令和３年７月12日

神戸市保健所

迅速に新型コロナワクチンの接種を進めるための

診療所開設等手続について（お知らせ）

新型コロナウイルス感染症にかかるワクチン接種（以下「ワクチン接種」という。）を迅速に進めるため、神戸市内の職域単位（大学、企業間の連携により実施するものを含む）における診療所及び巡回診療等の取扱い及び必要な手続きについて以下のとおり整理しました。

この整理は、ワクチン接種に限定した臨時的なものであり、従来より実施されている健康診断、予防接種等には適用しませんので、御注意ください。

**●　職域接種診療所又は巡回診療の区分**

１　職域診療所を有する事業所

次表に示すとおり、ワクチン接種の場所及びワクチン接種の実施主体により区分する

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ワクチン接種の場所 | ワクチン接種の実施主体 | | |
| 職域診療所開設者 | 県内診療所等開設者 | 県外診療所等開設者 |
| 職域診療所内 | 手続不要 |  |  |
| 事業所内会議室等 | 巡回診療（実施計画） | 巡回診療（実施計画） | 巡回診療（開設手続） |
| 事業所外の市内の場所  （医療機関である場所を除く） | 巡回診療（実施計画） | 巡回診療（実施計画） | 巡回診療（開設手続） |

２　職域診療所を有しない事業所

ア　実施主体が事業所の場合（新たに医師等を雇用） 診療所開設手続きが必要

イ　外部の医療機関に依頼する場合 上記１の表による

３　介護老健保健施設及び介護医療院

ア　施設内の医師が施設の入所者に接種する場合 手続き不要

イ　施設内の医師が通所者等に接種する場合 診療所開設手続きが必要

ウ　外部の医療機関に依頼する場合 上記１の表による

**●　手続きの詳細**

１　診療所開設手続（巡回診療として診療所を開設する場合を含む）

・　使用する書類 様式１

開設者の区分により、該当するものをチェックする

臨床研修等修了医師が提出する場合 届出書

医師でない者（医療法人等）が提出する場合 許可申請書

（本手続きによる許可申請に関しては、開設後の届（開設届）は省略できます。）

・　提出先 診療所所在地を所管する保健センター

・　提出部数 ３部（申請者控え１部を含む）

２　巡回診療（実施計画）の手続

・　使用する書類 様式２及び別紙　実施計画

・　提出先 巡回診療を行う医療機関所在地を所管する保健センター

・　提出部数 県内の巡回健診等を行う場所を所管する保健所及び健康福祉事務所の数に２を加えた部数（申請者控え１部を含む）

・　兵庫県外を巡回診療先とする場合は、この手続きは利用できません。巡回診療先を所管する保健所に御相談の上、手続き願います。

３　診療所廃止手続（上記２　巡回診療（実施計画）の場合は不要）

・　使用する書類 様式３及び様式４

・　提出先 診療所所在地を所管する保健センター（上記１の手続と同じ場所）

・　提出部数 ３部（申請者控え１部を含む）

４　その他

・　迅速なワクチン接種を進める観点から、上記１及び２の手続は、事後に行うこととして差し支えありません。なお、診療所廃止後に開設手続き等を行うこととなる場合は、様式１、３及び４を同時に提出することとしてください。この場合において、開設許可が必要な場合においても許可証の発行は行いません。

・　本件に関する手数料は免除とします。

様式１

新型コロナウイルス感染症にかかるワクチン接種のみを行う診療所開設

* 届　出　書

※該当するものをチェックすること

* 許　可　申　請　書

（□　管理者追加提出　）

令和　　年　　月　　日

神戸市保健所長　あて

開設者　　住所

（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名

（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　電話　　　－　　　－　　　（担当：　　）

新型コロナウイルス感染症にかかるワクチン接種のみを行う診療所を開設したいので下記の通り必要事項を提出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １．診療所の名称 |  | |
| ２．診療所の所在地 | 〒　　　－  神戸市  （電話　　　－　　　－　　　） | |
| ３．開設（予定）年月  　　及び開設の状況 | 年　　　月  　□　開設後の提出　　□　廃止後の提出 | |
| ４．管理者の住所  及び氏名  （「届出書」の場合は必須、「許可申請書」の場合は事後の提出でもよい） | 住所　〒　　　－  氏名 | □管理者追加提出の場合、  先の許可申請書提出日 |
| 令和　　年　　　月　　　日 |
| * 別の診療所等を管理しない者である   （管理医師の医師免許証（平成16年４月１日以降の免許登録の場合は、臨床研修修了登録証も併せて）の提示又は写しを添付すること、原本照合は不要） | |
| ５．開設者の確認事項  （「許可申請書」場合のみ） | * 実質的に職域接種診療所の開設・経営の責任主体である * 企業の事業収益の一部に加え又は加えようとする意図はない | |

【留意事項】

　１．医療法第８条に基づく臨床研修等修了医師が提出する場合は「届出書」。

　２．医療法第７条第１項に基づく上記１．でない者（医療法人等）が提出する場合は、「許可申請書」。

　３．本書類による許可申請書を開設後に提出する場合で、すでに診療所が廃止されている場合は、許可証の発行はしない。

　４．本書類による許可申請書の提出において、医療法施行令第４条の２第１項に基づく開設後の届出については省略することができる。

　５．提出必要事項３．の開設の状況に該当がある場合はチェックをすること。

６．廃止した場合は医療法第９条第１項に基づき廃止届（様式３）及び覚醒剤等報告書（様式４）を提出すること。また、廃止後に本書類による届出又は許可申請を提出した場合は、廃止届（様式３）及び覚醒剤等報告書（様式４）を同時に提出すること。

　７．法人等による許可申請を開設前に手続きする際に管理者が未定であった場合は、決定し次第当該事項を必要な添付書類を添えて追加で届け出ること。

　８．本書類による許可申請に基づき神戸市内に設置する診療所でワクチン接種のみを実施する手続きの手数料は免除する。

様式２

新型コロナウイルス感染症にかかるワクチン接種のみを行う

巡回診療実施計画書

令和　　年　　月　　日

神戸市保健所長　あて

開設者　　住所

（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名

（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　電話　　　－　　　－　　　（担当：　　）

別紙のとおり、巡回診療を実施したいので実施計画書を提出します。

|  |  |
| --- | --- |
| １．実施主体医療機関の名称 |  |
| ２．同医療機関の所在地 | 〒　　　－  神戸市  （電話　　　－　　　－　　　） |
| ３．実施計画　※１ | 別紙のとおり |
| ４．診療を行おうとする  　　医療内容 | 新型コロナウイルス感染症に係るワクチン接種 |
| ５．巡回診療実施の目的、方法及び診療報酬の徴収方法 | 公費 |
| ６．移動健診施設を利用する場合の構造設備の構造 | □　別添のとおり  □　利用なし |

【留意事項】

１．兵庫県内の医療機関が県内にて実施する場合のみ本実施計画で実施可能。（県外の医療機関が実施する場合や県外で実施する場合は本様式で受理できない）

２．実施計画はおおむね３ヶ月から６ヶ月までの期間とし、事後の提出でも差し支えない。

（別紙）

新型コロナウイルス感染症にかかるワクチン接種

実施計画（令和　　年　　月　～　令和　　年　　月分）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　管轄保健所等（　　　　　　保健所）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施日 | 巡回健診等を  行う場所（住所） | 団体名等 | 予定  接種者数 | 実施責任者氏名 | 接種を担当する医師 |
| 氏　　名 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

【留意事項】

１．可能な限り管轄の保健所・健康福祉事務所ごとに作成すること。

２．実施責任者は医師であること。

　３．実施場所は地番まで記載すること。

　４．兵庫県内で実施する巡回健診のみしか受理できない。（県外は許可手続き必要な場合有）

５．実施計画の様式は任意様式でも可能であるが、必要事項は記載していること。

様式３

新型コロナウイルス感染症にかかるワクチン接種のみを行う

診療所廃止届

令和　　年　　月　　日

神戸市保健所長　あて

開設者　　住所

（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名

（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　電話　　　－　　　－　　　（担当：　　）

新型コロナウイルス感染症にかかるワクチン接種のみを行う診療所を廃止したので下記の通り必要事項を提出します。

|  |  |
| --- | --- |
| １．医療機関の名称 |  |
| ２．医療機関の所在地 | 〒　　　－  （電話　　　－　　　－　　　） |
| ４．開設の年月日 | 年　　　月　　　日 |
| ３．廃止の年月日 | 年　　　月　　　日 |
| ５．廃止の理由 | * ワクチン接種が終了したため。 * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

【留意事項】

１．ワクチン接種が終了し、診療所を廃止した際に提出する。様式４も併せて提出する。

２．ワクチン接種が終了し、診療所を廃止した際に、様式１による申請書又は届出書が未提出の場合（事後提出の場合）は、様式１及び様式４と同時に提出する。

様式４

新型コロナウイルス感染症にかかるワクチン接種のみを行う診療所の

廃止に伴う所有覚醒剤・覚醒剤原料報告書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

兵庫県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　報告者　住　所（法人の場合は、主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名（法人の場合は、名称及び代表者の氏名）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 業務所  （研究所） | 所在地 | |  | | | |
| 名　称 | |  | | | |
| 指定を受けた業務の種類  診療所 | | | | 指定番号  第　　　号 | 指定の失効（業務の廃止）年月日  令和　　年　　月　　日 | |
| 覚醒剤  （覚醒剤原料） | | 品　　　名 | | | | 数　　　量 |
| なし | | | |  |
| 報告理由  　　診療所廃止（ワクチン接種終了）のため | | | | | | |
| 所有覚醒剤（覚醒剤原料）の処置  　なし | | | | | | |
| 備　考   * 新型コロナウイルスワクチン接種に係る事後手続きのため、廃止後15日を経過した届出となります。 | | | | | | |