

# 保健師、助産師、看護師及び准看護師の業務従事者届記載要領

(令和6年12月31日現在の状況を記入してください)

①氏名 …… 令和6年12月31日現在の氏名を記入してください。

②性別 …… 該当するものを○で囲んでください。

③生年月日 …… 西暦で記載してください。

年齢は、令和6年12月31日現在の満年齢を記入してください。

④住所 …… 令和6年12月31日現在お住まいの場所を記入してください。

⑤メールアドレス …… 御自身のメールアドレスを記入してください。

## ⑥免許の種別、登録番号及び登録年月日等

- ・保健師、助産師、看護師又は准看護師免許のうち2つ以上の免許等を有する方は、その全ての項目について記入してください。
- ・厚生労働大臣の免許を有する場合は、「1」に○を付け、都道府県知事の免許を有する場合（昭和23年7月30日より前に免許を受けた方）は、「2」に○を付け、交付都道府県名を記入してください。
- ・准看護師で都道府県知事の免許を有する場合は、「1」に○を付け、交付都道府県を記入し、関西広域連合の免許を有する場合は、「2」に○をつけてください。
- ・登録年月日は、当初の登録日を記入してください（再交付又は書換え交付を受けた場合は、その年月日は記入しないでください。）。

## ⑦主たる業務

- ・保健師、助産師、看護師、准看護師免許のうち複数の免許を有する場合、その主な業務の一つについて記入してください。

## ⑧業務に従事する場所

- ・⑨～⑭について、漏れのないよう記入してください。
- ・複数の場所で業務に従事している場合は、主なものの一つについて記入してください。
- ・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など、主な従事場所が特定できない場合は、当該複数施設のうち主な施設において従事しているものとして、記入してください。

## ⑨種別

(病院)

「1. 病院」……医療法第1条の5第1項に規定する病院（病床数20床以上のもの）において業務に従事している方。

(診療所)

医療法の第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方。ただし、事業所内に設置された診療所は、「24. 事業所内診療所」に含めてください。

「2. 有床診療所」……入院させるための施設を有する診療所に従事している方。

「3. 無床診療所」……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方。

(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方。従事先の助産所に分娩の依頼に応ずる体制がある場合には、分娩実績の有無に関わらず選択肢4～6の中から選んでください。

「（開設者）」とは ……助産所の開設の届出を行った方。ただし「6. 分娩の取扱いのある助産所（出張のみ）」「9. 分娩の取扱いのない助産所（出張のみ）」に該当する方を除きます。

「（従事者）」とは ……「（開設者）」、「（出張のみ）」のいずれにも該当しない方。

「（出張のみ）」とは ……出張のみによって業務に従事している方として、医療法第5条の適用を受け、開設の届出を行った方。

#### （訪問看護ステーション）

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

「10. 訪問看護ステーション（管理者）」……訪問看護ステーションに置かれる管理者である方。

「11. 訪問看護ステーション（従事者）」……上記10以外の方。

#### （介護保険施設等）

「12. 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方。

「13. 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方。

「14. 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）において業務に従事している方。

「15. 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（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方。

「16. 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方。

「17. 12～16以外の介護保険施設」……12～16以外の介護保険施設において業務に従事している方。

#### （社会福祉施設）

「18. 老人福祉施設」……老人福祉法に規定する老人福祉施設において業務に従事している方。

「19. 児童福祉施設」……児童福祉法に規定する児童福祉施設において業務に従事している方。

「20. 18, 19以外の社会福祉施設」……18, 19以外の社会福祉施設において業務に従事している方。

#### （保健所、都道府県または市区町村）

「21. 保健所」……保健所において業務に従事している方。

「22. 21を除く都道府県」……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方。

「23. 21を除く市町村」……市町村の職員（都道府県から派遣された方を含む）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方。

#### （事業所）

1～23に該当しない事業所又は事務所〔会社、工場、事業場、官公署、教育研究機関、その他の事業所又は事務所（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方（保健師であって衛生管理業務を併せ行っている方を含む）。

「24. 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方。

「25. 24以外の事業所」……24以外の事業所において業務に従事している方。

(その他)

「26. 看護師等学校養成所」・・・

文部科学大臣または都道府県知事が指定する保健師学校養成所、助産師学校養成所もしくは看護師学校養成所又は准看護師学校養成所において従事している方。

「27. 研究機関」・・・看護の専門知識を用いて、研究機関において従事している方。

「28. 地域包括支援センター」・・・介護保険法第115条の46第1項に規定する施設において業務に従事している方。

「29. その他」・・・1から28に該当しない場所において業務に従事している方。

**⑩所在地**・・・現在業務に従事している場所の所在地を記入してください。

『コード』の欄には、届出用紙裏面の住所・勤務地コードを記入してください。

**⑪名称**・・・現在業務に従事している場所の名称を正確に記入してください。

**⑫雇用形態**

・派遣（紹介予定派遣を含む）とは、労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の就業条件の整備等に関する法律第2条第2号に規定する派遣労働者（同条4号に係る者を含む。）に該当する方を指します。

**⑬常勤換算**

「常勤換算」は、「雇用形態」にかかわらず、次により記載してください。

- ・「1. フルタイム労働者」とは、1週間の所定労働時間が40時間程度の方。
- ・「2. 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方。
- ・（常勤換算後0. 人）には次の式により常勤換算した数値（小数点以下第2位を四捨五入し、小数点以下第1位まで）を記入してください。ただし、数値が0.1に満たない場合は0.1と記入してください。

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

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

② 週5日6時間勤務の場合

$$\begin{array}{r} \text{① } 8 \text{ 時間} \times 2 \text{ 日} \\ \text{② } 6 \text{ 時間} \times 5 \text{ 日} \\ \hline 40 \text{ 時間} \end{array} = \begin{array}{l} \text{① } 0.4 \text{ 人} \\ \text{② } 0.8 \text{ 人} \end{array}$$

**⑭従事期間等**

(1) 従事期間

・従事期間は、現在従事している場所においての連続した従事期間の年数を記入してください。ただし、従事場所に変更があった場合においても、設置者が同じ施設・事業所との異動や転勤による場合は、従事場所に変更がなかったものとみなして記入してください。

従事期間が連続する例・・・同じ医療法人が設置する病院と診療所との異動  
 従事期間が連続しない例・・・同じ敷地内にある設置者が医療法人である病院と、設置者が社会福祉法人である特別養護老人ホームとの異動

また、次のような場合も、従事期間が連続しているものとみなされます。

- \* 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
- \* 訪問看護ステーションにおける「管理者、従事者」の間の異動
- \* 当初は准看護師であったが、途中から看護師として従事した場合

- ・ 従事期間が2年以上ある場合は、従事年数を記入してください。1年未満の期間は切り捨てて記入してください。

## (2) 従事開始の理由

### ・ 「Ⅰ. 新規」

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方を指します。  
(ただし、2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します。)

なお、看護師等以外の業務に従事するなどにより免許取得後1ヶ月以内に看護師等の業務に従事していなかった方は含まれません。

### ・ 「Ⅱ. 再就業」

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ていない場合(ただし、新卒者の場合を除く)が該当します。

### ・ 「Ⅲ. 転職」

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が該当します。ここでいう「従事したことがある」とは、常用されていた場合に限るものとし、いわゆるパートタイム労働者の場合は、以下のアからウに該当する場合に限り、「従事したことがある」に含めることとします。

ア 期間の定めがなく雇われていた場合

イ 1ヶ月を超える期間を定めて雇われていた場合

ウ 日々又は1ヶ月以内の期間を定めて雇われていた方が2ヶ月以上かつ各月18日以上雇われた場合

### ・ 「Ⅳ. その他」

I からⅢに該当しない場合を指します。

## **⑮ 看護師の特定行為研修の修了状況**

「看護師の特定行為研修」とは、看護師が手順書により特定行為を行う場合に必要とされる実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能の向上を図るための研修で、保健師助産師看護師法(昭和23年法律第203号)第37条の2第2項第4号に規定する研修を指し、「特定行為区分」とは、同項第3号に規定する特定行為の区分を指します。



※参考：共通科目250時間＋α（特定行為区分別に定められた時間）の受講が必要です。

**⑯ 特定行為研修の修了の有無**

該当するものを○で囲んでください。 ※ 間違いにご注意ください。

**⑰ 特定行為研修機関番号**

⑯で「1. 有」と回答した場合にのみ記入してください。研修受講後の修了証に記載の番号です。

(参考) 特定行為研修を行う指定研修機関 (近畿圏) ※2023年8月現在

京都府	市立福知山市民病院	大阪府	社会福祉法人恩賜財団済生会支部大阪府済生会泉南医療福祉センター
	医療法人医仁会 武田総合病院		大阪赤十字病院
	医療法人社団石鏡会京都田辺中央病院		国立研究開発法人 国立循環器病研究センター
	京都府公立大学法人 京都府立医科大学		大阪医科薬科大学病院
	京都大学医学部附属病院		大阪大学医学部附属病院
	独立行政法人国立病院機構 京都医療センター		関西医科大学附属病院
	京都橘大学看護教育研修センター		地方独立行政法人 市立東大阪医療センター
	学校法人 京都市英館 京都看護大学		市立ひらかた病院
	医療法人社団洛和会洛和会音羽病院		地方独立行政法人大坂市民病院機構 大坂市立総合医療センター
	医療法人徳洲会 宇治徳洲会病院		医療法人東和会 第一東和会病院
	社会福祉法人京都社会事業財団 京都桂病院		医療法人徳洲会 松原徳洲会病院
	兵庫県		神戸アドベンチスト病院
公益社団法人日本麻酔科学会		国立大学法人 大阪大学	
社会医療法人 榮昌会 吉田病院		森ノ宮医療大学 大学院 保健医療学研究科 看護学専攻博士前期課程 NPコース	
公益社団法人兵庫県看護協会		一般財団法人住友病院	
神戸大学医学部附属病院		学校法人金蘭会学園 千里金蘭大学 大学院 看護学研究科	
兵庫医科大学 臨床教育統括センター		社会医療法人人生会 阪南市民病院	
姫路赤十字病院		社会医療法人人生会 府中病院	
医療法人社団慈恵会新須磨病院		社会福祉法人恩賜財団 大阪府済生会吹田医療福祉センター 大阪府済生会吹田病院	
神戸市立医療センター 中央市民病院		独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター	
株式会社Vitaars		社会医療法人愛仁会	
地方独立行政法人加古川市民病院機構 加古川中央市民病院		公立大学法人大阪 大阪公立大学	
独立行政法人国立病院機構 姫路医療センター		社会医療法人きつこう会 多根総合病院	
和歌山県	日本赤十字社 和歌山医療センター	大阪府	公益社団法人 大阪府看護協会
	公立大学法人和歌山県立医科大学		独立行政法人国立病院機構 大阪南医療センター
滋賀県	国立大学法人 滋賀医科大学	大阪府	医療法人ダイヤ会 大和病院
	地方独立行政法人奈良県立病院機構医療専門職教育研修センター		医療法人徳洲会 野崎徳洲会病院
奈良県	公立大学法人奈良県立医科大学	大阪府	医療法人 徳洲会 八尾徳洲会総合病院
	公益財団法人 天理よろづ相談所		社会医療法人ベガサス 馬場記念病院
大阪府	医療法人藤井会 石切生喜病院	大阪府	社会医療法人人生会 ヘルランド総合病院

**⑱ 修了した特定行為区分**

該当する全ての特定行為区分を○で囲んでください。⑮で「2. 無」に○をつけた方については

回答は不要です。

**⑱ 修了した領域別パッケージ研修**

該当する全ての領域を○で囲んでください。⑮で「2.無」に○をつけた方については回答は不要です。

**㉓～㉕ その他**

該当するものを選択し、○で囲んでください。