

厚生労働省発健 0823 第 5 号
3 福保感事第 2 3 5 7 号
令和 3 年 8 月 23 日

各東京都内

{	医療機関の長
	医学部を置く各国公私立大学長
	看護師等学校養成所長

 殿

厚生労働大臣 田 村 憲 久
東京都知事 小池 百合子
(公 印 省 略)

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第 16 条の 2 第 1 項
に基づく協力の要請について

日頃より新型コロナウイルス感染症への対応に格段の御尽力・御協力を賜り、誠にありがとうございます。

現在、新規感染者数は、変異株の影響の下、過去最大の水準が続いており、これまでに経験したことのない感染拡大となっています。感染者数の急速な増加に伴い、療養者数が増加し、自宅療養者や重症者数も急速に増加しています。これにより、東京都における医療提供体制も非常に厳しくなっており、災害レベルの非常事態が継続しています。

貴殿におかれましては、これまで多大なる御協力をいただいている中ではありますが、この非常事態というべき現在の感染状況に総力戦で臨むためにも、不急の入院・手術の延期など通常医療の制限等も視野に入れた上で、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成 10 年法律第 114 号）第 16 条の 2 第 1 項の規定に基づき、貴殿に対し、下記のとおり協力を要請します。

なお、同条第 2 項の規定により、正当な理由なく当該協力の求めに応じなかったときは、下記の措置の実施に協力するよう勧告する場合があります。また、同条第 3 項の規定により、正当な理由なくその勧告に従わなかったときは、その旨を公表することができることとされておりますので、申し添えます。

つきましては、別紙回答票を令和 3 年 8 月 31 日（火曜日）までに御提出いただきますようお願い申し上げます。

記

1 対象及び内容

- (1) 入院重点医療機関等（新型コロナウイルス感染症入院重点医療機関、新型コロナウイルス感染症患者（疑似症を含む）の入院を受け入れている病院及び回復期支援病院）は、以下のアからウの 1 つ以上に協力してください。

ア 最大確保病床における最大限の入院患者の受入

- レベル 3－B の割り当て病床数と申請した確保病床数の多いほうの数を

目途に入院可能な体制を確保し、最大限の入院患者を受入れること（令和 3 年 8 月 18 日に都が開催した病院説明会で説明済）

○ 入院重点医療機関（軽症・中等症）は、「入院受入医療機関（主に軽症・中等症患者を受入れる医療機関）の役割分担に関する調査について（依頼）」（令和 3 年 8 月 13 日付都事務連絡）で回答した役割を担う体制を確保し、最大限の入院患者を受入れること

○ 回復期支援病院は、最大限の入院患者を受入れること

イ 更なる病床確保

ウ 都が要請した施設（※）に対する人材派遣。ただし、(1) アへの協力を最優先すること

（※）都が要請した施設：医療機関、臨時の医療施設、宿泊療養施設、入院待機ステーション、酸素ステーション等

(2) 上記(1)以外の病院は、以下のアからイの 1 つ以上に協力してください。

ア 都が要請した施設（※）の運営

イ 都が要請した施設（※）に対する人材派遣

(3) 全ての診療所は、以下のアからウの 1 つ以上に協力してください。

ア 新型コロナウイルス感染症患者への在宅医療（在宅医療強化事業を含む）及び検査、診断

イ 都が要請した施設（※）に対する人材派遣

ウ 区市町村のワクチン接種等への協力

(4) 医師、看護師等養成機関は、以下のアに協力してください。

ア 都が要請した施設（※）に対する人材派遣及び区市町村のワクチン接種等への協力

2 その他

本要請に基づく必要な経費については都から別途連絡します。

（参考）感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成 10 年法律第 114 号）（抄）

（協力の要請等）

第十六条の二 厚生労働大臣及び都道府県知事は、感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するため緊急の必要があると認めるときは、感染症の患者の病状、数その他感染症の発生及びまん延の状況並びに病原体等の検査の状況を勘案して、当該感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するために必要な措置を定め、医師、医療機関その他の医療関係者又は病原体等の検査その他の感染症に関する検査を行う民間事業者その他の感染症試験研究等機関に対し、当該措置の実施に対する必要な協力を求めることができる。

2 厚生労働大臣及び都道府県知事は、前項の規定による協力の求めを行った場合に

において、当該協力を求められた者が、正当な理由がなく当該協力の求めに応じなかったときは、同項に定める措置の実施に協力するよう勧告することができる。

- 3 厚生労働大臣及び都道府県知事は、前項の規定による勧告をした場合において、当該勧告を受けた者が、正当な理由がなくその勧告に従わなかったときは、その旨を公表することができる。

(連絡先)

東京都福祉保健局感染症対策部事業推進課

電話 03 (5320) 4347

別紙様式

感染症法第16条の2第1項に基づく協力要請への回答票

入院重点医療機関等

（新型コロナウイルス感染症入院重点医療機関、新型コロナウイルス感染症患者（疑似症を含む）の入院を受け入れている病院及び回復期支援病院）

医療機関名		(担当)	
連絡先	(電話)	(E-mail)	
医療機関コード		区市町村名	
医療機関住所			

(1) 次のアからウのいずれか1つ以上に協力してください。

ア 最大確保病床における最大限の入院患者の受入

- ・ レベル3－Bの割り当て病床数と申請した確保病床数の多いほうの数を記入してください。（令和3年8月18日に都が開催した病院説明会で説明済）
- ・ 回復期支援病院は、回復期支援病床欄に確保病床数を記入してください。

区分	病床数
重症	
中等症	
軽症	
回復期支援病床	
その他（ ）	

イ 更なる病床確保

区分	病床数
重症	
中等症	
軽症	
回復期支援病床	
その他（ ）	

ウ 都が要請した施設(※)に対する人材派遣。ただし、アへの協力を最優先すること
派遣人数は、1人以上とします。希望する曜日などは条件等に記入してください。

施設	人数	派遣可能日数	条件等
病院	医 師	週・月を選択	
	看護師	週・月を選択	
臨時の医療施設	医 師	週・月を選択	
	看護師	週・月を選択	
宿泊療養施設	医 師	週・月を選択	
	看護師	週・月を選択	
入院待機ステーション	医 師	週・月を選択	
	看護師	週・月を選択	
酸素ステーション	医 師	週・月を選択	
	看護師	週・月を選択	
その他	医 師	週・月を選択	
	看護師	週・月を選択	

※ 都が要請した施設：病院、臨時の医療施設、宿泊療養施設、入院待機ステーション、酸素ステーション等

(2) 協力に応じられない場合は、その理由を記入してください。

別紙様式

感染症法第16条の2第1項に基づく協力要請への回答票
入院重点医療機関等以外の病院

医療機関名		(担当)	
連絡先	(電話)	(E-mail)	
医療機関コード		区市町村名	
医療機関住所			

(1) 次のアからイのいずれか1つ以上に協力してください。

ア 都が要請した施設(※)の運営

病床や病院内施設における、酸素ステーション等の運営について記入してください。

施設	病床数
酸素ステーション	
その他 ()	

イ 都が要請した施設(※)に対する人材派遣

派遣人数は、1人以上とします。希望する曜日などは条件等に記入してください。

施設	人数	派遣可能日数	条件等
病院	医 師	週・月を選択	
	看護師	週・月を選択	
臨時の医療施設	医 師	週・月を選択	
	看護師	週・月を選択	
宿泊療養施設	医 師	週・月を選択	
	看護師	週・月を選択	
入院待機ステーション	医 師	週・月を選択	
	看護師	週・月を選択	
酸素ステーション	医 師	週・月を選択	
	看護師	週・月を選択	
その他	医 師	週・月を選択	
	看護師	週・月を選択	

※ 都が要請した施設：病院、臨時の医療施設、宿泊療養施設、入院待機ステーション、酸素ステーション等

(2) 協力に応じられない場合は、その理由を記入してください。

--

感染症法第16条の2第1項に基づく協力要請への回答票（診療所）

医療機関名		(担当)	
連絡先	(電話)	(E-mail)	
医療機関コード		区市町村名	
医療機関住所			

- (1) 次のアからウのいずれか1つ以上に協力してください。
- ア 新型コロナ感染症患者への在宅医療（在宅医療強化事業を含む）及び検査、診断、実施回数は週1回以上とします。

区分	内容
在宅医療	電話・オンラインによる指示も含む。 月約_____件（ 実施 ・ 実施可能 ） 他：
検査・診断	PCR等検査数：週約_____件（ 実施 ・ 実施可能 ） 感染者診療：週約_____件（ 実施 ・ 実施可能 ） 他：

- イ 都が要請した施設(※)に対する人材派遣
派遣人数は、1人以上とします。希望する曜日などは条件等に記入してください。

施設	人数	派遣可能日数	条件等
病院	医 師	週・月を選択	
	看護師	週・月を選択	
臨時の医療施設	医 師	週・月を選択	
	看護師	週・月を選択	
宿泊療養施設	医 師	週・月を選択	
	看護師	週・月を選択	
入院待機ステーション	医 師	週・月を選択	
	看護師	週・月を選択	
酸素ステーション	医 師	週・月を選択	
	看護師	週・月を選択	
その他	医 師	週・月を選択	
	看護師	週・月を選択	

※ 都が要請した施設：病院、臨時の医療施設、宿泊療養施設、入院待機ステーション、酸素ステーション等

- ウ 区市町村のワクチン接種等への協力
協力する内容（すでに協力している場合を含む）

区市町村	内容
1	自院で実施 月約_____件（ 実施 ・ 実施可能 ） 他：
2	区・市へ協力 月約_____件（ 実施 ・ 実施可能 ） 他：

- (2) 協力に応じられない場合は、その理由を記入してください。

1. 高齢のため	2. 病気等療養中のため
3. その他	
(	)

別紙様式

感染症法第16条の2第1項に基づく協力要請への回答票

医師、看護師養成機関

医療機関名		(担当)	
連絡先	(電話)	(E-mail)	
医療機関コード		区市町村名	
医療機関住所			

(1) 次のア－1 及びア－2 に協力してください。

ア－1 都が要請した施設(※)に対する人材派遣

派遣人数は、1人以上とします。希望する曜日などは条件等に記入してください。

施設	人数	派遣可能日数	条件等
病院	医 師	週・月を選択	
	看護師	週・月を選択	
臨時の医療施設	医 師	週・月を選択	
	看護師	週・月を選択	
宿泊療養施設	医 師	週・月を選択	
	看護師	週・月を選択	
入院待機ステーション	医 師	週・月を選択	
	看護師	週・月を選択	
酸素ステーション	医 師	週・月を選択	
	看護師	週・月を選択	
その他	医 師	週・月を選択	
	看護師	週・月を選択	

※ 都が要請した施設：病院、臨時の医療施設、宿泊療養施設、入院待機ステーション、酸素ステーション等

ア－2 区市町村のワクチン接種等への協力

協力する内容（すでに協力している場合を含む）

区市町村	内容
1	
2	
3	

(2) 協力に応じられない場合は、その理由を記入してください。

--