎大学学長

標記について、就業配慮を下記のとおり決定したので通知します。

<就業配慮内容>

1. 就業可 (就業配慮期間: 年 月 日 ~ 月 日)

- 1) 通常就業可能と認める
- 2) 下記の条件付で就業可能と認める
 - a. 職場変更:
 - b. 作業内容の変更:
 - c. 超勤制限:
 - d. 出張制限:
 - e. 業務軽減:
 - f. その他:

2. 就業不可

復職及び就業措置に関する情報提供書

 病院
 _____ クリニック _____ 先生 御机下

〒889-2192

宮崎市学園木花台西1-1

宮崎大学

TEL 0985-58-_____

産業医氏名 _____

日頃より当大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。

当大学の下記職員の今回の復職においては、下記の就業配慮内容に基づき支援をしていきたいと考えております。

今後ともご指導の程よろしくお願い申し上げます。

記

氏 名

生年月日

年

月

日

年齢

歳

性 別

男・女

<就業配慮内容>

1. 就業可 (就業配慮期間 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日)

- 1) 通常就業可能と認める
- 2) 下記の条件付で就業可能と認める
 - a. 職場変更 :
 - b. 作業内容の変更 :
 - c. 超勤制限 :
 - d. 出張制限 :
 - e. 業務軽減 :
 - f. その他 :

2. 就業不可

人事課長 殿

短縮勤務願

病気休職から復職するにあたり、 年 月 日までの間は下記の短縮勤務ができるよう
お取り計らい願います。

なお、当該期間で休暇を承認された期間以外については、給与が支給されないことを了承いたしま
す。

記

1. 復職年月日 年 月 日
2. 短縮勤務の期間 年 月 日～ 年 月 日
3. 短縮勤務の形態 勤務する時間 時 分～ 時 分
勤務しない時間 時 分～ 時 分

年 月 日

(本人)

氏名 _____

(監督者)

職名 _____

氏名 _____