事業主のみなさまへ

**従　業　員　の　復　職　支　援　の　ご　あ　ん　な　い**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院名　○○○○病院

|  |
| --- |
| 当院では、がんの患者さん（従業員）や事業所のご理解とご協力を得て、患者さんがもとの職場に戻れるように、**事業所の方々のご意見も伺いながら、治療と仕事の両立支援**を行っております。  当院では事業所の事業概要や産業医の有無、患者さんの職種や職場環境といったことなどを所定用紙にご記入、提出いただき、場合によっては担当者が事業所を訪れて労務管理を担当する方や産業医をはじめとする産業保健スタッフの方々と一緒に、患者さんが復職できるように支援して参りたいと考えております。  そして、治療計画や職場復帰計画などの情報を事業所と患者さん、そして当院と共有したいと考えております。  雇用者  **コーディネーター**  患者  医療者  得られた情報はこの支援に関係すること以外に使われる  ことはありませんからご安心ください  コーディネーター |
| 手順はまず、所定用紙にご記入いただきます。  そして、当院へご提出いただだいたあとは、当院の医師  **復職支援チーム**  や看護師、医療ソーシャルワーカー（MSW）や復職コー  ディネーター（注）が患者さんの病状や体力などをみながら、  復職時期などを患者さんや事業所の方々にご相談させて  いただきます。  なお、この支援にご協力いただけなかったからといって、患者さんや事業所には何の不利益も生じないことを予めお知らせいたします。 |

（注）復職コーディネーターとは（独）労働者健康安全機構が行う基礎講習を受講したメディカル・

ソーシャル・ワーカー（医療社会福祉士）や、がん認定看護師などがん患者と接する専門家が

病状、治療計画、復職計画を患者さんや勤め先と情報の共有、調整を行い職場復帰プログラム

などを作成して実務的支援を行う者をいいます。

支援内容に関するお問い合わせは次の連絡先、担当までお申し出ください。

病院名　○○○会　××××病院

住　所　〒□□□-0013

　　　　東京都○○区××4-１０-1

電　話 03-37○○-×301 （内線 □□）　担当：○○