

(地Ⅲ21)

平成28年4月18日

都道府県医師会
担当理事 殿

日本医師会常任理事
松本 純一

「障害者職場復帰支援助成金」制度における医師の意見書の代用について

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、「障害者職場復帰支援助成金」制度における医師の意見書様式につきましては、平成27年4月17日付（地Ⅲ15）をもって、貴会宛にお送り申し上げます。

今般、平成28年4月1日より、同制度において事業主が助成金を受給する際、地域障害者職業センターで実施される職場復帰支援（リワーク支援）に関する主治医の意見書に一定の追記をすることで、同制度における医師の意見書の代用として認められることとなり、別添のとおり、厚生労働省職業安定局雇用開発部障害者雇用対策課長より、本会に対して、周知、協力方依頼がありました。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただき、貴会管下郡市区医師会、及び関係医療機関への周知、協力方よろしくご高配のほどお願い申し上げます。

職雇障発 0401 第 12 号

平成 28 年 4 月 1 日

公益社団法人日本医師会 御中

厚生労働省職業安定局

雇 用 開 発 部

障害者雇用対策課長



職場復帰支援（リワーク支援）に関する主治医の意見書での
障害者職場復帰支援助成金の医師の意見書の代用について

障害者雇用の推進につきましては、日頃から格段のご配慮をいただき厚く御礼申し上げます。

さて、平成27年4月10日から「障害者職場復帰支援助成金」（以下「助成金」という。）制度を施行しているところ、助成金の受給に必要な医師の意見書（障害者職場復帰支援助成金様式第3号。）を事業主が取得するに当たっては、労働者及び事業主の方の負担を軽減するため、平成28年4月1日より、地域障害者職業センターで実施する職場復帰支援（リワーク支援）に関する主治医の意見書（（独）高齢・障害・求職者雇用支援機構地域障害者職業センター業務運営手引様式第1号。）に一定の追記をしていただくことで代用できることとする予定です。

つきましては、事業主の方及び主治医の先生にお渡しする予定のリーフレット及び制度概要に関する資料を送付いたします。

貴会におかれましては、各会員の皆様にも、助成金を利用される事業主や対象となる障害者の方からお申し出があった際に、ご協力を賜りますよう、周知をお願い申し上げます。

職場復帰支援（リワーク支援）のための 「主治医の意見書」の記載に当たってのお願い

「地域障害者職業センター」が実施する職場復帰支援（リワーク支援）に関する「主治医の意見書」に必要な情報を記載していただくことで、「障害者職場復帰支援助成金」の手続きに必要な「医師の意見書」として代用することができます。

患者さまがお勤めの事業所において、「障害者職場復帰支援助成金」の受給をお考えのため、「主治医の意見書」の記載に当たっては、下の表と裏面のとおりに、助成金の受給に当たって必要な情報をあわせて記載していただきますようお願いいたします。

「障害者職場復帰支援助成金」について

統合失調症、そううつ病などの精神疾患の発症などによって、長期（3か月以上）の休職を余儀なくされた労働者に対して、職場復帰のために必要な職場適応の措置【①能力開発・訓練関係、②時間的配慮等関係、③職務開発等関係のいずれかの措置（対象労働者がそううつ病（そう病、うつ病を含む）の場合、①～③のいずれかの措置に加えてリワーク支援関係措置もとる必要があります）】をとった事業主に対して助成するもので、中途障害者などの雇用継続の促進を目的としています。

この助成金を申請するために必要な「医師の意見書」については、様式・記載事項が別途定められていますが、地域障害者職業センターで職場復帰支援（リワーク支援）を受ける際の「主治医の意見書」に下のように必要な情報を追加していただくことで代用が可能としています。

「主治医の意見書」で記載していただきたい事項

5 就労に関する事項

- ①「就労に際しての留意事項」欄の「作業の内容、環境、時間等の制限、配慮事項その他予想される問題点」の記載に当たって、時間などの制限を行うことが適当な場合、**作業可能な1日当たりの時間数**や**1週間当たりの日数**を具体的に記載してください。
- ②「労働能力の程度」欄の「就労可能な具体的な就労場所・条件等（一般企業での通常勤務、短時間勤務、授産施設・小規模作業所での軽作業等）」の記載に当たって、短時間勤務が適当な場合、**1日〇時間程度**、**週〇日程度**の勤務なのかを、具体的に記載してください。

8 その他参考となる意見

- ③ **病気（「2 病名等」の「病名」に記載がある病気）の療養のために休職が必要な期間**を記載してください。

すでに、休職を開始されている場合などでも、今後必要な休職期間だけでなく、この病気の療養のために必要となる全体の療養期間をご記載ください。

※①②の「具体的な時間数、日数」については、①と②のどちらかの欄への記載でもかまいません。記載方法については、裏面もあわせてご覧ください。

詳しくは、都道府県労働局またはハローワークにお問い合わせください。

▶下の様式例に従って記載をお願いいたします。

様式第1号

主治医の意見書

1氏名等	氏名		性 別	男 女	生年 月日	年 月 日
	住所					
2病名等	精神障害者保健福祉手帳の所持の有無		有 (級) ・ 無			
	病名	(該当するものを○で囲む) 統合失調症・そううつ病(うつ病、そう病を含む)・てんかん その他 ()	既存障害			
3治療歴	病の発生年月	年 月 頃				
	入院の状況	過去 回程度	通算 年位			
		前回入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
通院の状況	1ヶ月当たり 回程度 (直近について記載)					
4障害の状態	現在の精神症状 (具体的な症状と程度)					
	症状の安定度 (安定の程度、 安定した時期等)					
	日常生活能力の程度 (該当するものを選び、 どれか一つを○で囲む)		(1) 社会生活は普通にできる。 (2) 家庭内での日常生活は普通にできるが、社会生活上困難がある。 (3) 家庭内での単純な日常生活はできるが、時に応じて援助や保護が必要である。 (4) 身のまわりのことはかろうじてできるが、適当な援助や保護が必要である。 (5) 身のまわりのことは全くできない。			
5就労に関する事項	労働習慣 (規則正しい勤務とその継続、 危険への対応等) の確立の程度及び今後の見込み					
	就労に際しての留意事項	作業の内容、環境、時間等の制限、配慮事項その他予想される問題点				
	必要な通院日数	1ヶ月当たり	回程度			
6援助体制 (家族、ソーシャルワーカー等)	就労の可能性の有無	有 ・ 無				
	労働能力の程度	就労可能な具体的な就労場所・条件等 (一般企業での通常勤務、短時間勤務、授産施設・小規模作業所での軽作業等)				
7各種制度の経験の有無 (デイ・ケア、授産施設・小規模作業所、精神障害者社会適応訓練事業 (通院患者リハビリテーション事業) 等)	有	制度名 機関名 内容 期間	年 月 ~ 年 月	・ 無		
8その他参考となる意見 (症状をくずす誘因となるもの、てんかん発作に対する対策 (発作の起こりやすい時間帯・状況、発作の始まり方) 等)						

以上のおり意見を述べる。

平成 年 月 日

障害者職業センター所長 殿

病院又は診療所の名称
所 在 地

診療担当科名
医 師 氏 名

①時間などの制限を行うことが適当な場合、
作業可能な1日当たりの時間数、1週間当たりの日数
を具体的に記載

②短時間勤務が適当な場合、
1日○時間程度、週○日程度の勤務
なのかを具体的に記載

③2の病名欄に記載のある病気の
療養のために休職が必要な期間
について記載

※①②の「具体的な時間数、日数」については、①か②のどちらかの欄への記載でもかまいません。

雇用する労働者が「職場復帰支援（リワーク支援）」を利用される事業主の皆さまへ

「障害者職場復帰支援助成金」の手続きには「主治医の意見書」による代用が可能です

長期の休暇を余儀なくされていた労働者が「地域障害者職業センター」の実施する職場復帰支援（リワーク支援）を利用される場合、事業主は「障害者職場復帰支援助成金」を受給できる可能性があります。

また、一定の条件を満たせば、地域障害者職業センターの職場復帰支援（リワーク支援）に関する「主治医の意見書」を、「障害者職場復帰支援助成金」の手続きに必要な「医師の意見書」として代用することが可能です。

「障害者職場復帰支援助成金」について

厚生労働省では、中途障害者などの雇用継続の促進を目的として、そううつ病などの精神疾患の発症などによって、長期（3か月以上）の休職を余儀なくされた労働者に対して、職場復帰のために必要な職場適応の措置※をとった事業主に「障害者職場復帰支援助成金」を支給しています。（支給対象期間は1年間、支給額は最大70万円）

助成金の詳細については、都道府県労働局へお問い合わせください。

※①能力開発・訓練関係、②時間的配慮等関係、③職務開発等関係のいずれかの措置。

対象労働者がそううつ病（そう病、うつ病を含む）の場合、①～③のいずれかの措置に加えて、リワーク支援関係措置もとる必要があります。

「主治医の意見書」について

「障害者職場復帰支援助成金」を受給するためには、指定の様式の「医師の意見書」が必要ですが、地域障害者職業センターで職場復帰支援（リワーク支援）を受ける際に、労働者の方が取得される「主治医の意見書」に裏面のとおり、医師から助成金の受給に必要な情報をあわせて記載してもらうことで代用が可能です。その際には以下の点にご注意ください。

- ◆必ず、職場復帰支援（リワーク支援）を受ける労働者に、「主治医の意見書」に助成金の受給に必要な情報をあわせて記載してもらうことについての了解を得てください。
了解が得られたら、地域障害者職業センターにその旨をご連絡ください。
- ◆助成金の申請のために、必要な「医師の意見書」を「主治医の意見書」により代用した場合には、労働者本人が地域障害者職業センターに申請し、職場復帰支援（リワーク支援）を受ける際に提出した「主治医の意見書」の写し（地域障害者職業センターの証明があるもの）を取得していただく必要があります。
- ◆助成金を受給する場合、「主治医の意見書」は、職場復帰のために必要な職場適応の措置（リワーク支援関係措置も含む）を開始する日より早い日付で交付されている必要があります。
- ◆職場復帰支援（リワーク支援）の際の主治医の意見書に裏面③の療養が必要な期間についての情報が記載されていない場合でも、支援の開始前に、病名とその病気の療養のために休職が必要な期間についての記載がある医師の診断書など（交付に要する費用について全額事業主が負担しているもの）が交付されている場合、「主治医の意見書」と「医師の診断書」をあわせて提出していただくことで、「障害者職場復帰支援助成金」の医師の意見書として代用できる場合があります。
（講じる措置の内容によっては裏面①または②の情報は必要になります）

詳しくは、都道府県労働局またはハローワークにお問い合わせください。

（裏面へ）

「障害者職場復帰支援助成金」の「医師の意見書」として代用するためには、下の様式例に従って必要な追加情報を医師から記入していただき、その「主治医の意見書」の写し（地域障害者職業センターの証明があるもの）をもって事業所を管轄する都道府県労働局またはハローワークに申請してください。

様式第1号

主治医の意見書

1 氏名等	氏名		性別	男 女	生年月日	年 月 日
	住所					
2 病名等	精神障害者保健福祉手帳の所持の有無	有 (級) ・ 無				
	病名 <small>(該当するものを○で囲む) 統合失調症・そううつ病(うつ病、そう病を含む)・てんかん その他 ()</small>	既存障害				
3 治療歴	病の発生日月	年 月 頃				
	入院の状況	過去 回程度	通算 年位			
		前回入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
通院の状況	1ヶ月当たり 回程度 (直近について記載)					
4 障害の状態	現在の精神症状 (具体的な症状と程度)					
	症状の安定度 (安定の程度、安定した時期等)					
	日常生活能力の程度 (該当するものを選び、どれか一つを○で囲む)	(1) 社会生活は普通にできる。 (2) 家庭内での日常生活は普通にできるが、社会生活上困難がある。 (3) 家庭内での単純な日常生活はできるが、時に応じて援助や保護が必要である。 (4) 身のまわりのことはかろうじてできるが、適当な援助や保護が必要である。 (5) 身のまわりのことは全くできない。				
5 就労に関する事項	労働習慣 (規則正しい勤務とその継続、危険への対応等) の確立の程度及び今後の見込み					
	就労に際しての留意事項	作業の内容、環境、時間等の制限、配慮事項その他予想される問題点				
	労働能力の程度	必要な通院日数	1ヶ月当たり 回程度			
6 援助体制 (家族、ソーシャルワーカー等)	就労の可能性の有無	有 ・ 無				
	就労可能な具体的な就労場所・条件等 (一般企業での通常勤務、短時間勤務、授産施設・小規模作業所での軽作業等)					
7 各種制度の経験の有無 (デイ・ケア、授産施設・小規模作業所、精神障害者社会適応訓練事業 (通院患者リハビリテーション事業) 等)	有	制度名 機関名 内容 期間 年 月 ~ 年 月	・ 無			
8 その他参考となる意見 (症状をくずす誘因となるもの、てんかん発作に対する対策 (発作の起こりやすい時間帯・状況、発作の始まり方等) 等)						

以上のとおり意見を述べる。

平成 年 月 日

障害者職業センター所長 殿

病院又は診療所の名称 所在地 診療担当科名 医師氏名

① 時間などの制限を行うことが適当な場合、
作業可能な1日当たりの時間数、1週間当たりの日数
を具体的に記載

② 短時間勤務が適当な場合、
1日〇時間程度、週〇日程度の勤務
なのかを具体的に記載

③ 2の病名欄に記載のある病気のある病気の
療養のために休職が必要な期間
について記載

※①②の「具体的な時間数、日数」については、①か②のどちらかの欄への記載でもかまいません。

「障害者職場復帰支援助成金」のご案内

事故や難病の発症などの原因による中途障害などで、長期の休職を余儀なくされた労働者に対して、職場復帰のために必要な職場適応の措置をとった事業主に対して助成するもので、中途障害者などの雇用継続の促進を目的としています。

中途障害者などを職場復帰させた事業主に対して支給します

以下の①～④のすべてに当てはまる方を、要件を満たした上で※¹、職場適応の措置をとって職場復帰させた事業主に助成金を支給します。

- ① 「職場復帰の日」※²に、次のいずれかに該当する方
 - ◆ 身体障害者
 - ◆ 精神障害者（発達障害のみの方を除く）
 - ◆ 難治性疾患のある方
 - ◆ 高次脳機能障害のある方
- ② 指定の医師の意見書で、①の障害に関連して、3か月以上の療養のための休職が必要とされた方
- ③ 障害者総合支援法に基づく就労継続支援A型事業所の利用者として雇用されていない方
- ④ 国などの委託事業費から人件費が支払われていない方

※¹ 対象となる職場復帰の要件は、裏面をご覧ください。

※² 職場復帰の日とは、出勤簿などで確認できる、療養のための休職に引き続く連続した休職期間後の、最初の出勤日をいいます。

対象となる職場適応の措置

以下の①～③のいずれかの措置をとる必要があります。

① 能力開発・訓練関係	職場復帰にあたって必要な能力開発（OJTを除いた受講時間が50時間以上）の訓練を本人に無料で受講させること
② 時間的配慮等関係	医師の指示の下で労働時間を調整すること、通院のための特別の休暇を付与すること、本人の同意の下で独居を解消して親族などと同居するために勤務地を変更すること
③ 職務開発等関係	地域障害者職業センターや障害者就業・生活支援センターなどの障害者の就労支援に関する外部専門家の援助や医師の意見書の内容を踏まえ、職務開発や支援機器の導入などを行うこと
④ リワーク支援関係	医師と本人の同意の下、就労に関する作業支援や集団指導、個別カウンセリングを含む支援計画に基づく1か月以上のリワーク支援を実施すること

※対象労働者がそううつ病（そう病・うつ病を含む）の場合、①～③のいずれかの措置に加えて④の措置をとる必要があります。

支給額 ～対象期間を6か月ごとに区分し、一定額を支給します～

企業規模	支給対象期間	支給額		
		第1期	第2期	支給総額
大企業	1年	25万円	25万円	50万円
中小企業	1年	35万円	35万円	70万円

詳しくは、都道府県労働局またはハローワークにお問い合わせください。

（裏面へ）

以下のすべてに該当する事業主が 助成金を受給できます（要件）

- ◆ 雇用している一般被保険者で、中途障害などによって3か月以上の療養のための休職を余儀なくされた方に対し、休職期間中または職場復帰の日から3か月以内に職場適応の措置を開始し、一般被保険者としての雇用を継続すること
- ◆ 対象労働者を継続して雇用することが確実である（対象労働者の年齢が65歳以上に達するまで継続して雇用し、かつ、職場復帰の日以後の雇用期間が継続して2年以上であることをいう）と認められること
- ◆ 職場適応の措置、医師の意見書の交付、その他この助成金の申請に要する経費を全額負担すること
- ◆ 支給対象期の対象労働者の労働に対する賃金を、支払期日までに支払っていること
- ◆ 起算日前4年間に、同一の対象労働者について、同一の障害の種類と認められるものを理由に、この助成金の支給を受けたことがないこと
- ◆ 対象労働者の出勤状況や賃金の支払い状況などを明らかにする書類（労働者名簿、賃金台帳、出勤簿など）を整備・保管し、速やかに提出すること

労働者の休職から支給申請までの流れ

