

教福第 555-1 号

平成25年3月12日

各課所館長 }  
各県立学校長 } 様

教育総務部福利課長

病気休職者及び管理職支援のための啓発資料の送付について

病気休職を取得する教職員の健康管理を行う管理職を支援するため、病気休職に係る情報を掲載した啓発資料を作成しましたので、「教職員のメンタルヘルス」（平成21年3月発行）と併せて御活用ください。

担当：健康づくり・メンタルヘルス担当

TEL：048-830-6971

FAX：048-830-4972

Mail：[a6680-12@pref.saitama.lg.jp](mailto:a6680-12@pref.saitama.lg.jp)



# 教職員が安心して 療養生活を送るために

～『病気休職』に関する御案内～



コバトン

- |                 |     |
|-----------------|-----|
| ○ 病気休職の制度       | P 1 |
| ○ 病気休暇から復職までの流れ | P 2 |
| ○ 診断書の作成要領      | P 3 |
| ○ 観察報告書の作成要領    | P 5 |
| ○ 教員の仕事         | P 6 |
| ○ 主治医との連携       | P 7 |

【参考】 ◆障害共済年金について  
◆身体障害者手帳等について

平成25年3月  
埼玉県教育委員会

\*\*\*この資料の活用について\*\*\*

- この資料は、管理職の皆さまが、病気休職を取得する教職員の健康管理を行う際に御活用いただくことを目的に作成しました。
- コピーをして繰り返し御利用いただけるよう、資料のスタイルを工夫しました。本人や家族との相談、主治医との相談の際に必要なページを御利用ください。

📖 活用方法 📖

| ページ | 項目                                 | 活用方法の例                                                      |
|-----|------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| P1  | 病気休職の制度                            | 本人や家族との相談時の説明、主治医への情報提供の際に利用する。コピーを渡すことも可。                  |
| P2  | 病気休暇から復職までの流れ                      | 本人や家族との相談時の説明、主治医への情報提供の際に利用する。個々の日程案を書き込める。コピーを渡すことも可。     |
| P3  | 診断書の作成要領                           | 主治医への診断書作成依頼時の説明の際に利用する。コピーを渡すことも可。                         |
| P5  | 観察報告書の作成要領                         | 管理職が観察報告書を作成する際に参照する。                                       |
| P6  | 教員の仕事                              | 管理職が主治医に教員の業務を説明する際に利用する。特に復職が可能かどうかの判断の際などに情報提供を行う。        |
| P7  | 主治医との連携                            | 管理職が主治医と連絡をとる際に参照する。                                        |
| P9  | 《参考》<br>障害共済年金について<br>身体障害者手帳等について | 本人や家族への情報提供に利用する。特に病気や障害の重症度が高そうな場合に、主治医と相談することも勧めながら案内をする。 |

- 今後、補足が必要な項目等がございましたら、御意見をお寄せくださるようお願いします。

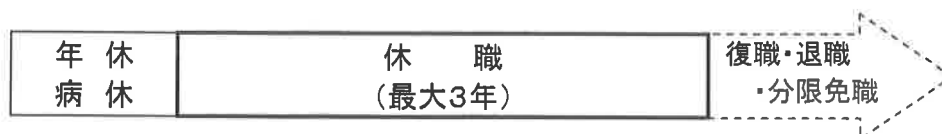
## 病気休職の制度

《参考》「教職員のメンタルヘルス」

- ①病気休職に係る事務手続き P 39～42
- ②職場復帰訓練 P 27～35, P 50～55
- ③病気休職等と給与 P 43～44

### ■ 取得可能日数

- ・ 3年を超えない範囲内で必要と認められる期間の取得が可能。



- ・ 復帰後、1年以内に同様の病気で休職する場合は、前回の休職期間と通算

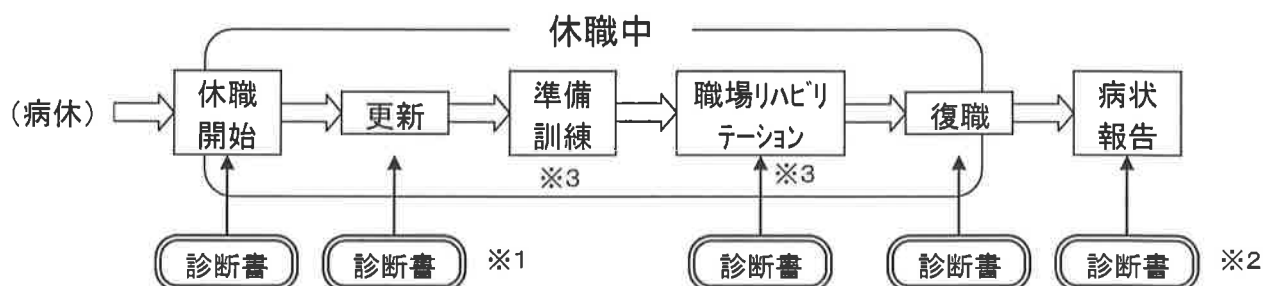


※ 休職期間が3年経過しても勤務可能まで回復しない場合、退職又は分限免職

※ ただし、条件付き採用期間(教諭1年、事務職員等6月)は、休職することはできない。

### ■ 教職員健康審査会と診断書の提出

休職や復職などの発令は、教職員健康審査会(月1回開催:原則第3水曜日)における審査に基づき行われます。審査の際には期限までに、診断書の提出が必要です。



※1 休職期間が長期の場合、服務上、休職中に診断書の提出を求める場合あり

※2 復職後も、経過を観察するため、複数回、診断書の提出を求める場合あり

※3 「準備訓練」及び「職場リハビリテーション」は精神疾患の場合に実施

### ■ 準備訓練及び職場リハビリテーション (精神疾患の場合)

(準備訓練) 約1週間

(職場リハビリテーション) 約4週間

- ・ 休職から復帰しようとする職員の不安を解消し、円滑な復職を実現するために実施
- ・ 職種や休職期間によっては準備訓練を省略する場合あり
- ・ いずれの場合も、実施の可否は主治医の意見を基に判断
- ・ いずれの場合も、休職中に実施(この間は傷害保険に加入)するため、給与支給なし

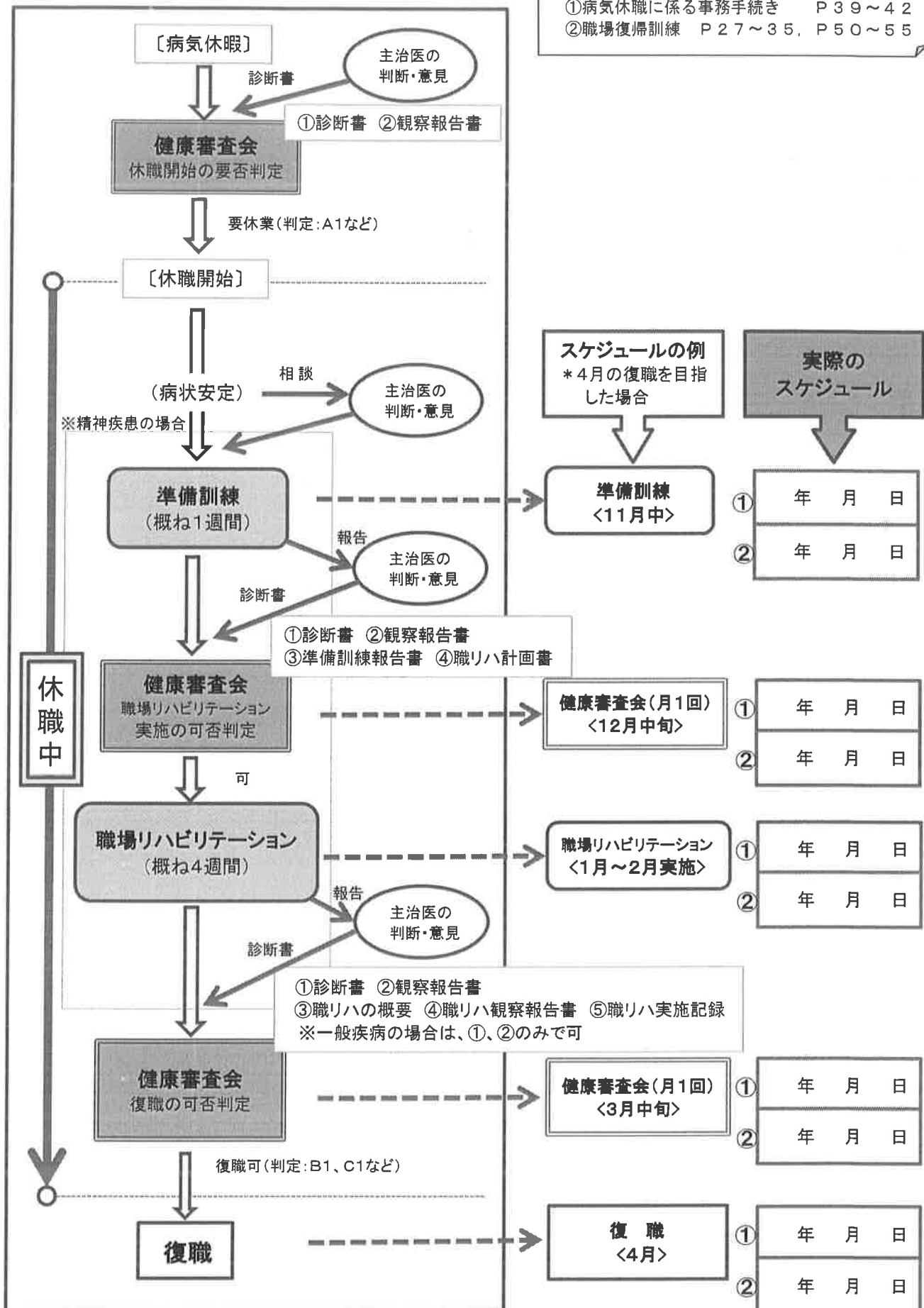
### ■ 給与・福利厚生

| 休職期間 | 1年目                                   | 2年目  | 3年目 |
|------|---------------------------------------|------|-----|
| 給 与  | ・ 給与の8割が支給                            | ・ 無給 |     |
| 昇 給  | ・ 休職中は原則として昇給なし<br>・ 復職時又は復職後、調整により決定 |      |     |
| 給付金等 | ・ 傷病手当金等が支給(共済組合・互助会)                 |      |     |

# 病気休暇から復職までの流れ

《参考》「教職員のメンタルヘルス」

- ①病気休暇に係る事務手続き P39～42  
②職場復帰訓練 P27～35, P50～55



# 診断書の作成要領

## 精神疾患用

書式は、「学校支援コミュニケーションサイト」からダウンロードできます。(所属関係者のみの利用としてください)。  
※B4 サイズで提出してください。

様式第 2

## 診 断 書

埼玉県教育委員会

|                                                             |                                                                                                                            |  |  |      |                                                                                                                                  |                                                   |       |     |       |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------|-----|-------|
| 所属所名                                                        |                                                                                                                            |  |  | 職 名  |                                                                                                                                  |                                                   |       | 性 別 | 男 ・ 女 |
| 氏 名                                                         |                                                                                                                            |  |  | 生年月日 | 年                                                                                                                                | 月                                                 | 日     | 満 歳 |       |
| 現 住 所                                                       |                                                                                                                            |  |  |      |                                                                                                                                  |                                                   |       |     |       |
| 病 名                                                         | ◎ ICD10コードを必ず記入してください                                                                                                      |  |  |      | 既 合<br>往 併<br>症 症                                                                                                                | ◎ いずれかを○で囲んでください<br>休職や休職の更新の場合は、治療継続中である必要があります。 |       |     |       |
|                                                             | ICD10 コード F- - - -                                                                                                         |  |  |      |                                                                                                                                  |                                                   |       |     |       |
| 発 病<br>か<br>ら<br>の<br>経<br>過                                | 推定発病年月： 年 月 ・ 不詳<br>初診年月日： 年 月 日                                                                                           |  |  |      | 入 院 歴                                                                                                                            |                                                   | 有 ・ 無 |     |       |
|                                                             | ◎ 詳しい内容を記入してください<br>以前作成していただいた診断書の記入内容と同様の場合は、その時の診断書の記入部分の写しを貼付していただいても結構です。その際は、割り印をするなど、主治医が作成したものと判断できるような記載等をお願いします。 |  |  |      | 治 療 歴                                                                                                                            |                                                   | 有 ・ 無 |     |       |
|                                                             |                                                                                                                            |  |  |      | 現 在 の 治 療 状 況                                                                                                                    |                                                   |       |     |       |
|                                                             |                                                                                                                            |  |  |      | 1 治療継続中(1 入院 ・ 2 通院)<br>2 経過観察中<br>3 その他 ( )                                                                                     |                                                   |       |     |       |
| 現 在<br>の<br>状<br>況                                          | <現在の症状>                                                                                                                    |  |  |      | <投薬の種類及び量>                                                                                                                       |                                                   |       |     |       |
|                                                             | ◎ 各項目ごとに詳しい内容を記入してください                                                                                                     |  |  |      | ◎ 薬剤名と処方量等を記入してください。                                                                                                             |                                                   |       |     |       |
|                                                             | <検査・治療内容>                                                                                                                  |  |  |      | 検査を実施した場合はその内容と結果、治療内容(薬物療法、精神療法など)を記入してください。                                                                                    |                                                   |       |     |       |
| 問 題 点                                                       | ◎ 勤務に影響を及ぼす病状等の問題や課題を記入してください<br>例) 病気の理解が乏しい、再燃を繰り返しているなど                                                                 |  |  |      |                                                                                                                                  |                                                   |       |     |       |
| 将 来<br>の<br>見<br>込<br>・<br>勤<br>務<br>に<br>関<br>する<br>意<br>見 | ※現時点について下記1～4のいずれかに○をつけ、必要な項目を記入してください。また、補足がありましたら下の欄に記載してください                                                            |  |  |      |                                                                                                                                  |                                                   |       |     |       |
|                                                             | 1 要 休 業 ( 年 月 日頃 まで)<br>2 復職可能 ( 年 月 日から)<br>3 職場リハビリテーションの実施： 可 ・ 否<br>4 勤務の継続： 支障なし ・ 支障あり                               |  |  |      | ◎ 1～4のいずれかの項目を選択し、期間等の必要な項目を記入または○をつけてください<br>休職・更新の場合：1 要休業<br>復 職 の 場 合：2 復職可能<br>職リハの可否の場合：3 職場リハビリテーション<br>復職後の報告の場合：4 勤務の継続 |                                                   |       |     |       |
|                                                             | <補足事項>                                                                                                                     |  |  |      | ◎ 休養が必要な理由の補足、復職後、再燃・再発防止のために必要な配慮や調整があった場合に記入してください<br>例) 業務量や業務内容の負担について、同僚や上司との関係、特定の生徒や保護者への対応 など                            |                                                   |       |     |       |

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名  
所 在 地  
診 療 科  
医 師 名

◎ 診療科名も記入してください

印

(注) 上段の太枠線内は本人が記入し、医師に提出すること。

一般・産婦人科疾病用

(B4判)

様式第3

診 断 書

埼玉県教育委員会

|                            |                                                                                                                                                      |                               |                                                            |                                          |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| 所属所名                       | 職 名                                                                                                                                                  |                               | 性 別                                                        | 男 ・ 女                                    |
| 氏 名                        | 生年月日                                                                                                                                                 | 年 月 日                         | 満 歳                                                        |                                          |
| 現 住 所                      |                                                                                                                                                      |                               |                                                            |                                          |
| 病 名                        | <p>◎病名については下記に御留意ください</p> <p>・産科の「妊娠悪阻」「更年期障害」は病名に当たらないため、病氣休職の対象とはなりません。</p> <p>・「切迫流産」の場合、妊娠週数に応じた診断名を記入してください。</p>                                |                               | 既 合                                                        | <p>※病名、発病年月日、治療状況（治療、治療中等）を記載してください。</p> |
| 発 病 からの経過                  | <p>推定発病年月： 年 月 ・ 不詳</p> <p>初診年月日： 年 月 日</p> <p>発見方法： 健診 ・ 医療機関受診 ・ その他（ ）</p>                                                                        |                               | 入 院 歴                                                      | 有 ・ 無                                    |
|                            | <p>◎詳しい内容を記載してください</p> <p>以前作成していただいた診断書の記入内容と同様の場合は、その時の診断書の記入部分の写しを貼付していただいても結構です。その際は、割り印をするなど、主治医が作成したものと判断できるような記入等をお願いします。</p>                 |                               | 治 療 歴                                                      | 有 ・ 無                                    |
|                            |                                                                                                                                                      |                               | 現 在 の 治 療 状 況                                              |                                          |
|                            |                                                                                                                                                      |                               | <p>1 治療継続中（1 入院 ・ 2 通院）</p> <p>2 経過観察中</p> <p>3 その他（ ）</p> |                                          |
| 現 在 の 状 況                  | <p>&lt;現在の症状&gt;</p>                                                                                                                                 |                               | <p>主 な 検 査 結 果</p>                                         |                                          |
|                            | <p>&lt;治療・投薬内容&gt;</p>                                                                                                                               |                               | 年 月 日                                                      | 項 目 結 果                                  |
| 問 題 点                      |                                                                                                                                                      |                               |                                                            |                                          |
| 将 来 の 見 込 ・ 勤 務 関 連 の 意 見  | <p>※現時点について下記1～3のいずれかに○をつけ、必要な項目を記入してください。また、補足がありましたら下の欄に記載してください。</p> <p>1 要休業（ 年 月 日頃 まで）</p> <p>2 復職可能（ 年 月 日から）</p> <p>3 勤務の継続： 支障なし ・ 支障あり</p> |                               |                                                            |                                          |
|                            | <p>&lt;補足事項&gt;</p>                                                                                                                                  |                               |                                                            |                                          |
| <p>復職・病状報告の場合に記入してください</p> |                                                                                                                                                      | <p>出張制限 無 ・ 有 （出張制限の程度： ）</p> |                                                            |                                          |

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名  
所在地  
診療科  
医師名

◎復職・復職後の報告の際に記入してください

出張制限の程度：例）宿泊を伴う出張について不可、出張全般について不可 など

◎診療科名も記入してください

(注) ※上段の太枠線内は本人が記入し、医師に提出すること。

※検査成績は「主な検査結果」欄に記入するか、検査成績書（コピー可）を添付してください。

※復職または病状報告の場合は、出張制限の要否及び程度を記入してください。

# 観察報告書の作成要領

《参考》「教職員のメンタルヘルス」

観察報告書記入例 P 6 2

## 観 察 報 告 書

様式第 4

埼玉県教育委員会

|                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                      |             |       |       |         |         |  |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------|-------|-------|---------|---------|--|
| 所属所名                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                      | 職 名         |       |       | 免 許 科   |         |  |
| ふりがな                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                      | 職 員 番 号     |       |       | 生 年 月 日 | 年 月 日 生 |  |
| 氏 名                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                      | 性 別         | 男 ・ 女 |       | 年 齢     | 満 歳     |  |
| 住 所                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                      | 休 職 内 申 期 間 | 自     | 年 月 日 | 至       | 年 月 日   |  |
| 1. 症状発生以来の<br>状態                                       | <p>◎いずれの項目も状況がわかるよう、把握可能な範囲で詳細を記入すること</p> <p>1 症状発症以来の状態<br/>症状が出始めた時や病気発見時の状況（症状や発見のきっかけなど）から、受診後、病気休暇から休職までの経過（症状の変化、医師の指示や検査、受療状況）など。</p> <p>2 家庭の環境<br/>家族構成や家族の病気への理解、協力状況、療養に影響する事情（看護や介護の必要な家族の有無）など。</p> <p>3 症状発症前及び発症後の勤務態度並びに生活態度<br/>出勤状況、勤務への意欲、事務処理や生徒への指導状況、生徒や保護者、同僚、上司との人間関係など。特に症状発症後に支障が生じた点など。</p> <p>◎また、診断書で不足する医療状況について、医師による加筆の困難な場合は、医師に確認した内容が、観察報告書で補足されていること<br/>但し、病名、休職期間や復職日については、原則として主治医に直接記載、修正してもらうこと。</p> |                                      |             |       |       |         |         |  |
| 2. 家庭の環境<br>〔家庭の状況、病気への理解、協力等〕                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                      |             |       |       |         |         |  |
| 3. 症状発生前及び発生後の勤務態度並びに生活態度<br>〔特に目立った行動は、日時・場所等を具体的に記入〕 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                      |             |       |       |         |         |  |
| 4. 復職に関する希望<br>（復職時に限る）                                | 所 属 長                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ◎復職の際に記入すること<br>客観的で率直な意見が記載されていること。 |             |       |       |         |         |  |
|                                                        | 本 人<br>〔所属長が記入〕                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                      |             |       |       |         |         |  |
| 5. 特に問題となる点                                            | ◎病気（症状）により勤務上問題となる点について記入すること<br>例）医療的ケアの必要、体力面での制限、生徒や同僚等との対人関係、事務処理力、生徒指導力など                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                      |             |       |       |         |         |  |
| 6. 備 考                                                 | <p>◎過去の休職歴を記入すること</p> <p>◎同病名による病休歴も記入すること</p> <p>◎産科の場合は、妊娠に関する7項目を記入すること</p> <p>①流産回数 ②異常の有無 ③分娩回数<br/>④最終月経 ⑤出産予定日 ⑥産前休暇に入る日<br/>⑦妊娠週数</p> <p>◎校長については、市町村教育委員会又は人事担当課が記入すること</p>                                                                                                                                                                                                                                                          |                                      |             |       |       |         |         |  |

年 月 日

所 属 所 名  
所 属 長 氏 名

印

注 必要部数は、コピーして使用してください。

注 休職更新、復職及び病状報告における既休職期間その他補足事項は、「備考」欄に記入してください。

注 病状報告の勤務態度並びに生活態度は、「3」欄の「症状発生前及び発生後」を「復職後」と読み替えて記入してください。



## ● 教員の業務の特徴

教員の職場である学校は、管理職である校長、副校長、教頭、事務長等以外は**管理職ではない教職員が多数を占めている組織**になっています。

さらに、学校の組織は、学年、教科、校務分掌、各種委員会などの学校運営組織等により運営されているため、同僚間の役割や人間関係は複雑です。このような特性上、健康管理の面においては、通常の民間企業などの職場と比べ、**ラインによるケアが難しい状況**もあるといえます。

また、教員の業務の特徴としては、授業を中心とした教科指導や担任業務のほか、学校種別に応じて進路指導や部活動指導、運動会や文化祭、修学旅行などの学校行事に向けた指導までを行っていることに加えて、いじめ・不登校・その他問題行動等の生徒指導上の諸課題への対応においては、同僚とのチームでの対応や学校以外の関係者とも連携して対応することなどが挙げられます。そのため、一人の教員が、日々、児童生徒や保護者、地域の住民や関連機関、同僚、上司など**立場の違う複数の人々と関わる**ことが必要となっています。

## 一 学校種別による業務の内容や特徴(例) 一

### 小・中学校の場合

- ・**小学校**では、担任している児童に対しては、基本的に全ての教科を指導。  
特に低学年には細やかな生活指導が必要。
- ・**中学校**では、担当の教科のほか、担任している生徒に対しては、道徳や特別活動等も指導。  
また、部活動の指導、生徒や保護者との進路指導のための個別面談なども実施。
- \* その他(他の学校種にも概ね共通する内容)
  - ・給食の指導や掃除の指導    ・登下校時の安全のための指導監督
  - ・児童生徒のプリントの採点やノートの点検    ・出席簿などの諸表簿の整理
  - ・担当の校務分掌(例えば進路指導主事、体育主任など)に関する業務
  - ・次の日の授業のための準備    ・校舎内の安全点検    ・学年だよりなど広報紙の作成

### 高等学校の場合    ※担当教科の授業以外に行うこと

- ・同じ科目を教える他の教員との授業内容や進度の調整
- ・教科についての補習の実施    ・進路相談や生活指導
- ・放課後の部活動指導(部活動はほぼ全ての教員に割り振られている)

### 特別支援学校の場合

- ・児童生徒の在校中は、安全の確保や体調観察のためのより密接な関わり
  - ・授業は複数の教員がチームを組んで対応
  - ・様々な障害のある児童生徒が在籍していることから、多岐に渡る保護者からの要望
- 例) 1日の子どもの様子(機嫌、食欲、取組意欲、トイレ、服薬、持ち物等)を毎日の連絡帳で伝えると共に、必要に応じて、電話連絡、家庭訪問などで伝える。特に体調の変化や個々の配慮点については十分な確認が必要。

### ※病気休暇・休職中の代員について

本務者が病気休暇や休職等により勤務しない期間が一定以上になる場合、その期間内において、本務者に代わって代員が勤務をします。期間の基準等は学校種別によっても異なります。

## 主治医との連携

《参考》「教職員のメンタルヘルス」  
病気休暇・休職中の管理職の対応  
主治医との情報交換 P 24

- ◎ 休職に入る場合、制度についての本人の理解はもちろんのこと、御家族や主治医との情報交換を密にし、本人が安心して休職又は復職できるよう心がけることが大切です。  
ここでは、特に主治医との連携について説明します。

## 1 基本編 - 4つのポイント -

### Point 1 「早めのコンタクトを心がけましょう」

☆職員が病気休暇に入る時点で、主治医と良好な関係を築いておくことが大切です。  
※病気休暇半ばには、休職に入るかどうか検討が必要になってきます。

- 主治医と連絡を取り合うことについて、**本人の了解**を得ておきましょう。
- 具体的なことは直接会って相談しましょう。日時や場所、直接か本人同席か等、事前確認をしましょう。

### Point 2 「教職員の休職の制度について理解してもらいましょう」

☆以下のことを中心に説明し、制度の概要について共通理解を図ることが大切です。

- ①休職の期間は「3年を超えない範囲」と定められていること
- ②休職や復職等の際には、「健康審査会」に諮問すること
- ③「健康審査会」用の診断書を書いてもらうこと
- ④精神疾患の場合、「職リハ」を行う必要があること
- ⑤復職後も、「健康審査会」への病状報告が必要であること

- 「健康審査会」というシステム、専用の診断書様式、4週間の職リハ等、ポイントを押さえて説明しましょう。

### Point 3 「休職前、休職中（職リハ等）、復職のスケジュールを見通しましょう」

☆長期にわたるため、主治医と共に全体の流れについて見通すことが大切です。特に…

- ①休職始期と健康審査会の日程より、かなり早い段階で休職の診断書が必要となる場合がある
- ②準備訓練や職リハの実施期間を含め、長期の休職期間が必要となる（本人の復職後の勤務、代員との引き継ぎ等を考え、年度末や学期末までが好ましい）
- ③復職と健康審査会の日程により、職リハ後すぐに診断書が必要となる場合がある

- 「流れ図」等を活用し、本人の今後のスケジュール（いつごろ何のための診断書が必要か等）について共通理解を図りましょう。

小中学校の教職員の場合、個々のスケジュールは、市町村教育委員会とも連携を密にし、確認してください。

### Point 4 「連絡のマナーを守りましょう」

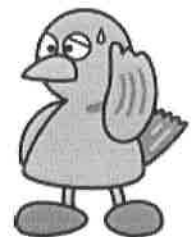
☆診断をするのは主治医です。たくさんの患者を抱え、勤務体系も様々です。一方的な依頼で誤解を招かないよう心がけましょう。例えば…

×「審査会に間に合わないから、早く書いてくれ…」

→主治医の診察日等も考慮に入れて計画的に依頼を！

×「とにかく、長い期間の診断書を書いてくれ…」

→何故長期の診断が必要なのか、日程や職リハ等について具体的に説明を！



## 2 職場リハビリテーション・復職編 (精神疾患の場合)

◎ 復職については、病状の回復の程度が「家庭での基本的な生活が安定し、社会生活を営める」という基準に加え、さまざまな緊張や負荷のかかる職場での勤務に耐えうる状態にあるかということも含めた判断が必要です。

そのために、主治医に意見を伺う際は、管理職として把握した状況を的確にお伝えすることが大切です。

### 準備訓練開始時

事前に家庭訪問や所属での本人との面談、家族との連絡などにより、本人の状態や生活状況を把握し、主治医に伝え、準備訓練開始について意見を伺う。

●生活状況：睡眠、食生活、その他の時間の過ごし方、生活リズム、本人の自覚する症状の変化、受診や服薬状況 など

### 職場リハビリテーション開始時

準備訓練時の本人の職場での状態と、それに基づく所属長の意見を併せて伝え、職場リハビリテーション実施の可否と必要な配慮に関する意見を伺い、健康審査会提出用の診断書を作成していただく。

### 復職の可否の判断

職場リハビリテーション時の本人の職場での状態と、それに基づく所属長の意見を併せて伝え、復職の可否と復職の場合は、復職後に必要な配慮に関する意見を伺い、健康審査会提出用の診断書を作成していただく。



●改めて「教員の仕事の特徴」と復職後に予定している本人の職務などについて伝え、意見を伺いましょう。

## ☎医療機関・主治医への連絡方法のコツ

■医療機関への連絡は以下のような方法が考えられます。

- ①電話受付で医師に直接つないでいただける時間を確認し、改めて電話をする。  
(総合病院などの場合は、まずは診療科の外来につないでいただく)
- ②医療相談室などがある医療機関の場合は、その相談室のソーシャルワーカーにつないでいただき、連絡の主旨を伝え、医師との面談の調整をお願いする。



■主治医との面談方法は、本人の受診に同行することが基本です。本人とは別に面談を希望する場合は、その旨も本人に了解を得て、本人からも主治医に伝えておいてもらうとよいでしょう。連絡したい内容や意見をいただきたいポイントを整理しておきましょう。

- 主治医と管理職の連絡方法についての考え方は医師によってさまざまです。
- 本人と主治医との関係を崩さないことを優先し希望を伝えながら主治医やその医療機関のルールに従いましょう。

## 《参考 1》障害共済年金について

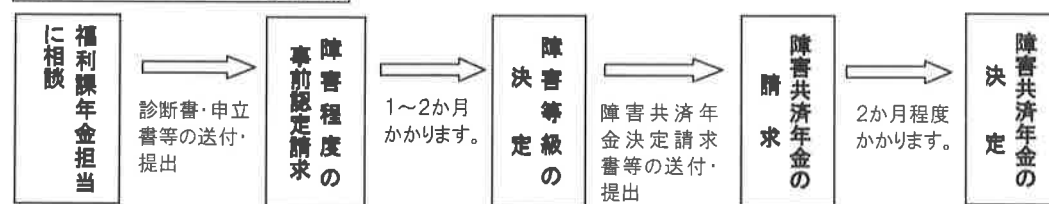
公立学校共済組合の組合員である期間中に病気やけがによって、法令に定めのある程度の障害の状態になった場合、**障害共済年金**を受給することができます。

### 受給の要件

- ①**初診日（※）**に組合員であること。
- ②**初診日から1年6か月経過した日（障害認定日という）**に、障害等級の1～3級に該当する状態にあること。又は、障害認定日には障害等級に該当する状態でないが、**その後65歳に達する前日までに**その傷病により障害等級に該当する状態と認定されたとき。

※**初診日**：その傷病について初めて医師の診療を受けた日

### 年金を受けるための手順



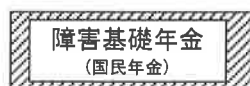
#### ◆障害等級のおおよその目安

|    |                  |
|----|------------------|
| 1級 | 日常生活が不能な程度       |
| 2級 | 日常生活に著しい制限を受ける程度 |
| 3級 | 労働に著しい制限を受ける程度   |

### 年金の受給

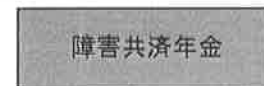
※障害基礎年金の額 1級 983,100円 2級・3級 786,500円（平成24年度）

#### ●1、2級の場合（障害基礎年金が併給されます）



在職中でも支給される

#### ●3級の場合



在職中は原則支給停止となる

※障害共済年金と傷病手当金の両方の受給権がある場合、それぞれの額により、傷病手当金の額が調整されます

◎詳しくは、「福利のしおり」をご覧ください。か、福利課年金担当に直接御相談下さい。  
担当：福利課年金担当 048-830-6688

## 《参考 2》身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳について

### 身体障害者手帳

申請窓口：居住地の市町村の担当課

身体に障害があり、その状態が身体障害者福祉法に定められた障害に該当する場合に交付されます。

障害等級に応じて、各種税の減免及び控除、公共料金の減免、手当の給付などの他、公共施設の使用料の減免、日常生活用具の給付やホームヘルプサービスなどの福祉サービスを受けることができます。

### 精神障害者保健福祉手帳

申請窓口：居住地の市町村の担当課

精神障害により、長期にわたり日常生活又は社会生活への制約があると認められた場合に交付されます。

障害等級に応じて、各種税の減免及び控除、公共料金の減免、公共施設の使用料の減免などの福祉サービスを受けることができます。