

新様式「治療と仕事の両立支援カード」について（説明資料）

新様式「治療と仕事の両立支援カード」

改訂ガイドライン（令和6年3月）に追加

治療と仕事の両立支援カード
労働者（患者）が主治医に自ら勤務情報を提供し、かつ、この情報に基づき主治医が就業上の意見等を提示するための様式例

ガイドラインに基づく両立支援の進め方
労働者本人から事業者への申出により始まります。

STEP1 勤務情報を伝えます
STEP2 配慮の方法を伝えます
STEP3 本カードをもとに話し合います

医師 労働者（患者） 事業者

治療と仕事の両立支援カードとは
「治療と仕事の両立支援カード」は、治療を受けながら働き続けたいことを希望する労働者（患者）が、自身の職場や働き方の情報を記載して関係機関に提出することで、医師が労働者（患者）を援助して事業者に対して必要な情報提供を行うための様式です。本カードをもとに、事業者と労働者（患者）が話し合い、仕事の継続に配慮や調整等を実施していただきます（事業者に就業調整が図られている場合、就業調整の改善も考えられます）。なお、事業者の負担を本カードの活用により軽減する目的を有するものではありません。

※ 事業者および関係機関においては、労働者（患者）に関するプライバシーには十分配慮した上で、様式の取扱いをお願いします。

本カード作成にあたって

<p>医師の方へ 医師に伝えた配慮の方法を 取りたい場合 「両立支援カード」では就業調整 事業者が就業調整を希望するとして、関係 機関等に伝えた内容を記載して いただきます。就業調整に協力する こととなります。</p>	<p>労働者の方へ 本カード作成にあたってサポートが 必要な場合 就業調整に希望する場合は、就業調整に 関係する情報（就業調整希望の内容、就業 調整希望の理由、就業調整希望の時期 等）を記載し、関係機関等に提出して いただきます。就業調整に協力する こととなります。</p>	<p>事業者の方へ 労働者記載の勤務内容に 適応・修正等が必要の場合 労働者からの情報、医師からの情報、就業 調整希望、事業者が承知して、本カード を活用して就業調整を実施すること となります。</p>
--	--	--

両立支援カードの
ダウンロードはこちら
<https://shiyokosha.jp/kyosei/>

厚生労働省

▶背景

厚生労働省の研究機関（労働政策研究・研修機構）の調査結果によると、主治医から就業に関する指導や意見を得たことがある労働者のうち、約63%が主治医に口頭で勤務情報を伝えているといった調査結果があります*。

こういった一般診療の場での状況を踏まえると、このような機会を逃すことなく、両立支援につなげていくことは有効であると考えられます。

そこで、厚生労働省の研究班において、労働者（患者）が主治医に自ら勤務情報を提供でき、かつ、この情報に基づいて主治医が意見を述べるができる様式について検討が行われ、ガイドラインの新様式として「治療と仕事の両立支援カード」を追加いたしました。

*労働政策研究・研修機構 調査シリーズ No.24 | 「病気と仕事の両立に関する実態調査（WEB 患者調査）」（2024）

新様式「治療と仕事の両立支援カード」について（説明資料）

STEP1 **本人記載欄**

氏名 _____ 生年月日 _____

住所 _____

職業内容（有期雇用の方は雇用契約期間も併せてご記入ください） _____

勤務時間 _____時 _____分～ _____時 _____分（休務、特約、週 _____日間）

1 上記欄内容に含まれる作業
(※記①～③について該当する作業に○を記してください)

(1)身体上の負荷がある作業 ①-1 重労働の取扱作業 ②-1 体を支え（動かす）作業 ③-1 暴動/喧嘩/居外作業 ④-1 暴動/喧嘩/居外作業 ⑤-1 不特定多数の人と対峙する作業 ⑥-1 高層階等の取扱作業 ⑦-1 化学物質や粉塵等で呼吸器保護具を装着する作業	① 立位作業 ② 重労働の取扱作業 ②-1 体を支え（動かす）作業 ③ 暴動/喧嘩/居外作業 ④ 暴動/喧嘩/居外作業 ⑤ 不特定多数の人と対峙する作業 ⑥ 高層階等の取扱作業 ⑦ 化学物質や粉塵等で呼吸器保護具を装着する作業
(2)事故の可能性が高まる作業 ① 心身の負担が高いと感じられる作業 ② 出張 ③ 夜勤 ④ その他	① 1人作業 ② 高所作業 ③ 危険な機械操作・自動車運転 ④ 残業・休日労働など（長時間労働） ⑤ 出張 ⑥ 夜勤 ⑦ その他
(3)～(3)の作業について、特に医師意見と求める作業内容およびその理由	① 1人作業 ② 高所作業 ③ 危険な機械操作・自動車運転 ④ 残業・休日労働など（長時間労働） ⑤ 出張 ⑥ 夜勤 ⑦ その他

2 利用可能な社内制度
 時間外労働の単次有給休暇 平日単発の単次有給休暇
 業務停戦・病気休暇 勤務柔軟化制度（遠隔出勤） 短時間勤務
 残業助成 フレックスタイム 試し出勤 在宅勤務
 その他 _____)
 勤務形態 常勤勤務 交替勤務（深夜勤務なし） 交替勤務（深夜勤務あり）
 その他（※例：自発的な残業が困難な勤務形態等） _____)
 通勤方法（該当すべてに○を記入してください）
 通勤時間 片道 _____分
 単次有給休暇日数 _____日間

STEP2 **医師記載欄**

診断名 _____

現在の症状 _____

今後の治療内容 _____

通勤制度 _____

就業に関する意見 可 下記A～Cの条件をすべて満たす年 _____年 _____月 _____日～ _____年 _____月 _____日 現時点で不可

A 病状の悪化や労働災害など事故に巻き込まれることを防ぐために配慮が必要な事項（本人記載欄1の作業に対応する配慮事項）

(1)①作業 <input type="checkbox"/> 作業可 <input type="checkbox"/> 作業不可 (1)②作業 <input type="checkbox"/> 作業可 <input type="checkbox"/> 作業不可 (1)③作業 <input type="checkbox"/> 作業可 <input type="checkbox"/> 作業不可 (1)④作業 <input type="checkbox"/> 作業可 <input type="checkbox"/> 作業不可 (2)作業 <input type="checkbox"/> 作業可 <input type="checkbox"/> 作業不可 (3)作業 <input type="checkbox"/> 作業可 <input type="checkbox"/> 作業不可	<input type="checkbox"/> 立位の時間の制限 <input type="checkbox"/> 椅子等の準備 <input type="checkbox"/> 作業は当該不可 <input type="checkbox"/> 作業時間や回数の制限 <input type="checkbox"/> 負荷の軽減 <input type="checkbox"/> 作業は当該不可 <input type="checkbox"/> 作業時間や回数の制限 <input type="checkbox"/> 空回機等の利用 <input type="checkbox"/> 作業は当該不可 <input type="checkbox"/> 騒音の少ない工具の利用 <input type="checkbox"/> 作業時間の制限 <input type="checkbox"/> 作業は当該不可 <input type="checkbox"/> 作業時間の制限 <input type="checkbox"/> 保護具の着用 <input type="checkbox"/> 作業は当該不可 <input type="checkbox"/> 作業時間の制限 <input type="checkbox"/> 作業強度の制限 <input type="checkbox"/> 作業は当該不可 <input type="checkbox"/> 本人や他人への危害を防止する安全装置等 <input type="checkbox"/> 作業は当該不可 <input type="checkbox"/> 本人の安全を確保できる配慮等	<input type="checkbox"/> 作業は当該不可 <input type="checkbox"/> 作業は当該不可 <input type="checkbox"/> 作業は当該不可 <input type="checkbox"/> 作業は当該不可 <input type="checkbox"/> 作業は当該不可 <input type="checkbox"/> 作業は当該不可 <input type="checkbox"/> 作業は当該不可
--	---	--

I 本人記載欄1の作業について、上記A以外の必要な配慮事項・Aの配慮の補足事項 _____

ウ 本人記載欄2の利用可能な社内制度を踏まえて、上記A以外での、患者が働き続けるために医学的・医学的観点から配慮が望ましい事項 _____

※次のページと併せての記入を希望の際は、併せてご記入ください。

医師署名欄 上記の通り診断し、就業可否や配慮に関する意見を提出します。
 令和 _____年 _____月 _____日 医師署名欄 (※法署名欄)

本人署名欄 上記内容を確認し、職場での配慮に関する措置を申請します。
 令和 _____年 _____月 _____日 (本人署名)

両立支援カードは、見開きになっており、その中身です。左ページは「本人」が、右ページは「主治医」がそれぞれ記入する様式になっています。

左ページ・・・労働者（患者）本人が勤務情報を記入し、主治医にこのカードを渡します。

右ページ・・・主治医は本人が記入した勤務情報を踏まえて、意見書を作成し、労働者（患者）に渡します。

この左右記載済みのカードを労働者（患者）から勤務先に提出してもらいます。

新様式「治療と仕事の両立支援カード」について（説明資料）

両立支援カードの位置づけとその活用方法及び留意点

（位置づけ）

治療と仕事の両立支援に勤務先と主治医が連携して取り組むに当たっては、労働者（患者）の勤務の状況を主治医が十分理解した上で就業上の措置や治療への配慮について意見を述べるのが最も重要です。

（活用方法）

その意味では、まずは、労働者（患者）と勤務先が共同して勤務情報提供書を作成する従来スキームを用いることがベストですが、これに対して、新たに追加された両立支援カードを用いたスキームについては、自らの勤務の状況を理解しており自分で勤務情報を伝えることができる人の場合に両立支援カードを用いて簡単に行っていただけます。

ただし、新たなスキームでは、労働者（患者）と勤務先で相談されたものではないことから、対応可能な社内制度や措置内容をすべて把握して記載できていないことも考えられます。

（留意点）

そこで、例えば、医療機関に両立支援コーディネーターがいる場合は、労働者（患者）をサポートする観点から、本人の同意のもと、勤務先に連絡する等により必要な情報を得て、本人に提供することも重要となります。

最後に、従来からあるスキームは診療報酬の要件となりますが、新たに追加されたスキームは診療報酬の要件とはなりませんので、周知にあたってはご注意ください。

