令和８年度岡山県教職員リワークプログラム実施要領

公立学校共済組合岡山支部

（目的）

第１条　この要領は､リワークプログラムの実施に関して必要な事項を定めることによって、精神疾患による病気休職者が、生活リズムを整え、社会復帰及び円滑に復職プログラムに取り組むための支援をするとともに、復職後の再発防止を目的とする。

（実施）

第２条　公立学校共済組合岡山支部（以下「共済組合」という。）及び公立学校共済組合中国中央病院（以下「病院」という。）は、前条の目的を達するため、連携してリワークプログラムを実施する。

２　共済組合は、次の各号のリワークプログラムに係る事務を行う。

⑴ 参加募集及び参加申請の取りまとめ

⑵ その他実施に関わって必要な事務及び病院への情報提供

３　病院は、次の各号のリワークプログラム及びそれに係る事務を行う。

⑴ 参加申請の受理、参加の可否及び中止の決定（参加希望者との面接及び参加可否決定の通知を含む。）

⑵ リワークプログラムの実施

⑶ 共済組合への終了に係る報告又は中止に係る報告

⑷ その他実施に関わって必要な事務

（リワークプログラムの期間）

第３条　リワークプログラムは、令和８年度、５期に分けて行う。

２　第１クールは令和８年６月下旬から７月下旬の間に、第２クールは９月下旬から１０月下旬の間に、第３クールは１０月下旬から１１月下旬の間に、第４クールは１１月下旬から１２月下旬の間に、第５クールは１２月下旬から令和９年１月下旬の間に行い、週１日の計５回又は週２日の計１０回及び終了面接を実施する。

（対象者）

第４条　リワークプログラムの対象者は、共済組合の組合員（ただし、期限付を除く。）のうち、精神疾患等による病気休職者とする。

（リワークプログラムの実施場所）

第５条　リワークプログラムは、病院で実施する。

（リワークプログラムの参加手続）

第６条　リワークプログラムに参加を希望する者は、応募期間中に様式第１号のリワークプログラム参加申請書及び様式第２号のリワークプログラムに係る診断書を共済組合を経由して病院に提出する。

２　病院は、事前面接を実施の上、リワークプログラム参加の可否を決定し、様式第３号のリワークプログラム参加可否決定通知書により、リワークプログラム参加希望者に通知するとともに、共済組合に同通知書の写しを提供し、報告する。

（リワークプログラムの中止）

第７条　病院は、リワークプログラム参加者から様式第４号によりリワークプログラム中止の申出があった場合や、病院がリワークプログラム参加者の状態を判断し、リワークプロ

グラムを中止する場合は、様式第５号のリワークプログラム中止決定通知書により、参加者に通知するとともに、共済組合に同通知書の写しを提供し、報告する。また、様式第５号別紙により、診断書を記載した医師（以下「主治医」という。）にお知らせする。

（リワークプログラムの結果報告）

第８条　病院は、リワークプログラムを終了又は中止した者について様式第６号のリワークプログラム終了（中止）報告書及び様式第６号別紙１により、共済組合に結果報告を行うとともに、リワークプログラムを終了した者に限り、様式第６号別紙２により、主治医に報告する。

（保険への加入）

第９条　病院は、リワークプログラムを実施する場合は、リワークプログラム参加者を被保険者とする傷害保険及びリワークプログラムの実施に起因して他人の身体及び財産の滅失について損害賠償責任が生じる場合の賠償責任保険に加入する。

２　保険に関する事務手続は、病院が行う。

（経費の負担）

第１０条　リワークプログラム参加者は参加費無料とし、前条に関わる保険料は、病院負担とする。また、病院までの交通費については、リワークプログラムの全日程の８割以上の参加で、病院の規定に基づき、交通費（タクシーは対象外）の９割を病院から支給する。なお、自家用車を利用し、病院の駐車場を利用した場合の駐車料金は無料とする。

（診断書作成料の補助）

第１１条　リワークプログラムに係る診断書の作成料については、リワークプログラム参加者がリワークプログラムに係る診断書補助金申請書により、共済組合に請求し、共済組合から支給する。（上限５千円）

（個人情報の取扱いに関する同意）

第１２条　リワークプログラムに参加を希望する者は、次の各号について同意するものとする。これにより提供する個人情報は、対象者がその職場に円滑に復職することを支援するとともに、復職後の再発防止のために活用されるものであり、これを取扱う機関は適切に管理し、それ以外の目的に利用してはならない。

⑴　病院が共済組合に対し、リワークプログラムの実施に関する情報を提供すること

⑵　主治医が病院に対し、病名及び休職時の所見等の治療に関する情報を提供し、病院はその主治医に対し、リワークプログラムの実施内容及びその結果に関する情報を提供すること

（その他）

第１３条　この要領の実施に関して、その他必要な事項は、共済組合と病院が協議して定める。

附　則

この要領は、令和８年４月１３日から施行する。

様式第１号

公立学校共済組合中国中央病院

リワークプログラム参加申請書

岡山県教職員リワークプログラム（令和８年度　第　　クール）に参加したいので、次の事項について同意の上、申請します。

１　主治医が公立学校共済組合中国中央病院（以下「中国中央病院」という。）に対し、診断書等治療に関する情報を提供し、中国中央病院が主治医及び公立学校共済組合岡山支部（以下「共済組合」という。）に対し、リワークプログラムの中止又は終了等について、情報の提供を行うこと。
２　中国中央病院及び共済組合において、リワークプログラムの実施に関する情報を共有すること。

令和　　年　　月　　日

所 属 所 名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

組合員番号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

職名・氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所　〒　　－

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連 絡 先　（　　）　　－

注　本申請書は共済組合を経由して中国中央病院へ提出すること。また、必ず様式第２号も併せて提出すること。

様式第２号

リワークプログラムに係る診断書

本人記入欄	所属所名			
	氏　名（ふりがな）		職　名	
	生年月日	年　月　日 （　　歳）	性　別	男　・　女

病　名	
既往症	
現病歴	
現在服薬中の薬（※１）	
休職時の所見（休職時が不明の場合は初診時の所見）	
治療経過	
現症（精神現症及び身体現症）	
リワークプログラム参加についての意見	
【中国中央病院の往復に**自家用車**を使用する場合】いずれかに☑してください	
□　安全な運転に必要な認知、予測、判断又は操作に関する能力を欠くおそれのある症状（薬の副作用も含む）を呈しておらず、**自家用車使用**可	
□　自家用車使用不可	
上記のとおり診断します。 令和　　年　　月　　日 所　在　地 医療機関名 医師氏名　　印 連　絡　先（　　）　　－	

※１　お薬の説明書の写しを添付でも可。
※２　別紙を添えて診断書の記載依頼をすること。

様式第２号　別紙

令和　　年　　月　　日

（　医療機関名　）
先生　御机下

公立学校共済組合岡山支部
公立学校共済組合中国中央病院

岡山県教職員リワークプログラムに関する依頼書

教職員の病気療養、健康管理等に関しまして、日頃から大変お世話になり、厚く御礼申し上げます。

近年、教職員を取り巻く環境が大きく変化する中、全国的にも、また岡山県においても、病気休職に占める精神疾患の割合が増加傾向にあるとともに一度復職しても再度休職するケースも見られます。

このため、復職には至らないものの、それに近い状態にある精神疾患による病気休職者を対象として、職場への円滑な復職を支援するとともに、復職後の再発防止を目的としたリワークプログラムを公立学校共済組合中国中央病院において実施いたしております。

現在、次の職員が、このリワークプログラムへの参加を希望しておりますが、参加の可否の判断や効果的なリワークプログラムを実施するため、より多くの情報が必要となります。

つきましては、別紙「リワークプログラムに係る診断書」の「現病歴」及び「休職時の所見」欄に、症状・発症時期等について、「現在服薬中の薬」欄に診断書作成時の処方内容について、「治療経過」欄に、現在までの治療法・治療経過及び検査データ等について、できるだけ具体的に記入していただきますよう、お願いいたします。

なお、診断書に係る情報については、事前面接を含むリワークプログラムのみで使用することとし、個人情報保護の観点から責任を持って管理いたします。

また、リワークプログラムの中止及び終了については、公立学校共済組合中国中央病院から御報告させていただきます。

おって、公立学校共済組合中国中央病院から御助言等をお願いすることがございますので、その際は御協力を賜りますようお願いいたします。

【　教 職 員　】

所属所名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※　この依頼書を医療機関に提出する際には、必ず「岡山県教職員リワークプログラムカリキュラム」を添付し、併せて「様式第１号リワークプログラム参加申請書」を提示すること。

様式第３号

令和　　年　　月　　日

様

公立学校共済組合中国中央病院長

リワークプログラム参加可否決定通知書

岡山県教職員リワークプログラムの参加の可否について、次のとおり決定しましたので通知します。

１　氏名（ふりがな）

２　リワークプログラム参加の可否について

可　・　否

３　リワークプログラム参加期間（承認された場合のみ記入）

４　特記事項（承認された場合のみ必要に応じて記入）

様式第４号

令和　　年　　月　　日

公立学校共済組合中国中央病院長　様

所属所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

職・氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

リワークプログラム中止届出書

事情により、リワークプログラムを中止しますので、届け出ます。

様式第５号

令和　　年　　月　　日

様

公立学校共済組合中国中央病院長

リワークプログラム中止決定通知書

あなたのリワークプログラムへの参加について、次のとおり中止が決定しましたので通知します。

リワークプログラム期間：令和８年度　第　　クール

様式第５号　別紙

令和　　年　　月　　日

先生　御机下

公立学校共済組合中国中央病院長

岡山県教職員リワークプログラム中止について（お知らせ）

岡山県教職員リワークプログラムにつきまして、日頃から大変お世話になり、厚く御礼申し上げます。

御協力を賜り次の教職員の岡山県教職員リワークプログラムを実施していたところですが、この度中止することとなりましたので取り急ぎお知らせいたします。

１　教職員の氏名等

所属所名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

職名・氏名（ふりがな）　＿＿＿＿＿＿＿＿・＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日等　昭和・平成　　年　　月　　日生　　男・女

２　中止の理由

・　本人の希望に基づく中止
・　当病院の判断に基づく中止

今回はこの様な結果となりましたが、職域病院として教職員の心身の健康のため尽力してまいる所存です。

つきましては、今後とも御協力を賜りますようお願いいたします。

様式第６号

令和　　年　　月　　日

公立学校共済組合岡山支部長

公立学校共済組合中国中央病院長

リワークプログラム終了（中止）報告書

次の者に係るリワークプログラムを終了（中止）しましたので、報告します。

１　氏名等

⑴　職名・氏名（ふりがな）

⑵　生年月日・年齢・性別

年　　月　　日生　　（　　歳）　　男 ・ 女

２　リワークプログラム期間

令和８年度　第　　クール

３　実施状況（別紙のとおり）

（様式第６号　別紙１）

所属所名		職名・氏名（ふりがな）	
事業実施者	公立学校共済組合中国中央病院　メンタルヘルス室 （電　話　０８４－９７０－２１２１） （担当者　　）		
実 施 期 間	令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日		
日　　時	リワークプログラムの内容	実　施　状　況	
月　　日			
月　　日			
月　　日			
月　　日			
月　　日			
月　　日			
月　　日			
月　　日			
月　　日			
月　　日			
月　　日			
意見			

様式第６号　別紙２

令和　　年　　月　　日

先生　御机下

公立学校共済組合中国中央病院長

岡山県教職員リワークプログラム終了の御報告

岡山県教職員リワークプログラムにつきまして、日頃から大変お世話になり、厚く御礼申し上げます。

御協力を賜り次の教職員の岡山県教職員リワークプログラムを実施していたところですが、おかげ様を持ちまして無事終了となりましたので取り急ぎお知らせいたします。

教職員の氏名等

所 属 所 名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

職名・氏名（ふりがな）　＿＿＿＿＿＿＿＿・＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日等　昭和・平成　　年　　月　　日生　　男・女

後日、公立学校共済組合岡山支部へ報告する終了報告書の副本を送付いたします。治療の参考にしていただければ幸いです。

今後とも当病院の実施いたします事業について、引き続き御協力を賜りますようお願いいたします。