

(健Ⅱ258)

令和2年8月26日

都道府県医師会 担当理事殿
郡市区医師会 担当理事殿

日本医師会感染症危機管理対策室長
釜 菫 敏

新型コロナウイルス感染症等感染防止対策実施医療機関
「みんなで安心マーク」発行のご協力願いについて

貴会におかれましては、新型コロナウイルス感染症への対応について、多大なるご尽力を賜り厚く御礼を申し上げます。

今般、令和2年8月7日付日医発第603号(健Ⅱ240)を以てご案内いたしました「みんなで安心マーク」につきまして、発行の流れをまとめましたのでお送りいたします。

医療機関から「みんなで安心マーク」発行に関する問い合わせが貴会宛にございました場合は、別添1を用いてご説明いただく等のご協力を賜りたく、何卒よろしくお願い申し上げます。

また、「みんなで安心マーク」は発行を希望する医師（医療機関）がご自身で申請を行うものでありますが、機器環境の問題で印刷ができない等の相談が貴会宛にございました場合につきましても、誠に恐縮ではございますが、別添2をご活用いただける可能な範囲でのご対応を賜りたく、重ねてお願い申し上げます。

記

日本医師会「みんなで安心マーク」

URL : http://www.med.or.jp/doctor/kansen/novel_corona/009500.html

※日医会医向けシステム8月7日より開始

日医会員以外の方向けシステム8月24日より開始

＜「みんなで安心マーク」発行システムの流れ＞

日本医師会ホームページの“「みんなで安心マーク」はじめました”をクリックください。

↓

日医会員・日医会員以外それぞれ該当する青いバナーをクリックください。

↓

日医会員は、ユーザーID・パスワードの入力画面がでます。(非会員はできません。)

ユーザーID とは、日本医師会会員番号(日医刊行物送付番号)の 10 桁の数字です。

発送辞退のお申し出をいただいていない場合に、日医より先生の元にお送りしております、日医ニュース、日医雑誌等の宛名シール下部に印刷されている 10 桁の数字です。

パスワード とは、

生年月日の「西暦の下 2 桁、月 2 桁、日 2 桁」を並べた 6 桁の数字です。

例) 1962 年 2 月 4 日生まれの場合→「620204」になります。

↓

みんなで安心マーク発行に伴う利用規約等に同意をいただきます。

↓

基本情報の入力です。日医会員は 10 桁の日医会員 ID、非会員は 7 桁の保険医療機関番号をご入力ください。保険医療機関番号の確認方法は 6 ページをご参照ください。

こちらに入力した医療機関名がみんなで安心マークに印字されます。

↓

次に感染防止対策のチェックリスト 9 項目全てを実行していることをご確認ください。

↓

次に確認画面にて、ご入力いただいた回答内容をご確認ください。

↓

出力するボタンを押すと PDF が表示され、印刷が可能となります。

PDF ファイルは再印刷等のため、なるべく PC に保存しておいてください。

ご不明点がございましたら、日本医師会みんなで安心マーク係までお問い合わせください。

問い合わせ先

日本医師会みんなで安心マーク係

TEL : 03-3946-2121

Email : anshin-m@po.med.or.jp

「みんなで安心マーク」発行システムの流れ

日本医師会ホームページメインビジュアルをクリック



「みんなで安心マーク」のページ

※推奨Webブラウザは、Google Chrome、Firefox、Microsoft Edgeです。Internet Explorerは動作に不具合がでますので、ご注意ください。

※メンバーズルーム用のユーザIDとパスワードは、医療機関単位ではなく、日本医師会の会員の先生ごとに登録しています。医療機関単位では発行していませんので、お問い合わせの際は必ず、日本医師会会員の先生のお名前を明記してください。

※メンバーズルーム用のユーザIDとパスワードとは？

◆ユーザID

会員ID（日医刊行物送付番号）の10桁の数字（半角入力）です。

発送辞退のお申し出をいただいていない場合に、日医より先生の元にお送りしております。日医ニュース、日医雑誌等の宛名シール下部に印刷されている10桁の数字です。

◆パスワード

生年月日の「西暦の下2桁、月2桁、日2桁」を並べた6桁の数字です（半角入力）。

例）1962年2月4日生まれの場合→「620204」になります。

日医会員は
こちらをクリック

**発行を希望する医療機関
（日本医師会会員）**

※上記にアクセスするにはメンバーズルーム
用のユーザIDとパスワードが必要です。

**発行を希望する医療機関
（非会員）**

日医会員以外は
こちらをクリック

発行を希望する医療機関 (日本医師会会員)

※上記にアクセスするにはメンバーズルーム
用のユーザIDとパスワードが必要です。

発行を希望する医療機関

(非会員・準備中)

Windows セキュリティ

Microsoft Edge

サーバー www.med.or.jp がユーザー名とパスワードを要求しています。

サーバーからの報告: "AuthRequirePage".

ユーザー名

パスワード

OK キャンセル

新型コロナウイルス感染症対策 医
ナウイルス感染症対策 医療機

合わせ

師会みんなで安心マーク係:

れ入りますが、万が一電子メ
ようお願いいたします。

いた個人情報は、お問い合わせへの返信以外には使用いたしません。

日医会員は、ユーザーID、パスワード
の入力画面がでます。

都道府県医師会・郡市区医師会にて入
力いただく場合は、それぞれの医師会
のID・パスワードをご入力ください。

入力フォームへ遷移

①同意ページ

感染拡大防止チェックシート

1

利用目的

2

基本情報の取得

3

実施している感染防止対策

4

同意

利用目的の同意文に同意してください。

本マークは、患者さんに対して医療機関が感染防止対策を取り施していることを示すための表示用としてご利用いただけます。
本マークは、当院ホームページから、医療機関が感染防止対策を万全に実施していることを証明した場合に発行します。

本マークを発行した医療機関のリストは日本医師会ホームページに掲載します。
チェックリストは、本マークとともに医療機関に掲載いただくことを条件としているため、チェックリストの内容は、患者さん等にわかりやすく、全ての医療機関に対応するものに留意する必要があります。

また、本マークの発行対象は医師会員に限定しません。

※医療事項※

本マークは、医療機関が感染防止対策に取り組むにつれて、日本医師会が作成するセルフチェック/リストの全てを実施していることを要請することにより発行し、医療機関が自主的に掲示するものです。

本マークを発行した医療機関に対して日本医師会から確認等をさせていただく場合があります。また、申請内容に虚偽があった場合や日本医師会が不適切と判断した場合は本マークの剥離・撤去を要することもあります。

〔本マークの利用によって生じたトラブルその他の損害について、日本医師会は責任を負いません。〕

上記、利用目的に同意します。必ずご確認ください。 ☐ 同意する

登録いただいた事業名称や所在地の情報をHP等に公開することに同意します。 ☐ 同意する

従業員や事業の関係者が帰国不能を申し込めた場合や濃厚接触の疑いのある場合は積極的に必要と判断した際に必要と判断した際に必要と判断します。 ☐ 同意する

チェックリストの申告と併せて感染防止対策を実施します。 ☐ 同意する

登録いただいた情報日本医師会の基盤に利用します。 ☐ 同意する

入力フォームへ遷移

②基本情報入力ページ (日医会員)

②基本情報入力ページ (非会員)

保険医療機関番号の確認の仕方

保険医療機関番号は「,」をのぞいた9876543をご入力ください。
() 内の番号は保健医療機関番号ではありません。

届出受理医療機関名簿

[令和 2年 8月 1日 現在] 令和 2年 8月 3日 作成 1 頁

項番	医療機関番号	医療機関名称	医療機関所在地 電話番号 (FAX番号)	病床数	受理番号	算定開始年月日	備考
1	98,7654,3 (98,1234,5)	北海道銀行医療部	〒000-0000 [redacted]		(札幌市) 第0533号 [redacted]	平成31年 4月 1日 令和 2年 4月 1日 平成30年 2月 1日 平成 8年 4月 1日 平成14年 4月 1日	
2	12,3456,7	[redacted] 診療所	〒000-0000 [redacted]		[redacted] [redacted]	平成29年 6月 1日 平成30年 6月 1日	

保険医療機関番号は「,」をのぞいた1234567をご入力ください。

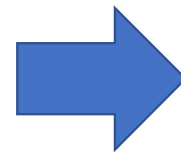
<保険医療機関番号がご不明の場合>
日医会員以外「みんなで安心マーク」発行システム②基本情報の登録ページにて、地域別の保険医療機関番号を掲載しております。
※過去1年以内に医療機関番号の新規取得や変更等があった場合に『「保険医療機関番号」を正しく入力してください。』と表示されることがあります。その際は、入力できなかった医療機関番号、医療機関名、所在地を日本医師会みんなで安心マーク係までお知らせください。確認でき次第、システム対応いたします。

③チェックリスト

画面に行っている感染防止対策にチェックしてください。

- ☐ 1. 職員に対して、サージカルマスクの着用、手消毒が適切に実施されている。 確認
- ☐ 2. 職員に対して、毎日（朝、夕）の検温等の健康観察を適切に実施している。 確認
- ☐ 3. 職員が身体の不調を訴えた場合に適切に対応している。 確認
- ☐ 4. 患者、取引業者等に対して、マスクの着用、手消毒の適切な実施を指導している。 確認
- ☐ 5. 取引業者への対応として、事前に電話での感染相談を行う、または対応できる医療機関へ紹介する等の対応を実施している。
また、発見患者を診察する場合には、時間的または空間的に動線を分けるなどの対応を実施している。 確認
- ☐ 6. 受付における感染予防策（接触物の消毒等）を実施している。 確認
- ☐ 7. 患者間が一定の距離が保てるよう必要な措置を実施している。 確認
- ☐ 8. 利用部分、共有物の消毒、換気等を実施、適切に実施している。 確認
- ☐ 9. マスク等を廃棄する際の適切な方法を実施している。 確認

戻る 次へ



④確認画面

感染拡大防止チェックシート

利用規約 基本情報の登録 実施している感染防止対策 確認

基本情報の登録
基本情報を入力してください。

☐ 利用規約
☐ 医療機関名
☐ 所在地
☐ 事業内容
☐ 住所
☐ 名称
☐ 法人番号
☐ 00-1234-5678
☐ 施設内ホームページ

実施している感染防止対策
実際にやっている感染防止対策を選択してください。

☐ 1. 職員に対して、サージカルマスクの着用、手消毒が適切に実施されている。
☐ はい

☐ 2. 職員に対して、毎日（朝、夕）の検温等の健康観察を適切に実施している。
☐ はい

☐ 3. 職員が身体の不調を訴えた場合に適切に対応している。
☐ はい

☐ 4. 患者、取引業者等に対して、マスクの着用、手消毒の適切な実施を指導している。
☐ はい

☐ 5. 取引業者への対応として、事前に電話での感染相談を行う、他の患者との接触を避けるなどの対応（事前に電話での感染相談を行う、対応できる医療機関へ紹介する等）を実施している。
☐ はい

☐ 6. 受付における感染予防策（接触物の消毒等）を実施している。
☐ はい

☐ 7. 患者間が一定の距離が保てるよう必要な措置を実施している。
☐ はい

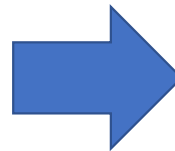
☐ 8. 利用部分、共有物の消毒、換気等を実施、適切に実施している。
☐ はい

☐ 9. マスク等を廃棄する際の適切な方法を実施している。
☐ はい

戻る 回答

⑥医療機関名入りのみんなで安心マークと
チェックリストを印刷

⑤出力画面



「みんなで安心マーク」申請サポート用紙

以下の利用規約と留意事項に同意いただき、
2/2 ページの①～③すべてにチェックご記入をお願いいたします。

利用規約 以下の全てに同意が必要です。

本マークは、患者さんに対して医療機関が感染防止対策に取り組んでいることを示すための掲示用としてご活用いただけます。

本マークは、日医ホームページから、医療機関が感染防止対策セルフチェックリストの全ての項目を実践していることを回答した場合に発行します。

本マークを発行した医療機関のリストは日本医師会ホームページに掲載します。

チェックリストは、本マークとともに医療機関に掲示いただくことを条件としているため、チェックリストの内容は、患者さん等にわかりやすく、全ての医療機関に共通する特に重要な項目としています。

また、本マークの発行対象は医師会員に限定しません。

留意事項

本マークは、医療機関が感染防止対策の取り組みについて、日本医師会が作成するセルフチェックリストの全てを実践していることを申請することにより発行し、医療機関が自主的に掲示するものです。

発行した本マークの改変等を禁止します。

本マークを発行した医療機関に対して日本医師会から確認等をさせていただく場合があります。また、申請内容に虚偽があった場合や日本医師会が不適切と判断した場合は本マークの廃棄・撤去を命じることもあります。

本マークの利用によって生じたトラブルその他損害について、日本医師会は責任を負いません。

① 留意事項の確認 全て必須

- ☐ 登録いただく事業者名や住所等の情報を HP 等に公開することを同意します。
- ☐ 従業員や事業の関係者が体調不良を申し出た場合や濃厚接触の疑いのある場合は積極的に必要な検査の受診を勧めます。
- ☐ チェックシートの申告どおりに感染症防止対策を実施します。
- ☐ ご登録いただいた情報は、日本医師会の業務に利用します。

② 基本情報について 施設等ホームページ以外は全て必須

(公開としている項目は、日医 HP 医療機関リストに掲載されます。)

医師の氏名(漢字、カタカナ)(非公開)	
医師の生年月日(非公開)	
日医会員 ID(10 桁の数字)(非公開)	
医療機関名(こちらの名称が「みんなで安心マーク」に印字されます)(公開)	
郵便番号(公開)	
都道府県(公開)	
住所(公開)	
電話番号(非公開)	
メールアドレス(非公開)	有()、 無
施設等ホームページの有無(非公開)	有(URL:)、 無

③ チェックリスト 全て必須

- ☐ 1. 職員に対して、サージカルマスクの着用、手指衛生が適切に実施されている。
- ☐ 2. 職員に対して、毎日(朝、夕)の検温等の健康管理を適切に実施している。
- ☐ 3. 職員が身体の不調を訴えた場合に適切な対応を講じている。
- ☐ 4. 患者、取引業者等に対して、マスクの着用、手指衛生の適切な実施を指導している。
- ☐ 5. 発熱患者への対応として、事前に電話での受診相談を行う、または対応できる医療機関へ紹介する等の対策を講じている。また、発熱患者を診察する場合には、時間的または空間的に動線を分けるなどの対策を講じている。
- ☐ 6. 受付における感染予防策(遮蔽物の設置等)を講じている。
- ☐ 7. 患者間が一定の距離が保てるよう必要な措置を講じている。
- ☐ 8. 共用部分、共有物等の消毒、換気等を適時、適切に実施している。
- ☐ 9. マスク等を廃棄する際の適切な方法を講じている。

① 留意事項の確認 全て必須

- ☐登録いただく事業者名や住所等の情報を HP 等に公開することを同意します。
- ☐従業員や事業の関係者が体調不良を申し出た場合や濃厚接触の疑いのある場合は積極的に必要な検査の受診を勧めます。
- ☐チェックシートの申告どおりに感染症防止対策を実施します。
- ☐ご登録いただいた情報は、日本医師会の業務に利用します。

② 基本情報について 施設等ホームページ以外は全て必須

(日医 HP へ掲載する、発行医療機関リストでの公開・非公開の項目)

氏名（漢字、カタカナ）（非公開）	
保険医療機関番号（7桁の数字）（非公開）※別添3	
医療機関名（こちらの名称が「みんなで安心マーク」に印字されます）（公開）	
郵便番号（公開）	
都道府県（公開）	
住所（公開）	
電話番号（非公開）	
メールアドレス（非公開）	有（ 無
施設等ホームページの有無（非公開）	有（URL： 無

③ チェックリスト 全て必須

- ☐ 1. 職員に対して、サージカルマスクの着用、手指衛生が適切に実施されている。
- ☐ 2. 職員に対して、毎日（朝、夕）の検温等の健康管理を適切に実施している。
- ☐ 3. 職員が身体の不調を訴えた場合に適切な対応を講じている。
- ☐ 4. 患者、取引業者等に対して、マスクの着用、手指衛生の適切な実施を指導している。
- ☐ 5. 発熱患者への対応として、事前に電話での受診相談を行う、または対応できる医療機関へ紹介する等の対策を講じている。また、発熱患者を診察する場合には、時間的または空間的に動線を分けるなどの対策を講じている。
- ☐ 6. 受付における感染予防策（遮蔽物の設置等）を講じている。
- ☐ 7. 患者間が一定の距離が保てるよう必要な措置を講じている。
- ☐ 8. 共用部分、共有物等の消毒、換気等を適時、適切に実施している。
- ☐ 9. マスク等を廃棄する際の適切な方法を講じている。

ご不明点がございましたら、日本医師会安心マーク係までお問い合わせください。