

保健師、助産師、看護師及び准看護師の業務従事者届記入要領

<調査対象>

- ・令和4年（2022年）12月31日現在において、実際に看護師等の業務に従事している保健師、助産師、看護師、准看護師
- ・休職中又は育児休暇中等であっても雇用関係にある場合は、対象となります。

1 氏名

戸籍どおりに記入してください。

※免許証に記載された氏名が、結婚等の理由により戸籍と異なる場合は、別途「籍訂正申請」の手続きを、保健所で行ってください。

2 性別

該当するものを○で囲んでください。

3 生年月日

該当する年号を○で囲み、令和4年（2022年）12月31日現在における満年齢を記入してください。

4 住所

令和4年（2022年）12月31日現在、現に居住している場所を記入してください。

（住民票と異なっても構いません。）

5 免許の種別、登録番号、登録年月日

- ・保有する全ての免許について記入してください。
- ・保健師、助産師、看護師の免許については、厚生労働大臣又は都道府県のいずれか該当するものを○で囲んでください。なお、都道府県の免許を受けた方は、都道府県名も記入してください。
- ・准看護師の免許については、登録都道府県名及びそのコード番号を、届出書裏面の【表1】により記入してください。
- ・免許証の再交付又は書換え交付を受けた場合は、その年月日を記入しないよう注意してください。

6 主たる業務

保健師免許、助産師免許、看護師免許及び准看護師免許のうち2つ以上の免許を有する場合は、その主たる業務を一つだけ○で囲んでください。

7 業務に従事する場所

- ・複数の場所で業務に従事している場合は、主たるものを一つだけ○で囲んでください。
- ・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の主たる施設一つにおいて従事しているものとして記入してください。
- ・「3助産所」の「分娩の取扱いあり」「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かかわらず、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」の項目に記入してください。また、「1開設者」でかつ「3出張のみによる者」の方は、「3出張のみによる者」を○で囲んでください。
- ・1から7及び9に該当しない会社、工場その他の事業所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て行っている方を含む。）は、「8事業所」を○で囲んでください。なお、事業所内に設置された診療所についても「8事業所」とします。
- ・「10その他」は、1から9のいずれにも該当しない場合のみ、○で囲んでください。

8 従事先の所在地

- ・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ください。
- ・市町村コードについては、届出書裏面の【表2】により該当する番号を記入してください。

9 従事先の名称

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ください。

10 雇用形態

- ・「1正規雇用」とは、施設が直接雇い入れた者であって、所定労働時間を全て勤務する者であり、契

約期間が限定されていない者を指します。

- ・「2 非正規雇用（1 又は 3 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かかわらず、「1 正規雇用」、「3 派遣（紹介予定派遣を含む）」に該当しない者を指します。
- ・「3 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を指します。

11 常勤換算

常勤換算は、「雇用形態」にかかわらず、次により記入してください。

- ・「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（1 日 8 時間・週 5 日勤務等）の者を指します。
- ・「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者を指します。該当する場合は、常勤換算した数値を記入してください。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 位まで記入しますが、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、週 3 日 6 時間勤務の場合

$$\frac{3 \text{ 日} \times 6 \text{ 時間}}{40 \text{ 時間}} = 0.45 \text{（小数点第 2 位を四捨五入）}$$

$$= \underline{0.5} \leftarrow \text{この数値を記入}$$

12 従事期間等

（従事期間）

- ・現在従事している場所での、連続した従事期間の年数で該当するものを○で囲んでください。
※ただし、同一の者が設置する施設・事業所間の異動・転勤の場合は、従事場所に変更がなかったものとみなして回答してください。また、勤務形態や免許種別の変更があっても、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回答してください。

（従事開始の理由・以前の従事先の有無）※従事期間が「3 2 年以上」の場合は回答不要です。

- ・「1 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 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。）を指します。
（※免許取得後 1 ヶ月以内に看護師等として従事せず、かつ就業見込もなかった方＝「4 その他」）
- ・「2 再就業」とは、現在の従事場所に従事開始前 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ていない場合（ただし、「1 新規」を除く。）を指します。
- ・「3 転職」とは、現在の従事場所に従事開始前 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を指します。
- ・「4 その他」とは、「新規」、「再就業」及び「転職」のいずれにも該当しない場合を指します。
- ・「以前の従事先」とは、現在の従事先の前に保健師、助産師、看護師又は准看護師として従事した場所を指します。複数ある場合は、直近の従事先について回答してください。
- ・「以前の従事先」が「1 有」の場合は、その所在地について該当するものを○で囲んでください。

13 看護職員の特定制行為研修の修了状況

- ・特定制行為研修の修了の有無について、令和 4 年（2022 年）12 月 31 日現在において、特定制行為研修の指定研修機関（以下「指定研修機関」という。）から「特定制行為研修修了証」が交付されている場合は、「1 有」を○で囲んでください。また、受講中又は受講した者であって、指定研修機関から「特定制行為研修修了証」が交付されていない場合は、「2 受講中」を○で囲んでください。
- ・「1 有」の場合は、「特定制行為研修修了書」に記載されている「特定制行為研修を実施した指定研修機関の指定期間番号及び名称」の欄に記載されている指定研修機関番号を記入してください。
- ・修了した又は受講中の特定制行為研修のパッケージ、区分のコード番号を、届出書裏面の【表 3】により記入してください。修了した者は「特定制行為研修修了証」に記載されている領域のみを○で囲んでください。