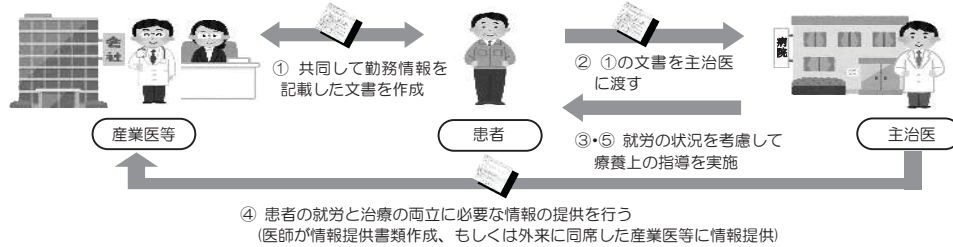


### 医科診療報酬点数表の区分「B001-9 療養・就労両立支援指導料」について

- 患者本人と企業が共同で作成した勤務情報に基づき、主治医が、患者に療養に必要な指導を実施し、企業に対して診療情報を提供した場合について評価するものです。
- また、診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ、療養に必要な指導を行った場合についても評価されます。

#### 対象疾患

がん、脳血管疾患、肝疾患(慢性経過)、指定難病、心疾患、糖尿病、若年性認知症



初回：800点 (情報通信機器を用いて行った場合：696点)

- ① 患者と事業者が共同で作成した勤務情報を記載した文書を受け取る
- ② 患者に療養に必要な指導を実施する
- ③ 企業に対して診療情報を提供する※

※ 企業側の連携先：産業医、総括安全衛生管理者、衛生管理者、安全衛生推進者、労働者の健康管理等を行う保健師、衛生推進者

2回目以降：400点 (情報通信機器を用いて行った場合：348点)

- ④ 診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ療養に必要な指導を実施する
- ※ 初回を算定した月から起算して3月を限度として、月1回に限り算定する

相談支援加算：50点

- 患者に対して、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師が相談支援を行った場合について評価
- 両立支援コーディネーター研修を修了した者であること

令和4年4月改定

山口県地域両立支援推進チームは、治療と仕事の両立支援を効果的に進めるため、山口県内の関係団体がネットワークを構築し、既に行われている両立支援に係る取組を効果的に連携させ、両立支援の取組の推進を図ることを目的に設置されたものです。

○構成メンバー（50音順）

日本労働組合総連合会 山口県連合会、特定非営利活動法人日本キャリア開発協会 中国・四国支部  
 一般社団法人日本産業カウンセラー協会 中国支部、一般社団法人山口県医師会、山口県医療ソーシャルワーカー協会  
 山口県がん診療連携協議会 相談支援部会、山口県（健康福祉部 医療政策課・健康増進課、商工労働部 労働政策課）  
 山口県経営者協会、山口県社会保険労務士会、山口県商工会議所連合会、山口県商工会連合会、一般社団法人山口県労働基準協会

独立行政法人労働者健康安全機構（山口産業保健総合支援センター、山口労災病院）  
 山口労働局（雇用環境・均等室、職業安定部 職業安定課・職業対策課）

※ 印刷する場合には下記のホームページから入手できます。「両面印刷」「短辺とじ」で印刷してください。  
 山口労働局HP ▶ 各種法令・制度・手続き ▶ 安全衛生関係 ▶ 治療と仕事の両立支援について  
 QRコード



令和4年4月改定

# 治療と仕事の 両立支援連絡帳

## 治療と仕事の 両立支援



山口県地域両立支援推進チーム

## 従業員の治療と仕事の両立支援活動について（お願い）

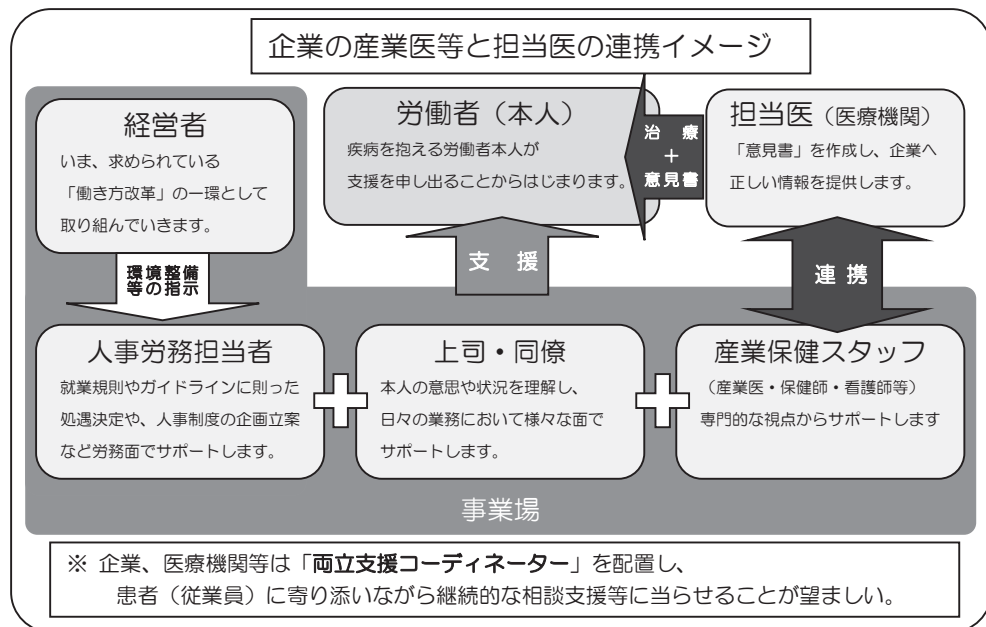
当院では、患者\_\_\_\_\_さんにより良い治療を継続していただくため、「治療と仕事の両立支援連絡帳」をお渡ししております。これは、患者さんの同意のもと、連絡帳を通して勤務情報を担当医に正確にお伝えし、これを踏まえ担当医から病気の治療状況等を職場の方に正確にお伝えしていくものです。

御社の大切な働き手である患者さんに、病状を増悪させることなく仕事を続けていただき、休業、退職の可能性を少しでも減らす支援活動であり、御社にとって、人材の確保・定着や労働生産性の向上、社員の健康寿命の延長等に寄与するものと考えます。

何卒ご理解とご協力を賜りますよう、よろしくお願いいたします。

令和 年 月 日

病院 担当医



## 患者（労働者）向けの「治療と仕事の両立」相談窓口

窓 口	相談内容
<b>山口産業保健総合支援センター</b> 山口市旭通り2丁目9-19 山口建設ビル4F TEL 083-933-0105	○治療と仕事の両立支援に関する相談 相談日時：平日9:00～17:00 ○出張相談窓口：開設場所、日時は <a href="https://www.yamaguchis.johas.go.jp/">https://www.yamaguchis.johas.go.jp/</a> に掲載 ○患者（労働者）と事業場との個別調整支援 ○事業者に対する啓発セミナー、管理者向け両立支援教育 ○事業場への個別訪問支援（ご利用は全て無料）
<b>山口労災病院 両立支援相談窓口</b> 山陽小野田市小野田1315-4 TEL 0836-83-2881	○治療と仕事の両立支援に関する相談（無料） 医療ソーシャルワーカーが対応します。 山口労災病院的患者以外の方も相談できます。また、がん以外の疾病についても相談できます。 相談日時：平日13:00～17:00
<b>ハローワーク 長期療養者職業相談コーナー</b> （宇部）宇部市北琴芝2-4-30 TEL 0836-31-0164 （徳山）周南市大字徳山7510-8 TEL 0834-31-1950 （岩国）岩国市山手町1-1-21 TEL 0827-21-3281 （下関）下関市貴船町3-4-1 TEL 083-222-4031	○長期療養者に対する就職支援 相談対象となる方は、次のいずれにも当てはまる方です。 1.主治医から就労可能と判断されているがん、肝炎等の長期療養中の方 2.離職されている方もしくは近々離職が予定されている方 連携先拠点病院 山口大学医学部附属病院、岩国医療センター、周東総合病院、徳山中央病院、山口県立総合医療センター、下関総合病院
<b>ハローワーク山口 難病患者就職サポーターによる出張相談</b> 山口市神田町1-75 TEL 083-922-0043	○難病患者に対する就労支援 対象者：難病患者で就職を考えている方など 県内の「地域難病相談支援センター（各健康福祉センター及び下関市立下関保健所）」において出張相談を行っています。 相談日時：各センターごとに相談日を設定
<b>山口県社会保険労務士会</b> 山口市中央4丁目5-16 山口県商工会館2階 TEL 0120-939-664	○総合労働相談（無料） 社会保険労務士による職場の悩み相談 電話相談：毎週木曜日14:00～17:00 対面相談：毎週木曜日14:00～17:00（予約制）
<b>連合山口 なんでも労働相談</b> 山口市緑町3-29 TEL 0120-154-052	○総合労働相談（無料） 働くことに関する困りごとは、労働組合の連合にご相談ください。専門のアドバイザーが対応します。 相談日時：平日10:00～16:00
<b>日本産業カウンセラー協会</b> TEL 03-5772-2183	○働く人の悩みホットライン（無料） 相談日時：月曜～土曜15:00～20:00
<b>日本キャリア開発協会</b>	○キャリアコンサルティング（30分無料電話相談） <a href="https://www.j-cda.jp/hatarakikata/index.php">https://www.j-cda.jp/hatarakikata/index.php</a> で申し込み（事前予約制）
<b>山口県がん総合相談窓口</b> 防府市大字上右田2686 （公社）山口県看護協会内 TEL 0835-28-7090	○がんに関すること全般（仕事・就労問題を含む）（無料） 相談日時：平日9:00～12:00、13:00～16:00 ※「がん相談支援センター」が県下に9カ所あります

※ 対面相談は予約が必要です。祝日・年末年始はお休みです。通話料は相談者負担です。

# 病気でも働き続けてほしい

— 働きたい人の気持ちを応援したい。 —

労働者が、がん等の病気になってしまった時、無理なく働き続けてもらうためには、どうすれば良いのだろうか・・・。



最近では、がん等の病気になっても、治療技術の進歩等により治療をしながら働き続ける人が増えています。

しかし、事業場において治療に対する配慮や適切な措置がなければ、労働者が治療と両立して働き続けることは難しくなってしまいます。

## 治療と仕事の両立支援とは？

反復・継続して治療を行う必要がある疾病を負った労働者、または疾病のある労働者の、治療と仕事の両立を支援するために、企業が一定の就業上の措置を行うことをいいます。

### 措置の例

**休暇制度：**時間単位の年次有給休暇、傷病休暇・病欠休暇（取得条件や取得中の処遇（賃金の支払いの有無等）は問わない）など  
**勤務制度：**フレックスタイム制度、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 など

## 治療と仕事の両立支援の大切さ

疾病を抱える労働者が、業務によって疾病が悪化することがないように、治療と仕事の両立のために必要となる、一定の就業上の措置や治療に対する配慮を行うことは、「**労働者の健康確保対策**」として位置づけられます。さらに、事業者にとっては、継続的な人材の確保とともに、労働者のモチベーションの向上による人材の定着・生産性の向上なども期待できます。

## こころの耳 をご存じですか？

「こころの耳」は、働く方と、周りで支える方々をサポートする

職場のメンタルヘルス対策専門の情報サイトです



### ●患者

フリガナ：.....

氏名：..... 性別：女・男

生年月日：昭和・平成・令和・西暦.....年.....月.....日

住所 〒.....

TEL：.....（.....）.....

### ●患者勤務先

会社名：.....

所在地：〒.....

所属部署：.....

TEL：.....（.....）.....

### ●勤務先担当者／連絡先

部署：.....

役職：.....

氏名：.....

TEL：.....（.....）.....

### ●医療機関（所在地・名称・電話番号）

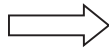
〒.....

TEL：.....（.....）.....

### ●担当医名

.....

企業関係者から



担当医へ

勤務情報提供書

主治医： \_\_\_\_\_ 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。

従業員氏名	
職 種	
職務内容	(作業場所・作業内容) _____ <input type="checkbox"/> 体を使う作業(重作業) <input type="checkbox"/> 体を使う作業(軽作業) <input type="checkbox"/> 長時間立位 <input type="checkbox"/> 暑熱場所での作業 <input type="checkbox"/> 寒冷場所での作業 <input type="checkbox"/> 高所作業 <input type="checkbox"/> 車の運転 <input type="checkbox"/> 機械の運転・操作 <input type="checkbox"/> 対人業務 <input type="checkbox"/> 遠隔地出張(国内) <input type="checkbox"/> 海外出張 <input type="checkbox"/> 単身赴任
勤務形態	<input type="checkbox"/> 常雇勤務 <input type="checkbox"/> 二交替勤務 <input type="checkbox"/> 三交替勤務 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 公共交通機関(着座可能) <input type="checkbox"/> 公共交通機関(着座不可能) <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 傷病手当金 _____ %)
有給休暇日数	残 _____ 日間 <input type="checkbox"/> 半日あるいは時間単位での休暇を取得可
その他 特記(連絡)事項	
利用可能な 制度	<input type="checkbox"/> 時間単位の年次有給休暇 <input type="checkbox"/> 傷病休暇・病気休暇 <input type="checkbox"/> 時差出勤制度 <input type="checkbox"/> 短時間勤務制度 <input type="checkbox"/> 在宅勤務(テレワーク) <input type="checkbox"/> 試し出勤制度 <input type="checkbox"/> その他( _____ )

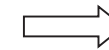
上記内容を確認しました。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ (本人署名)

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 会社名： \_\_\_\_\_

担 当： \_\_\_\_\_ 連絡先： \_\_\_\_\_

担当医から



産業医等へ

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
病名			
現在の症状	(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)		
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	<input type="checkbox"/> 可(職務の健康への悪影響は見込まれない) <input type="checkbox"/> 条件付きで可(就業上の措置があれば可能) <input type="checkbox"/> 現時点で不可(療養の継続が望ましい)		
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)	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	注) 治療のために必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。		
上記の措置期間	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	~	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記内容を確認しました。

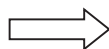
令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ (本人署名)

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。

令和 \_\_\_\_\_ 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。

企業関係者から



担当医へ

勤務情報提供書

主治医： \_\_\_\_\_ 先生

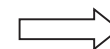
今後の就業継続の可否、業務の内容について職場で配慮したほうがよいことなどについて、先生にご意見をいただくための従業員の勤務に関する情報です。

従業員氏名	
職 種	
職務内容	(作業場所・作業内容) [ _____ ] <input type="checkbox"/> 体を使う作業(重作業) <input type="checkbox"/> 体を使う作業(軽作業) <input type="checkbox"/> 長時間立位 <input type="checkbox"/> 暑熱場所での作業 <input type="checkbox"/> 寒冷場所での作業 <input type="checkbox"/> 高所作業 <input type="checkbox"/> 車の運転 <input type="checkbox"/> 機械の運転・操作 <input type="checkbox"/> 対人業務 <input type="checkbox"/> 遠隔地出張(国内) <input type="checkbox"/> 海外出張 <input type="checkbox"/> 単身赴任
勤務形態	<input type="checkbox"/> 常雇勤務 <input type="checkbox"/> 二交替勤務 <input type="checkbox"/> 三交替勤務 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 公共交通機関(着座可能) <input type="checkbox"/> 公共交通機関(着座不可能) <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> その他( _____ ) 通勤時間：( _____ )分
休業可能期間	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで( _____ 日間) (給与支給 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 傷病手当金 _____ %)
有給休暇日数	残 _____ 日間 <input type="checkbox"/> 半日あるいは時間単位での休暇を取得可
その他 特記(連絡)事項	
利用可能な 制度	<input type="checkbox"/> 時間単位の年次有給休暇 <input type="checkbox"/> 傷病休暇・病気休暇 <input type="checkbox"/> 時差出勤制度 <input type="checkbox"/> 短時間勤務制度 <input type="checkbox"/> 在宅勤務(テレワーク) <input type="checkbox"/> 試し出勤制度 <input type="checkbox"/> その他( _____ )

上記内容を確認しました。  
 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ (本人署名)

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 会社名： \_\_\_\_\_  
 担 当： \_\_\_\_\_ 連絡先： \_\_\_\_\_

担当医から



産業医等へ

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
復職に関する 意見	<input type="checkbox"/> 復職可 <input type="checkbox"/> 条件付き可 <input type="checkbox"/> 現時点で不可(休業：~ _____ 年 _____ 月 _____ 日) 意見		
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)	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	注) 治療のために必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。		
上記の措置期間	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	~	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

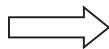
上記内容を確認しました。  
 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ (本人署名)

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。  
 令和 \_\_\_\_\_ 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。



企業関係者から



担当医へ

勤務情報提供書

主治医： \_\_\_\_\_ 先生

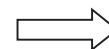
今後の就業継続の可否、業務の内容について職場で配慮したほうがよいことなどについて、先生にご意見をいただくための従業員の勤務に関する情報です。

従業員氏名	
職 種	
職務内容	(作業場所・作業内容) [ _____ ] <input type="checkbox"/> 体を使う作業(重作業) <input type="checkbox"/> 体を使う作業(軽作業) <input type="checkbox"/> 長時間立位 <input type="checkbox"/> 暑熱場所での作業 <input type="checkbox"/> 寒冷場所での作業 <input type="checkbox"/> 高所作業 <input type="checkbox"/> 車の運転 <input type="checkbox"/> 機械の運転・操作 <input type="checkbox"/> 対人業務 <input type="checkbox"/> 遠隔地出張(国内) <input type="checkbox"/> 海外出張 <input type="checkbox"/> 単身赴任
勤務形態	<input type="checkbox"/> 常雇勤務 <input type="checkbox"/> 二交替勤務 <input type="checkbox"/> 三交替勤務 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 公共交通機関(着座可能) <input type="checkbox"/> 公共交通機関(着座不可能) <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> その他( _____ ) 通勤時間：( _____ )分
休業可能期間	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで( _____ 日間) (給与支給 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 傷病手当金 _____ %)
有給休暇日数	残 _____ 日間 <input type="checkbox"/> 半日あるいは時間単位での休暇を取得可
その他 特記(連絡)事項	
利用可能な 制度	<input type="checkbox"/> 時間単位の年次有給休暇 <input type="checkbox"/> 傷病休暇・病気休暇 <input type="checkbox"/> 時差出勤制度 <input type="checkbox"/> 短時間勤務制度 <input type="checkbox"/> 在宅勤務(テレワーク) <input type="checkbox"/> 試し出勤制度 <input type="checkbox"/> その他( _____ )

上記内容を確認しました。  
 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ (本人署名)

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 会社名： \_\_\_\_\_  
 担 当： \_\_\_\_\_ 連絡先： \_\_\_\_\_

担当医から



産業医等へ

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
病名			
現在の症状	(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)		
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	<input type="checkbox"/> 可(職務の健康への悪影響は見込まれない) <input type="checkbox"/> 条件付きで可(就業上の措置があれば可能) <input type="checkbox"/> 現時点で不可(療養の継続が望ましい)		
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)	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	注) 治療のために必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。		
上記の措置期間	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	~	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記内容を確認しました。  
 令和 \_\_\_\_\_ 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。