

事務連絡

平成25年12月24日

一般社団法人 日本病院会 御中

厚生労働省健康局結核感染症課
新型インフルエンザ対策推進室

特定接種に関する医療機関の登録について（一部差し替え）

日頃より新型インフルエンザ対策の推進につきましてはご尽力いただきありがとうございます。

「特定接種に関する医療機関の登録について（平成25年12月10日付事務連絡）」を発出したところですが、一部の地方公共団体からの要望を踏まえ、「特定接種登録申請書の記載に関する手引き」、「特定接種登録申請書の記載例」を変更したので差し替えを送ります。

お忙しいところ恐縮ですが、よろしくお願いいたします。

（修正箇所）

- 法人化していない個人事業主の場合、事業者名の欄に氏名を記載していただくよう手引き及び記載例を修正しました。
- 申請年月日、郵便番号、電話番号、FAX番号の入力方法を修正しました。それに伴い手引き及び記載例を修正しました。また不適切な入力が行われた際にエラーメッセージが出るようにしました。
- 登録申請書を Excel2007(xlsx ファイル)から、Excel2003(xls ファイル)へ変更しました。

医療機関等にとっても xls ファイルの方が汎用性が高いと考え、xls ファイルを標準とさせていただき、厚労省の website への掲載も差し替えました。

※ 特定接種の申請書等の様式については、厚生労働省の URL にも掲載しておりますので情報提供いたします。

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kekkaku-kansenshou/infuleenza/tokutei-sesshu.html

特定接種登録申請書の記載に関する手引き

本手引きは、特定接種（医療分野）の登録要領（健発 1210 第 1 号平成 25 年 12 月 10 日付け厚生労働省健康局長通知。以下「登録要領」という。）に基づき、医療提供事業を行う事業者の登録申請書の記載に係る留意事項等について定めるものである。

なお、本手引きで用いる略語（例えば、「医療提供事業」など。）については、登録要領において定義している場合があるので、登録申請書を記載するに当たっては、本手引きと併せて登録要領も参照されたい。さらに、本手引きの別紙として記載例を示したので参照されたい。

登録申請書（Excel ファイル）のファイル名は、事業者名の略称、事業所名の略称及び申請年月日とし、途中でスペースは空けないこと。

（例） 緑風会インフル診療所 20131202

登録申請書には 2 つのシート（「申請書」及び「データシート」）があるが、このうち、「申請書」シートに記入すること。

登録申請書は記載内容を自動集計できるようプログラムされているため、シート名の変更、行・列の挿入・削除など様式の変更は絶対に行わないこと。

登録申請書は、Microsoft Excel 2003 以降のバージョンを使用すること。

1 申請者（事業者）情報

（申請年月日）

和暦かつ半角数字で記載する。平成の文字は削除しないこと。途中でスペースは空けないこと。

（事業者名）

法人名、商号については、開設届等と一致させること。法人種別については株式会社〇〇、公益財団法人△△など、省略せず記載すること。（株）や（公財）は用いない。

なお、国が開設している場合は、開設した省庁名、地方公共団体が開設している場合は、都道府県名、市区町村名を記載する。

また、公設医療機関において、指定管理者制度により運営を行っている場合は、事業者名には地方公共団体名を記載し、事業所名に医療機関名を記載すること。

全角文字を用いること。振り仮名も、平仮名で全角文字を用いて記載し、途中でスペースは空けないこと。

（代表者の氏名）

申請事業者の開設者（代表者）名を記載する（理事長、代表取締役等。国の場合は、各

省各庁の長、地方公共団体の場合は、都道府県知事、市区町村長)。

全角文字を用いること。氏名の中にスペースは不要であること。

ふりがなも、平仮名で全角文字を用いて記載し、氏名の中にスペースは不要であること。

(所在地)

都道府県はリストから選択する。

市区町村以下は、全角文字で記載する。

開設届等と一致させること。また建物名等がある場合は、記載すること。

(例) ○○市○○町1丁目2番地3号 ○○ビル4階

(郵便番号、電話番号及びFAX番号)

半角数字及びハイフンを用いる。括弧は用いない。電話番号及びFAX番号は、市外局番から記載すること。なおFAXがない場合は、空欄で差し支えない。

(例) 〒470-3231 Tel03-1111-2222

(E-mailアドレス)

新型インフルエンザ等の発生時に、政府対策本部での決定を受け、特定接種の総枠及び当該登録事業者における特定接種の接種対象者数の連絡などに使用するため、平時から業務に使用しているものを登録すること。なお、緊急時に確実に連絡が取れるのであれば、代表者の携帯電話のE-mailアドレスなどでも差し支えない。半角英数字を用いて記載すること。

2 事業所情報

(設立区分)

登録する事業所の設立主体をリストから選択すること。

① 民間 ② 国 ③ 都道府県 ④ 市区町村

特定独立行政法人及び特定地方独立行政法人について、その職員は公務員としての身分を与えられているため、特定独立行政法人については②国、特定地方独立行政法人については、その設立団体に応じ③都道府県又は④市区町村を選択すること。なお、上記以外の独立行政法人及び地方独立行政法人については①民間を選択すること。

また、指定管理者制度導入の公設医療機関については、③都道府県又は④市区町村を選択し、登録対象業務の従業者数については、全職員を外部事業者の従業者として登録すること。

(施設区分)

登録する事業所の施設区分はリストから選択する。

① 病院 ② 診療所（歯科を除く）③ 歯科診療所 ④ 薬局 ⑤ 訪問看護ステーション ⑥ 助産所

（歯科診療所が所属する郡市区歯科医師会名）

新型インフルエンザ等医療提供を行う歯科診療所については、原則的に、3（1）「歯科診療所」の項目に該当する歯科診療所として各郡市区歯科医師会の推薦を得て登録申請を行うこととしている。このため、この欄には登録申請する歯科診療所が所属する郡市区歯科医師会名を全角文字で記載すること。郡市区歯科医師会に所属していない場合は、空欄で差し支えない。

（事業所名）

医療機関名、施設名、支店名等を記載する。（事業者名と同一でも可。）

全角文字を用いて記載すること。

（例）〇〇病院、〇〇クリニック、〇〇薬局〇〇支店

（所在地）

都道府県はリストから選択する。

市区町村以下は、全角文字を用いて記載すること。

開設届等と一致させること。また建物名等がある場合は、記載すること。

（例）〇〇市〇〇町1丁目2番地3号 〇〇ビル4階

（郵便番号、電話番号及びFAX番号）

半角数字及びハイフンを用いる。括弧は用いない。電話番号及びFAX番号は、市外局番から記載すること。なおFAXがない場合は、空欄で差し支えない。

（例）〒470-3231 Tel.03-1111-2222

（E-mailアドレス）

新型インフルエンザ等の発生時に、政府対策本部での決定を受け、特定接種の総枠及び当該登録事業者における特定接種の接種対象者数の連絡などに使用するため、平時から業務に使用しているものを登録すること。なお、緊急時に確実に連絡が取れるのであれば、代表者の携帯電話のE-mailアドレスなどでも差し支えない。半角英数字を用いて記載すること。

3 事業の種類及び登録対象業務の従業者について

（事業の種類）

申請事業所の事業の種類について、リストから①又は②いずれかを選択する。

なお、両方の事業の種類に該当する事業所は、①新型インフルエンザ等医療提供を行う事業として登録申請する。

① 新型インフルエンザ等医療提供を行う事業 ② 重大緊急医療提供を行う事業

(1) 新型インフルエンザ等医療提供を行う事業

(病院・診療所)

登録対象者は、新型インフルエンザ等の患者又は新型インフルエンザ等により患していると疑うに足る正当な理由のある者に対して、新型インフルエンザ等に関する医療の提供を行う病院、診療所、薬局及び訪問看護ステーションにおいて、新型インフルエンザ等医療の提供に従事する者（医師、看護師、薬剤師、窓口事務職員等）とする。

具体的には、新型インフルエンザ等の診察、検査、治療、入院等に従事する医療従事者や、新型インフルエンザ等医療を提供する業務に直接関与し、当該医療の提供体制の継続に必要不可欠である事務職員等（多数の新型インフルエンザ等患者に接する可能性がある窓口事務職員等。新型インフルエンザ等医療を提供する業務に直接関与しない管理部門の事務職員は、登録の対象ではない。）を登録対象者とする。

ただし、新型インフルエンザ等により患している患者に、新型インフルエンザ等の診断、治療等以外の医療（例えば、心筋梗塞や緑内障の治療等）のみを提供する者については、登録対象とはならない。

なお、普段はインフルエンザの診断、治療等の医療の提供に従事しない職員であっても、新型インフルエンザ等の発生時に、新型インフルエンザ等の診断、治療等の医療の提供に従事する者は登録対象とする。

(歯科診療所)

病院において、新型インフルエンザ等により患し人工呼吸器を装着する患者等に、誤嚥性肺炎予防の観点から、平時以上に専門的な口腔ケア（集中治療室等における人工呼吸器を装着している患者に対する処置）をチーム医療として実施する歯科医師、歯科衛生士等を登録対象とする。そのため、病院と連携して当該医療を実施する歯科診療所の歯科医師、歯科衛生士等についても、登録対象とする。

新型インフルエンザ等により患している患者に、上記の新型インフルエンザ等医療以外の医療（例えば、う歯の治療等）のみを提供する者については、登録対象とはならない。

(薬局)

薬局における登録対象者は、処方箋に基づいて新型インフルエンザ等の治療のための医薬品の調剤業務等を行う薬剤師や、当該業務に直接関与し、かつ、当該業務の継続に必要

不可欠である事務職員等（多数の新型インフルエンザ等患者に接する可能性がある窓口事務職員等）とする。

なお、本医療の提供の業務を行う事業者の登録においては、調剤業務を行っていない薬店及びドラッグストアの従業者は登録対象とはしない。また、薬局に勤務する者であっても、一般用医薬品や日用品のみの販売等、新型インフルエンザ等治療に係る医薬品の調剤業務等に従事しない者は、登録対象とはならない。

（訪問看護ステーション）

訪問看護ステーションにおける登録対象者は、新型インフルエンザ等の患者又は新型インフルエンザ等により患していると疑うに足る正当な理由のある者に対して、医師の指示の下、居宅等において新型インフルエンザの診療の補助業務等を行う看護師や、当該業務に直接関与し、かつ、当該業務の継続に必要不可欠な看護補助者、事務職員等とする。

なお、定期巡回・随時対応訪問介護看護や複合型サービスの従事者についても、訪問看護として上記に該当すれば、登録対象とする。

（2）重大緊急医療提供を行う事業

登録要領別添 1 の表において、重大緊急医療提供を行う事業に係る事業の種類目の欄に該当する医療機関及び助産所において、対象業務の欄に該当する有資格者を登録対象とする。

（常勤換算）

常勤換算した従業者数とは、以下の人数を合算したものをいう。

- ① 新型インフルエンザ等の発生時に所定勤務時間（※）を基本的に登録対象業務に従事することが想定されている者（以下「常勤者」という。）の人数
- ② 所定勤務時間の一部を登録対象業務に従事する者が、当該事業所において1週間に登録対象業務に従事する延べ時間を所定勤務時間で除した数字に対象者の人数を掛けた人数（複数の勤務形態がある場合はそれぞれを合算し、事業所単位で登録対象業務ごとに小数点以下を切り上げるものとする。）

※ 所定勤務時間：事業所において定められている1週間の勤務時間

（例）週3日午前に勤務する医師が5人、週2日午後に勤務する看護師が10人の場合

勤務する病院における常勤者の通常の労働時間（所定勤務時間）が週40時間で、午前の勤務時間を9時から12時までの3時間、午後の勤務時間を13時から18時までの5時間と仮定した場合、 $3 \text{時間/日} \times 3 \text{日} \div 40 \text{時間} \times 5 \text{（人）} + 5 \text{時間/日} \times 2 \text{日} \div 40 \text{時間} \times 10 \text{（人）} = 1.125 \text{（人）} + 2.5 \text{（人）} = 3.625 \text{（人）}$ となり、これを小数点以下で切り上げ、4（人）が上記②に該当する従業者数となる。

4 登録対象業務の従業者数の記載方法

登録対象業務の従業者数については、申請事業者に所属の従業者数と外部事業者に所属の従業者数とを分けて記載する。

(登録対象業務の従業者数)

Excelシートでの登録の場合、「うち申請事業所の従業者数」と「うち外部事業者の従業者数」を合計した人数が挿入される。自動計算されるため、記載は不要であること。

紙での登録の場合のみ「うち申請事業所の従業者数」と「うち外部事業者の従業者数」を合計した値を記載すること。

(うち申請事業所の従業者数)

常勤換算し、整数(小数点以下は切り上げる)で記載すること。半角数字を用いて記載すること。

(うち外部事業者の従業者数)

常勤換算し、整数(小数点以下は切り上げる)で記載すること。半角数字を用いて記載すること。

(公設医療機関)

以下の例にならい、記載すること。

① 外部事業者を活用していない場合(全従業者が公務員の場合)

登録対象業務の従業者数 : A人

うち申請事業者の従業者数 : A人

うち外部事業者の従業者数 : 0人

② 外部事業者を活用している場合(公務員に加え、外部事業者の従業者が従事している場合)

登録対象業務の従業者数 : B+C人

うち申請事業者の従業者数 : B人

うち外部事業者の従業者数 : C人

③ 指定管理者制度を活用している場合(公務員がない場合)

登録対象業務の従業者数 : A人

うち申請事業者の従業者数 : 0人

うち外部事業者の従業者数 : A人

5 業務継続計画

業務継続計画※(診療継続計画)を作成している場合は「業務継続計画を作成していること」欄で「○」を選択すること。なお、業務継続計画を作成していない場合は登録の対象とはならない。

※新型インフルエンザ等対策政府行動計画及びガイドラインでは「事業継続計画」と表記していたが、登録手続告示に合わせ、「業務継続計画」と表記する。

6 接種実施医療機関

病院及び診療所(歯科を除く。)が、自施設で特定接種を実施する場合は、本事項は記載する必要はない。

(覚書)

歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション等は、地域医師会、病院団体や地方公共団体の協力を得て、接種実施医療機関と特定接種の実施に関して連携体制を構築するとともに当該医療機関と覚書を作成し、取り交わしておくことが必要である。なお、登録要領別添3のとおり覚書の様式を示すので、適宜活用されたい。

(医療機関名)

覚書を取り交わした医療機関名を全角文字を用いて記載すること。

(例) ○○病院

(所在地)

都道府県はリストから選択する。

市区町村以下は、全角文字を用いて記載する。

開設届等と一致させること。また建物名等がある場合は、記載すること。

(例) ○○市○○町1丁目2番地3号 ○○ビル4階

(郵便番号、電話番号及びFAX番号)

半角数字及びハイフンを用いる。括弧は用いない。電話番号及びFAX番号は、市外局番から記載すること。なおFAXがない場合は、空欄で差し支えない。

(例) 〒470-3231 TEL03-1111-2222

(E-mailアドレス)

新型インフルエンザ等の発生時に、政府対策本部での決定を受け、特定接種の総枠及び

当該登録事業者における特定接種の接種対象者数の連絡などに使用するため、平時から業務に使用しているものを登録すること。なお、緊急時に確実に連絡が取れるのであれば、代表者の携帯電話のE-mailアドレスなどでも良い。半角英数字を用いて記載すること。

記載例

(申請年月日) 平成26年1月20日

西暦年/月/日のように入力し、Enterを押すと和暦で記載されます。

特定接種登録申請書

厚生労働大臣 殿
(事業所の所在地の都道府県経由)

本記載例の場合は、神奈川県に提出します。

申請者

ふりがな いんぷるえんざぼうしんりょうしよ
事業者名 医療法人厚生会

ふりがな やまはたじろう
代表者の氏名 山田太郎

郵便番号 470-3231
所在地 東京都千代田区錦町1丁目2番2号

電話番号 0311112222

FAX番号 0311112223

E-mail アドレス kousei@kusuri.co.jp

法人名を記載してください。法人化していない個人事業主は、氏名を記載してください。

個人事業主の場合は記載不要です。

7桁の数字を入力し、Enterを押すとハイフンが間に入ります。

都道府県をリストから選択してください。

市区町村以下を記載してください。

市外局番から記載してください。ハイフン及び括弧は用いないでください。

E-mailは半角英数字で記載してください。

新型インフルエンザ等対策特別措置法(平成24年法律第31号)第28条の規定に基づき実施される特定接種の対象となる事業者の登録について、以下の内容を申請します。本申請書には、新型インフルエンザ等対策特別措置法第28条第1項第1号の医療の提供の業務を行う事業者の登録に関する規程(平成25年厚生労働省告示第370号)第5条第1項の規定に該当する設備の記載はありません。

設立区分	①民間	施設区分	②診療所(歯科を除く)	③歯科診療所が所属する都市区歯科医師会名(%)	施設区分で③歯科診療所を選択した場合のみ記載
ふりがな	いんぷるえんざぼうしんりょうしよ				
事業所名	インフルエンザ予防診療所				
所在地	郵便番号 222-3232 神奈川県	川崎市川崎区1丁目2番3号 新型ビル3階			
電話番号	0421111111	FAX番号	0421111112		
E-mail アドレス	inlu@clinic.co.jp				
事業の種類	①新型インフルエンザ等医療提供を行う事業	業務継続計画を作成していること	○		
登録対象業務の従業者数(人)	7	うち申請事業者の従業者数(人)	5	うち外部事業者の従業者数(人)	2

7桁の数字を入力し、Enterを押すとハイフンが間に入ります。

都道府県をリストから選択してください。

市区町村以下を記載してください。

市外局番から記載してください。ハイフン及び括弧は用いないでください。

E-mailは半角英数字で記載してください。

プルダウン形式です。リストから選択してください。

自動計算されますので、ここには何も記入しないでください。

接種実施医療機関 ※申請事業所が自事業所で接種を実施する場合は記載不要

ふりがな					
医療機関名					
所在地	郵便番号	都道府県を選択			
電話番号			FAX番号		
E-mail アドレス					

自事業所で接種を実施するため、記載していません。