

大阪労働局職業安定部
「治療と仕事の両立支援」
大阪府社会保険労務士会館
2025.11.20 (木)

産保センターでの支援事例

大阪産業保健総合支援センター
産業保健専門職（保健師）
永田庸子



独立行政法人
労働者健康安全機構

Japan Organization of Occupational Health and Safety

johas

社員の健康管理に携わる方なら

47全ての都道府県に設置



産業保健総合支援センター（さんぽセンター）

社員の健康管理に携わる産業医、保健師、衛生管理者等からの
ご相談内容に応じ、以下のようなサービスを提供しています。

メンタルヘルス対策



治療と仕事の両立支援



専門的・実践的研修



専門的相談対応



産業保健に関する
情報提供



事業主等に対する
啓発セミナー



産業保健総合支援センターによる両立支援



大阪産業保健総合支援センターの両立支援



企業や労働者からの**相談**



企業（事業主）から

- がん・脳卒中・難病等と診断された社員が復職したいといっている。会社はどんな配慮がいるのか？どう対応したらよいのか？

両立支援の進め方がわからない
どんな配慮をすればよいのか？
どう対応すればよいのか？



労働者から



- 小さな会社なので迷惑が掛かるので辞めたほうがいいのか？しかし、生活費も治療費もいる。
- 会社に病気のことを理解してもらえない。どこまで伝えればよいのか？

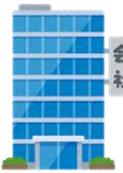
会社にどのように説明すればよい？

大阪産業保健総合支援センターの両立支援



企業に**訪問支援**

無料



□制度導入/環境整備

- 両立支援の実際の進め方わからない
- 社内で両立支援の啓発教育したい
(風土の醸成)
- 医療との連携の方法がわからない
- 管理監督者の教育を勧めたい
- 社内の環境整備を整えたい
- 休暇制度や規程の整備をしたい
- 情報が欲しい

□個別事案 (対象になる社員がいる場合、事業場・ご本人の同意の必要があります)

- 病気で休業中の社員が職場復帰を申し出ているが、働かせるうえでどんな配慮をしたらよいのか 安全に働かせるには・・・
(配慮事項の検討への助言)
- 医療機関との連携方法
- 両立支援プラン/職場復帰プランのアドバイス

なるほど～



事例 1 ; 46歳男性 右肺がん

□事業主から相談

肺がんで休んでいた社員が、来週から復帰するといってきたので相談したい
本人からは、医者が復帰していいといっているので、来週から復帰しますという連絡
本人の病気のことなので、あまり詳細は聞いていないが、大丈夫といっている
大病からの復帰は今回初めてなので、本当に大丈夫なのか心配だが、来週から復帰させる

□両立支援について概要説明し、訪問

本人、事業主、双方に両立支援の概要説明と支援の同意確認し支援をスタート

□支援開始

ご本人の状況を確認、課題を整理、両立支援プラン調整

両立支援の検討に必要な情報

ガイドラインP14

情報収集するための様式例

◆ 勤務情報提供

まずは、労働者が会社に申し出る
本人経由で主治医に仕事の情報を提供する

**主治医は職場のことがわからないと適切な意見
が書けない**

- ◆ 業種・職務内容や形態
- ◆ 勤務時間
- ◆ 利用可能な制度/休職満了日

★主治医に正しく業務内容
を伝えられていたのか?
★必要な治療の頻度は?
★今後のスケジュールは?

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	<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"/> 常勤勤務 <input type="checkbox"/> 二交替勤務 <input type="checkbox"/> 三交替勤務 <input type="checkbox"/> その他() 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:)	
勤務時間	<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	
通勤方法 通勤時間	<input type="checkbox"/> 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 ●%)	
休業可能期間	残 日間	
有給休暇日数		
その他 特記事項		
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)

◆ 主治医意見書

ガイドラインP15.16

治療の状況や就業継続の可否等について主治医の意見を求める際の様式例
(診断書と兼用)

患者氏名		生年月日	年 月 日
住所			

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)	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、長期の出張や海外出張は避ける、など <small>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。</small>		
その他配慮事項	例: 通院時間を確保する、休憩場所を確保する、など <small>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。</small>		
上記の措置期間	年 月 日 ~ 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。

職場復帰の可否等について主治医の意見を求める際の様式例

患者氏名		生年月日	年 月 日
住所			

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 <small>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、長期の出張や海外出張は避ける、など <small>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。</small> </small>		
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)	<small>例: 通院時間を確保する、休憩場所を確保する、など <small>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。</small> </small>		
その他配慮事項	<small>例: 通院時間を確保する、休憩場所を確保する、など <small>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。</small> </small>		
上記の措置期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
上記内容を確認しました。 令和 年 月 日 (本人署名) _____			

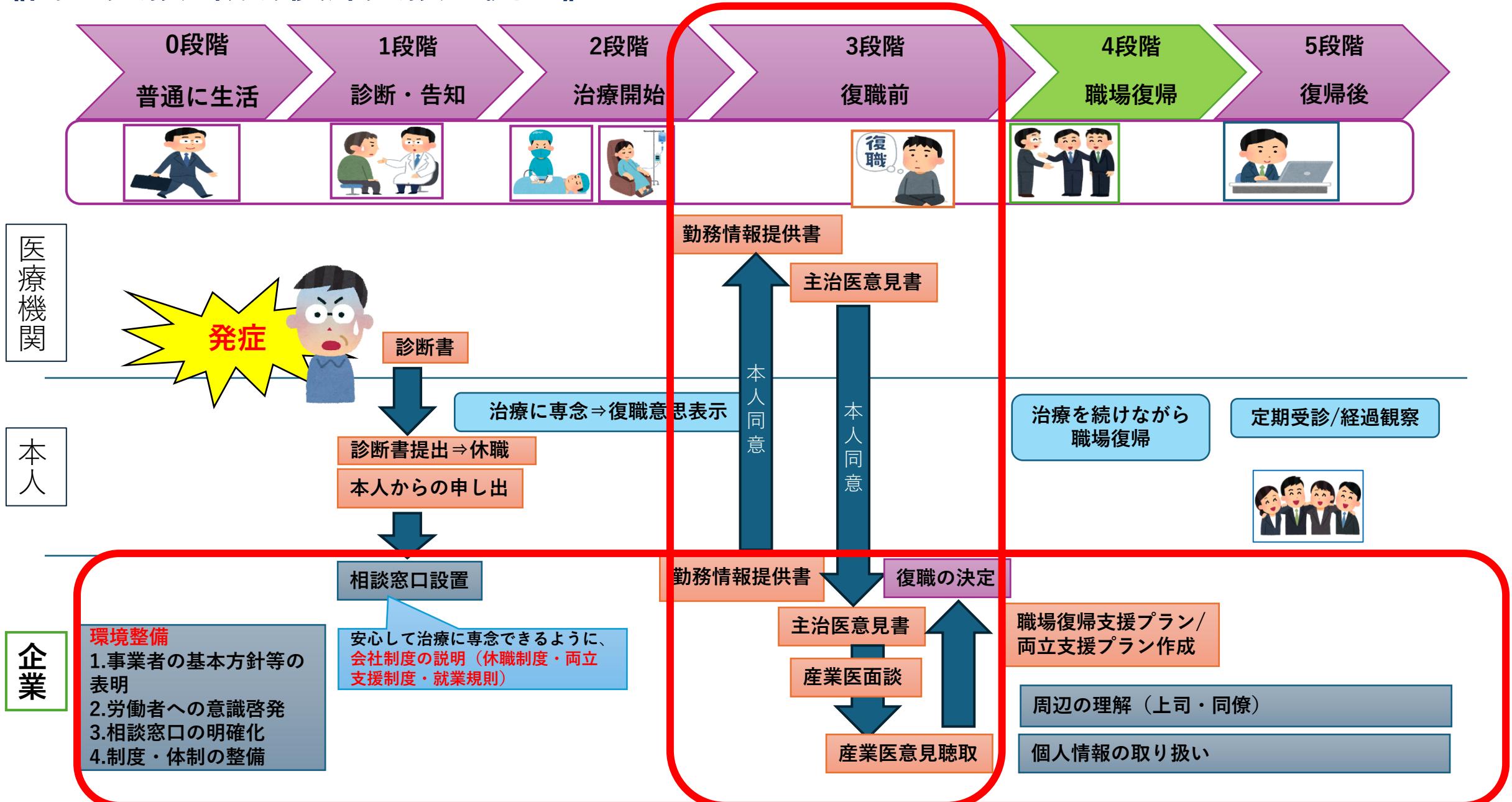
上記のとおり、職場復帰の可否等に関する意見を提出します。

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。

主治医から、就業上必要な措置等に関する意見をもらう

《両立支援・職場復帰支援の流れ》



事例2；500～1000人規模の事業所

□事業所担当者からの相談

両立支援について社内でも仕組みはあるが、あまり社員に周知できておらず、

実際に罹患しても申し出にくい状態

新任管理者や疾患を抱えた社員を部下に持った経験のない**管理職が対応に苦慮**

□両立支援の環境整備や周知について訪問支援

【提案内容】

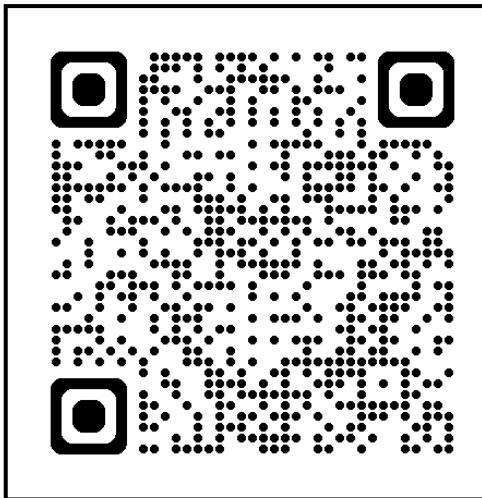
- ・相談窓口設置・・・相談窓口の役割を明確にしておく
- ・両立支援ハンドブック作成

«休暇制度・勤務制度・医療費の支援情報（社内独自/公的）復職までの流れ・社内の相談窓口一覧等»

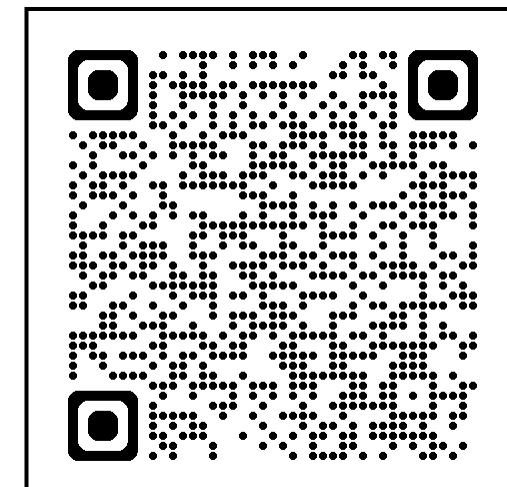
各社自社で作成することがポイント/社内イントラネット、研修で周知

- ・管理者研修

申込みはこちら ➡ ➡ ➡
(支援は無料です)



大阪産業保健総合支援センター
QRコード



両立支援申込書 QRコード

治療と仕事の両立支援申込書				
令和 年 月 日				
事業場名				
業種	事業内容	労働者数	人	
所在地	〒			
TEL		FAX		
部署名		氏名		
E-mail				
担当者	<input type="checkbox"/> 産業医 <input type="checkbox"/> 保健師・看護師 <input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 職種 <input type="checkbox"/> 労務管理担当 <input type="checkbox"/> 衛生管理者 <input type="checkbox"/> 労働者(患者) <input type="checkbox"/> その他 ()			
希望する支援内容 <input type="checkbox"/> にチェックを入れ、希望する番号に○印を付けてください。				
<input type="checkbox"/> 個別訪問支援 *担当者が事業場を訪問し、両立支援に関する制度の導入等についてアドバイスします。 1 両立支援に関する意識啓発 2 教育研修の実施 3 事業場内体制の整備 4 事業場内規程等の整備 5 事業場の勤務、休暇制度の整備 6 両立支援の進め方 7 両立支援プラン 8 職場復帰支援プラン 9 両立支援に係る情報提供 10 その他 (具体的に:)				
<input type="checkbox"/> 啓発セミナー *ガイドライン等の普及・啓発を目的とした事業者等を対象とするセミナーです。				
<input type="checkbox"/> 個別調整支援 (支援にあたって患者ご本人と事業場の同意が必要となります) *事業場と労働者(患者)間の、仕事と治療の両立についてアドバイスします。 1 事業場内規程等の整備 2 事業場内の勤務制度、休暇制度の整備 3 労働者(患者)との連絡調整 4 両立支援の進め方 5 両立支援プラン 6 職場復帰支援プラン 7 人事労務担当者等との調整 8 主治医との連携 9 就業上の措置 10 その他 ()				
【申込先】独立行政法人労働者健康安全機構 大阪産業保健総合支援センター				
FAX: 06-6944-1192				
※申込書受領後、当センターからご連絡いたします。				
※この用紙に記載された個人情報は、産業保健活動総合支援事業の目的以外には使用いたしません。				