

社会福祉法人全国スモンの会
メンタル等不調者に係る休職・復職規程

第1章 総則

第1条

本規程は、職員（就業規則第5条に定める「職員」をいう。以下同じ。）のメンタル等不調に係る休職及び復職に関する取扱いについて定める。

第2条（適用の範囲）

職員の業務外の傷病による休職のうち、うつ病その他の精神疾患をその原因とするものについては、就業規則第16条の規定（休職に関する規定）にかかわらず、本規程を適用する。（第3章に定める「復職に関する定め」についても同様。）

第2章 休職に関する定め

第3条（休職の発令）

職員が、うつ病その他の精神疾患を原因として、欠勤が1月の間に7日に達したとき又は本人から申出があった場合、法人は休職を命ずることができる。この場合、本人は医師による診断書を提出しなければならない。この診断書の提出がない場合には、（法人が指定する）医師の受診を命ずることができる。

第4条（休職期間等）

- 1 休職期間は、就業規則と同扱いとする
- 2 休職期間中の賃金は、無給とする
- 3 休職期間の満了日において就労できないと認めた場合は、就業規則第23条（退職に関する規定）による。）

第5条（診断書の提出）

休職期間中は、毎月1回医師による（意見書・診断書）を提出しなければならない。

第6条（窓口）

休職者及びその家族並びに主治医等との連絡は、労務管理者において行い、労務管理者は定期的に休職者と連絡をとるよう努める。また、労務管理者以外の者が休職者等と

連絡をとる必要が生じた場合は、衛生管理者に通知し、衛生管理者はその方法及び連絡者等を調整する。

第7条（再発の取扱い等）

↓

復職してから2月以内に同種の疾患により再び休職した場合は、その前後の休職期間は通算する。

第3章 復職に関する定め

第8条（復職の判定）

- 1 休職期間中に休職の事由がなくなったとして本人から復職の申出があったとき又は法人が当該事由がなくなったと判断したときは復職を命ずることができる。
- 2 職場復帰の可否の判断基準は次のとおりとする。
 - 一 復職に対し十分な意欲を示していること
 - 二 通勤時間帯に一人で安全に通勤できること
 - 三 所定の勤務日、勤務時間に就労が継続して可能であること
 - 四 業務に必要な作業ができること
 - 五 適切な睡眠覚醒リズムが整っており、昼間に眠気がないこと
 - 六 業務遂行に必要な注意力・集中力が回復していること

第9条（復職委員会）

- 1 復職の適切な判定並びに休職者の円滑な職場復帰及び再燃・再発防止を目的として、（復職委員会）を設置する。
- 2 復職委員会は、休職者の復職の判定、復職プランの作成、復職後の支援（フォローアップ）の業務を行う。
- 3 法人は、前条の復職の決定に当たって、（復職委員会）の意見を聴かなければならない。

第10条（復職委員会の運営及び構成）

復職委員会の運営は、法人事務局長において行う。その委員の構成は、産業医、衛生管理者、人事・労務担当者等とし、理事長が決定する。

第11条（復職の判定等）

- 1 復職委員会は、復職の判定に際しては、「復職判定評価票」（様式1号）を作成する。
- 2 復職委員会は、復職の判定を行ったときは、復職者の就労条件等を定めた「復職プラ

ン」(様式2号)を作成する。

3 「復職判定評価票」及び「復職プラン」の作成に当たって、必要に応じて、次の資料を徴する。

一 職場復帰支援に関する情報提供依頼書(様式3号)

(※法人又は法人の産業医から主治医に依頼するもの)

二 職場復帰に関する意見書(様式4号)

(※産業医が法人に対し就業上の意見を述べたもの)

4 復職に際し、必要と認める場合は、主治医に対して、「職場復帰及び就業措置に関する情報提供書」(様式5)を作成し送付する。

第12条(リハビリ出勤)

- 1 復職プランの中で、就労条件等の措置をしていけばそれがリハビリ出勤の内容となり、あらためて作成する必要はない。
- 2 この復職プランより更に「前段階」のリハビリ出勤を行う場合、例えば、作業はほとんど指示せず、定時の出勤や一定時間の在社の確認、出社に対する抵抗感をなくすことなどを目的としたもの場合は別途策定する必要がある。
- 3 この場合、その期間、出勤の頻度、始業・終業の時刻の設定(段階的に少しずつ長くしていく方法など)、作業の内容、受け入れる部署等について定める。
- 4 また、リハビリ出勤期間中について、特別の扱いをする場合、例えば、当期間は、正式の就労期間とは扱わず休職期間の一部とする場合、また、賃金及び賞与の扱い、勤続年数への算入等について、通常の勤務と異なる扱いをする場合は、トラブル防止のためその扱いを定め、本人に説明しておくことが必要である。

第13条(復職後のフォローアップ)

復職委員会は、復職後一定期間を置いて、復職者の勤務状況、職場適応力、業務遂行能力等の再評価を行い、その結果、必要を認めれば復職者の就労条件等の見直しを行う。

第14条(情報の保護)

- 1 法人に、個人情報の保護に関する規程があれば、その中に当制度における保護内容、手続き等を盛り込む必要がある。
- 2 規程がない場合は、個人情報保護対象の範囲、休職者の承諾を必要とする情報の範囲、取り扱う者の特定、個人情報を収集又は提示する場合の担当者及び手続等を定める必要がある。

様式 1号

復 職 判 定 評 価 票

(復職委員会開催日 年 月 日 出席者)

所 属	氏 名	生 年 月 日 (年 齡)
	(男・女)	年 月 日 (歳)
入社年月日(勤続)	年 月 日 (年 月)	
休職開始日(期間)	年 月 日 (年 月)	
これまでの経過のまとめ		
主治医による意見 (年 月 日)	医療機関名() 主治医()	
	治療状況等	
	復職・業務の配慮についての意見;	
産業医による意見 (年 月 日)	医療機関名() 産業医()	
	復職・業務の配慮についての意見;	
現 状 の 評 価 ・ 問 題 点 (面 談 結 果 等)		
面談日時	平成 年 月 日 (時 ~ 時) 面談者()	
(1)生活面の評価 (起床、睡眠、食事、運動、)		
(2)心理面の評価 (仕事(復職)に対する意欲、対人交流、協調性、感情のコントロール)		
(3)業務遂行能力の評価 (持続性、知的理解力、表現能力)		
(4)復帰を予定している職場環境の評価 (業務量、業務内容、上司・同僚のサポート)		
(5)その他考慮すべき事項 (他の疾患、家族の状況、通勤方法、通院治療、副作用)		
※復職に関しての本人の要望 (復帰職場、就労条件、業務内容)		
職場復帰の可否	可 ・ 不可 理由;	
職場復帰予定日	令和 年 月 日	

復 職 プ ラ ン

(作成日 令和 年 月 日)

所 属		氏 名	生年月日(年齢)	休職開始日
			年 月 日(歳)	平成 年 月 日
	職場復帰予定日	令和 年 月 日		
	復帰先職場名	原職場	原職場以外	()
労働時間等	始業・終業	時 分 ~ 時 分		
	1週間の出勤日			
	時間外労働	不可	1日()時間まで可	1週間()時間まで可
	上記以外で配慮すべき点	(出張、深夜業務、交替制勤務、接客(対人)業務)		
業務内容等	復帰後の業務内容			
	業務の軽減措置内容			
	就業上の留意点			
	復帰プランに対する主治医の意見			
	本人意思確認予定日 (復職プラン説明日)	年 月 日 (曜日)		担当者()
	職場復帰最終決定予定日	年 月 日 (曜日)		

(復職後のフォローアップ)

(1)		通院治療(予定)	頻度		服薬	(有・無)
(2)		面談(予定)	頻度		面談者	
(3)		勤務状況・業務遂行能力等の再評価を行う時期			月に1回	
	復職プランの見直し予定日		年 月 日			

〇〇病院 (クリニック)

〇〇先生 御机下

社会福祉法人 全国スモンの会

理事長 岸部 正宏 印

職場復帰に関する情報提供依頼書

下記の弊社職員の職場復帰支援に際し、下記の情報を別紙 (任意書式でも可) にてご提供いただきますようお願い申し上げます。

なお、いただいた情報は、プライバシーには十分配慮し、本人の職場復帰を支援する目的のみに使用します。今後とも弊社の健康管理活動へのご理解とご協力をよろしくお願い申し上げます。

記

1 職員

氏名 (男・女)
生年月日 平成・昭和 年 月 日

2 情報提供依頼事項

(1) 治療状況及び病状の回復状況について

- ① 今後の通院治療の要否について
- ② 業務遂行 (自動車の運転を含む) に影響を及ぼす症状
- ③ 業務遂行 (自動車の運転を含む) に影響を及ぼす薬の副作用の有無
- ④ その他職場復帰に関して考慮すべき問題点など

(2) 業務遂行能力について

- ① 勤務 (勤務時間; 午前〇時~午後〇時) が可能な睡眠覚醒リズムの有無
- ② 昼間の眠気の有無 (投薬によるものを含む。)
- ③ 自動車、公共交通機関、徒歩 (通勤方法を選択) による安全な通勤の可否
- ④ 業務類似行為である読書やコンピュータ操作に係る一定時間の集中の可否
- ⑤ ウォーキング等軽度の運動の可否
- ⑥ 職場復帰への意欲の有無
- ⑦ その他

(3) 就業上の配慮すべき事項

- ① 1日の勤務時間について
- ② 時間外労働の制限について
- ③ 交替制勤務の制限について
- ④ 休日勤務の制限について
- ⑤ 出張業務の制限について
- ⑥ 深夜業務の制限について
- ⑦ その他

(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並びに法人への提供に同意します。また、本件依頼事項について、法人の鈴木洋一産業医と面談することに同意します。

令和 年 月 日 氏名 印

様式3号 (その2)

全ス本
令和 年 月 日

社会福祉法人 全国スモンの会
理事長 岸部 正宏 殿
(産業医 鈴木 洋一 先生)

〇〇病院 (クリニック)
主治医 〇〇 〇〇 印

職場復帰に関する情報提供依頼に係る回答について

平成 年 月 日付け依頼のあった下記の者に係る職場復帰に関する依頼について、別添のとおり回答
します。

記

氏 名

生年月日

1 治療状況及び病状の回復状況について

(1) 今後の通院治療の要否
症状の概要； 【要(回 / 月) 否】

(2) 業務遂行(自動車の運転を含む)に影響を及ぼす症状
有の場合はその概要； 【①有 ②無 ③不明】

(3) 業務遂行(自動車の運転を含む)に影響を及ぼす薬の副作用の有無
有の場合はその概要； 【①有 ②無 ③不明】

(4) その他職場復帰に関して考慮すべき問題点など

2 業務遂行能力について(該当するものに丸を付けて下さい。)

(1) 勤務(勤務時間；午前〇時～午後〇時)が可能な睡眠覚醒リズムの有無 【①有 ②無 ③不明】

(2) 昼間の眠気の有無(投薬によるものを含む) 【①有 ②無 ③不明】

(3) 自動車、公共交通機関、徒歩(通勤方法を選択)による安全な通勤の可否 【①可 ②否 ③不明】

(4) 業務類似行為である読書やコンピュータ操作に係る一定時間の集中の可否
【可(①30分程度 ②1時間程度 ③2時間程度 ④不明) ⑤否 ⑥不明】

(5) ウォーキング等軽度の運動の可否 【①可 ②否 ③不明】

(6) 職場復帰への意欲の有無 【①非常に強い ②強い ③普通 ④弱い ⑤不明】

(7) その他の留意事項

3 就業上の配慮すべき事項 (該当するものに丸を付けて下さい。)

(1) 1日の勤務時間 【 時間以内 ・ 制限無 ・ 不明 】 (制限がある場合はその理由)

配慮を行う必要がある場合、その期間はどのくらいですか。

【 1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月以上 不明 】

(2) 時間外勤務

【 禁止 ・ 制限(1日__時間、1月__時間までの範囲) ・ 制限無 ・ 不明 】

配慮を行う必要がある場合、その期間はどのくらいですか。

【 1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月以上 不明 】

(3) 交替制勤務

【 禁止 ・ 制限(午前__時から午前__時まででは不可) ・ 制限無 ・ 不明 】

配慮を行う必要がある場合、その期間はどのくらいですか。

【 1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月以上 不明 】

(4) 休日勤務

【 禁止 ・ 制限(1月__日までの範囲) ・ 制限無 ・ 不明 】

配慮を行う必要がある場合、その期間はどのくらいですか。

【 1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月以上 不明 】

(5) 出張業務

【 禁止 ・ 制限(市内・県内は可 宿泊を伴う場合は不可) ・ 制限無 ・ 不明 】

配慮を行う必要がある場合、その期間はどのくらいですか。

【 1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月以上 不明 】

(6) 深夜業務

【 禁止 ・ 制限(午後__時から午前__時まででは不可) ・ 制限無 ・ 不明 】

配慮を行う必要がある場合、その期間はどのくらいですか。

【 1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月以上 不明 】

(7) その他の留意事項

様式4号

平成 年 月 日

(法人名・責任者名)

殿

職場復帰に関する意見書

(産業医名)

印

事業場	所属	社員番号	氏名	男・女	年齢 歳
目的	(新規・変更・解除)				
面接結果	別紙のとおり				
復職に関する意見	復職の可否	可	条件付き可	不可	
	意見				
就業上の措置の内容 (復職可または条件付き可の場合)	1日の勤務時間	【制限(1日 時間までの範囲) 制限無 不明】			
	時間外勤務	【禁止 制限(1日 時間、1月 時間までの範囲) 制限無 不明】			
	交替制勤務	【禁止 制限(午前 時から 時までを含む勤務は不可) 制限無 不明】			
	休日勤務	【 禁止 ・ 制限(1月 日までの範囲) ・ 制限無 ・ 不明 】			
	出張	【禁止 制限(市内・県内は可 宿泊を伴う場合は不可) 制限無 不明】			
	始業・終業時刻の変更	【始業(午前 時から) 終業(午後 時まで) 変更無 不明】			
	深夜業務	【禁止 制限(午後 時から 時までは不可) 制限無 不明】			
	配置転換(異動)	【必要 必要無 不明】			
その他					
面接実施日	平成 年 月 日				
上記の措置期間	職場復帰の日より 月間(なお、短時間業務に係る配慮は、 月間とする。)				

平成 年 月 日

職場復帰及び就業措置に関する情報提供書

クリニック
先生 御机下法人名
代表者
職氏名 印

日頃より弊社の健康管理活動へのご理解とご協力をいただき感謝申し上げます。弊社の下記従業員の今回の職場復帰については、下記の内容の就業上の措置を図りながら実施をしていきたいと考えております。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

氏名		生年月日 (年齢)	性別
		年 月 日 (歳)	男・女
復職(予定)日	平成 年 月 日		
就業上の配慮の内容	始業・終業の時刻【始業(午前 時から)・終業(午後 時まで)】		
	時間外勤務【禁止・制限(1日 時間、1月 時間までの範囲)・制限無】		
	交替制勤務【禁止・制限(午前 時から午前 時までを含む勤務は不可)・制限無】		
	休日勤務【禁止・制限(1月 日までの範囲)・制限無】		
	出張【禁止・制限(市内・県内は可 宿泊を伴う場合は不可)・制限無】		
	深夜業務【禁止・制限(午後 時から午前 時まででは不可)・制限無】		
	配置転換(異動)【有・無】		
	その他		
連絡事項			
上記の措置期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		

※ (注意) この情報提供書は労働者本人を通じて直接主治医に提出して下さい。