

保健師・助産師・看護師・准看護師業務従事者届記入要領

①～⑥ 基本事項

① ②氏名

保健師籍、助産師籍、看護師籍又は准看護師籍に登録されている氏名を正確に記入して下さい。

③性別

該当するものにチェックして下さい。

④生年月日

保健師籍、助産師籍、看護師籍又は准看護師籍に登録されている生年月日の元号をチェックし、生年月日を記入して下さい。なお、外国籍の方の場合、西暦で登録されているので、「4 西暦」にチェックをして下さい。満年齢については、令和6年12月31日現在で記入して下さい。

⑤住所

現に居住している場所を記入して下さい。

⑥メールアドレス

メールアドレスを記入すること。職場メールアドレスではなく、個人メールアドレスを記入することで、次回の届出以降も、勤務先が変わっても届出や看護職キャリア情報の内容を引き継ぐことが可能。

⑦～⑨ 免許の種別、登録番号及び登録年月日等

保健師、助産師、看護師及び准看護師の免許のうち2つ以上の免許を有する者は、その全てに係る事項について記入して下さい。

⑦登録先

保健師、助産師、看護師の免許については、厚生労働大臣免許又は都道府県知事免許（旧規則による免許）、准看護師の免許については、関西広域連合免許又は都道府県知事免許の区分に従い、厚生労働大臣免許の場合・・・「厚生労働省」をチェックして下さい。

都道府県知事免許の場合・・・「都道府県」をチェックし、都道府県名を記入して下さい。

関西広域連合免許の場合・・・「関西広域連合」チェックして下さい。

⑧登録番号については、保健師籍、助産師籍、看護師籍又は准看護師籍に登録された番号を、右詰めで記入して下さい。

⑨登録年月日については、保健師籍、助産師籍、看護師籍又は准看護師籍に登録された年月日の元号チェックし、年月日を記入して下さい。なお、再交付又は書換え交付によって登録番号が変更になった場合においても、登録年月日は、当初に登録された日を記入して下さい。

※登録番号及び登録年月日については、不明の場合は空欄でも結構です。「登録番号（又は登録年月日）を教えてください」という問合せにはお答えできません。

⑩ 主たる業務

⑩「主たる業務」の欄は、保健師業務、助産師業務、看護師免許及び准看護師免許等業務のうち、その主たる業務の一つをチェックして下さい。

⑪～⑲ 業務従事場所・雇用形態等

⑪主として従事している場所

複数の場所で業務に従事している場合は、主たるもの一つについて記入して下さい。複数の施設が併設されている施設で業務に従事している場合等であって、主たる従事場所が特定できない場合は、当該複数施設のうち主たる施設において従事しているものとして記入して下さい。

1. 病院

医療法第1条の5第1項に規定する病院において業務に従事している者。

2. 診療所

医療法第1条の5第2項に規定する診療所において業務に従事している者。

※「8. 事業所」に設置される診療所を除く。

*ア. 有床・・・入院させるための施設を有する診療所に従事している者。

*イ. 無床・・・入院させるための施設を有しない診療所に従事している者。

3. 助産所

医療法第2条第1項に規定する助産所において業務に従事している者。また、「A. 分娩の取扱いあり」「B. 分娩の取扱いなし」については、分娩取扱いの実績の有無に関わらず、現在、分娩の依頼に応ずる体制がある場合は、「分娩の取扱いあり」の項目に記載して下さい。

*ア. 開設者・・・助産所の開設の届出を行った者。ただし、「出張のみによる者」に該当する者を除く。

*イ. 従事者・・・「開設者」「出張のみによる者」に該当しない者。

*ウ. 出張のみによる者・・・出張のみによって業務に従事している者として、医療法第5条の適用を受け、開設の届出を行った者。

4. 訪問看護ステーション

介護保険法、健康保険法に基づき、訪問看護事業を行う事業所（ただし、病院又は診療所を除く）において従事している者。

*ア. 管理者・・・訪問看護ステーションに置かれる管理者である者。

*イ. 従事者・・・「ア. 管理者」以外の者。

5. 介護保険施設等:次に掲げる施設・事業所において従事している者。

*ア. 介護老人保健施設・・・介護保険法第8条第28項に規定する介護老人保健施設において業務に従事している者。

*イ. 介護医療院・・・介護保険法第8条第29項に規定する介護医療院において業務に従事している者。

*ウ. 指定介護老人福祉施設・・・介護保険法第8条第27項に規定する介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）別養護老人ホーム）において業務に従事している者。

*エ. 居宅サービス事業所・・・介護保険法第8条第1項に規定する居宅サービス事業（ただし、訪問看護事業を除く）を行う事業所において業務に従事している者。

*オ. 居宅介護支援事業所・・・介護保険法第8条第24項に規定する居宅介護支援事業を行う事業所において業務に従事している者。

*カ. その他・・・ア～オ以外の介護保険法に規定する施設又は事業所において業務に従事している者。

6. 社会福祉施設

社会福祉法に規定する社会福祉施設（施設を必要としない社会福祉事業を行う事業所を含む）において業務に従事している者。ただし、1～5に該当する場合を除く。

*ア. 老人福祉施設（特別養護老人ホームを除く）・・・老人福祉法第5条の3に規定する老人福祉施設において業務に従事している者。

*イ. 児童福祉施設・・・児童福祉法第7条に規定する児童福祉施設において業務に従事している者。

*ウ. その他・・・「ア. 老人福祉施設」「イ. 児童福祉施設」以外の社会福祉施設において業務に従事している者。

7. 保健所、都道府県又は市区町村

*ア. 保健所・・・保健所において業務に従事している者。

*イ. 都道府県・・・都道府県の職員であって、保健所以外の場所において業務に従事している者。（ア 保健所を除く）

*ウ. 市区町村・・・市区町村の職員であって、保健所以外の場所において業務に従事している者。（ア 保健所を除く）

8. 事業所

1から7及び9に該当しない事業場（会社、工場その他の事業所（これらの事業所等に設置される診療所を含む））において、業務に従事している者（保健師であって衛生管理業務を併せ行っている者を含む）。

*ア. 事業所内診療所 事業所に設置されている診療所において業務に従事している者

*イ. その他（アを除く） ア以外の事業所において業務に従事している者

9. 看護師等学校・養成所又は研究機関

文部科学大臣の指定した保健師学校、助産師学校、看護師学校若しくは准看護師学校又は都道府県知事の指定した保健師養成所、助産師養成所、看護師養成所若しくは准看護師養成所において従事している者及び看護に関する専門知識を用いて研究機関において従事している者。

10. その他

1から9に該当しない場所において業務に従事している者。

⑫所在地・・・現に業務に従事している場所について、その所在地を記入して下さい。

⑭名称・・・現に業務に従事している場所について、その名称を正確に記入して下さい。

⑮～⑰ 雇用形態、常勤換算

⑮雇用形態

1. 正規雇用

正規雇用とは、施設が直接雇い入れた者であって、契約期間が限定されていない者。

2. 非正規雇用（「正規雇用」又は「派遣」に該当しない者）

非正規雇用（「正規雇用」又は「派遣」に該当しない者）とは、パートタイマー、アルバイト、準社員、嘱託、臨時社員など名称に係わらず、「正規雇用」及び「派遣（紹介予定派遣を含む）」に該当しない者。

3. 派遣（紹介予定派遣を含む）

派遣（紹介予定派遣を含む）とは、派遣会社から派遣されている者。

⑯常勤換算

常勤換算は、「雇用形態」に係わりなく、次により記入して下さい。

1. フルタイム労働者

フルタイム労働者とは、1週間の所定労働時間が40時間程度（1日8時間・週5日勤務等）の者を指すこと。

2. 短時間労働者

短時間労働者とは、フルタイム労働者と比較して、1週間の所定労働時間が短い者を指すこと。

⑰常勤換算数

また、「短時間労働者」の場合は、以下の式により常勤換算した数値を記入して下さい。この場合、小数点以下第2位を四捨五入し、小数点以下第1位で記入することになりますが、0.1に満たない場合は0.1と記入して下さい。

$$\text{常勤換算} = \frac{\text{短時間労働者の1週間当たりの労働時間}}{\text{フルタイム労働者の1週間当たりの所定労働時間}}$$

例) フルタイム労働者の1週間の所定労働時間が40時間で、

①週2日8時間勤務の場合（アルバイト等）	・・・	①8時間×2日	
②週5日6時間勤務の場合（育児短時間勤務等）	・・・	②6時間×5日	=① 0.4人
		<hr/>	=② 0.8人
		40時間	

⑱～⑲ 従事期間等

⑱ 従事期間

○従事期間は、現在従事している場所における連続した従事期間の年数により記入して下さい。

・従事場所に変更があった場合においても、同一の者が設置する施設・事業所間の異動・転勤に伴う場合は、従事場所に変更がなかったものとみなして記入して下さい。

*連続の例・・・同一の医療法人が設置する病院と診療所間の異動。

*非連続の例・・・同一敷地内にある医療法人立の病院と社会福祉法人立の特別養護老人ホーム間の異動。

ただし、設置者の相続、法人の合併等によって、設置者の変更のみがあった場合は連続しているものとして記入して下さい。また、訪問看護ステーションにおいての「管理者、従事者」の間の異動についても連続しているものとみなして記入して下さい。

・派遣から正規雇用への変更等、雇用形態の変更があっても、従事場所の変更がなかった場合は連続しているものとして記入して下さい。

・准看護師としての就業を継続しながら看護師免許を取得した場合等、免許の変更があっても、従事場所の変更がなかった場合は連続しているものとして記入して下さい。

○看護師等学校養成所、研究機関又は行政機関に従事する者などの従事期間については、看護師等の専門的知識を用いて、看護師等の業務に密接な関連を有する業務に従事した期間を業務に従事していた期間とみなして記入して下さい。

⑲ 従事開始理由

ア. 新規

新規とは、免許取得後、初めて保健師、助産師、看護師又は准看護師として従事した場合（ただし、2つ以上の免許を有する場合、最初の免許を取得後に従事した場合とする。）に記入して下さい。新規には、免許取得後、1ヶ月以内に看護師等として従事せず、看護師等以外の業務に従事していた者や看護師等として未就業かつ、就業の見込みがなかった者は含まれません。

イ. 再就業

再就業とは、現在の就業場所に従事開始前に1年間に保健師、助産師、看護師又は准看護師として従事していない場合（ただし、ア. 新規を除く。）に記入して下さい。

ウ. 転職

転職とは、現在の就業場所に従事開始前1年間に保健師、助産師、看護師又は准看護師として従事したことがある場合に記入して下さい。「従事したことがある」とは、次の(1)から(3)により判断して下さい。なお、同一の就業場所の労働者のうち、短時間労働者であっても、(1)から(3)に該当する限り、「従事したことがある」にあたるものです。

(1) 期間の定めがなく雇われていた場合。

(2) 1ヶ月を越える期間を定めて雇われていた場合。

(3) 日々又は1ヶ月以内の期間を定めて雇われていた者が2ヶ月以上かつ各月18日以上雇われた場合。

エ. その他

ア. 新規、イ. 再就業 及びウ. 転職のいずれにも該当しない場合に記入して下さい。

⑳～㉓ 看護師の特定行為研修の修了状況

㉐ 特定行為研修の修了の有無

- ・ 12月31日現在において、特定行為研修の指定研修機関（以下「指定研修機関」という。）から「特定行為研修修了証」が交付されている場合は、「1. 有」をチェック☑をして下さい。
- ・ 12月31日現在において、特定行為研修を受講していない場合（指定研修機関において現に受講中または受講したものであって、指定研修機関から「特定行為研修修了証」が交付されていない場合含む。）は「2. 無」をチェック☑をして下さい。

㉑ 指定研修機関番号

- ・ 指定研修機関から交付された「特定行為研修終了証」に記載されている「特定行為研修を実施した指定研修機関の指定研修機関番号及び名称」の欄に記載されている指定研修機関番号を記入して下さい。なお、複数の指定研修機関番号をお持ちの方は、最新の番号を記入して下さい。
- ・ 「特定行為研修の修了の有無」の欄において「2. 無」を選択している場合は記入の必要はありません。

㉒ 修了した特定行為区分

- ・ 指定研修機関から交付された「特定行為研修修了証」の「修了した特定行為研修に係る特定行為区分の名称」の欄に記載されている特定行為区分の名称を全てチェック☑して下さい。
- ・ 「特定行為研修の修了の有無」の欄において「2. 無」を選択した方は、記入の必要はありません。

㉓ 修了した領域別パッケージ研修

- ・ 指定研修機関から交付された「特定行為研修修了証」の「修了した特定行為研修に係る特定行為区分の名称」の欄に記載されている領域別パッケージ研修の領域を全てチェック☑して下さい。単に、領域別パッケージ研修に含まれる特定行為区分全ての研修を修了しているだけでなく、「特定行為研修終了証」に記載されている領域について、チェック☑して下さい。
- ・ 「特定行為研修の修了の有無」の欄において「2. 無」を選択した方は、記入の必要はありません。
- ・ 領域別パッケージ研修に含まれる特定行為区分については「修了した特定行為区分」の欄においても選択して下さい。