

公印省略

2介第2154号
令和2年11月24日

各高齢者施設・介護サービス事業所の管理者 殿
(政令市・中核市を除く)

福岡県保健医療介護部介護保険課長

介護施設等からの緊急要請に基づく使い捨て手袋の
配布（第1弾）について（通知）

日頃から本県の高齢者福祉行政の推進に御協力いただき、厚く御礼申し上げ
ます。

国においては、現在まん延が続く新型コロナウイルス感染症対策にかかわらず
介護施設等において日常的に排せつケア等で必須となる使い捨て手袋について、
入手困難であるという現場からの意見や世界的な需給状況等を総合的に勘
案し、使い捨て手袋を都道府県等に配布することとされています。

今回の使い捨て手袋については、県内の一
律配布や備蓄用ではなく、介護施
設等からの緊急要請に基づく配布となり、対象施設や配布条件等について別紙
のとおり介護施設等に配布することとなります。

つきましては、別紙にご留意のうえ、条件に該当する高齢者施設・介護サービ
ス事業所等は、別紙様式により福岡県介護保険課までご要望ください。

なお、福岡市、北九州市、久留米市所在の施設・事業所分の手袋については、
各市から配分されることとなるため、各市からの通知等にご留意ください。

別紙

1 対象施設

高齢者向けの施設等（介護サービス事業所を含む）のうち、手袋の着用を必須とする排せつ介助等※のサービスを日常的に提供する介護施設等で、使い捨て手袋がなければサービス提供の継続に支障が生じるものを対象とする。

※ 高齢者等への排せつ介助、医療処置、血液等の体液や嘔吐物、排せつ物に触れる恐れがあるとき、傷や創傷皮膚に触れるとき等。

2 配布条件（すべてを満たす必要があります。）

- ・ 日常的に排泄介助等手袋の使用が必須となる施設・サービス事業所であること。
- ・ 地元の卸売業者では在庫がないことや、業者に発注をかけたが、在庫がないこと等を理由にキャンセルされたなど、全く手に入れられない状態であること。 または、発注をかけたが、納品より前に在庫が尽きてしまう状態が確実であること。
- ・ 当該施設の備蓄見通しが3週間以内であること。
- ・ 当該施設の消費量が適切であること。

3 製品について

- ・ PVC 製の手袋（輸入品）であること。
- ・ S、M、L サイズがあること。
- ・ 1 箱 500 組（または 1,000 組入り）であるため、500 組単位で要望すること。
- ・ 1 箱の大きさは 500 組の場合、30cm × 25cm × 26cm であること。（1,000 組は約 2 倍）
- ・ 複数の業者からの納品となるため、業者ごとに若干サイズが違うこと。

4 要望量について

要望量はおおむね 1 カ月分をめどに要望ください。また、国からの供給量が限られており、緊急事態の事業所を優先する必要があるため、備蓄目的や購入先・多数の在庫があるなどにも関わらず要望するなどの行為はお控えください。

5 要望方法

隨時、①オンライン申請、②メール、③郵送、④FAX のいずれかで、要望ください。

① オンライン申請（申請フォームに必要事項を記入し、送信ください）

URL : <https://www.shinsei.elg-front.jp/fukuoka/uketsuke/form.do?acs=dispoglobe>

Google 等で「ふくおか電子申請」を検索 ⇒ 「ふくおか電子申請サービス」

⇒ ページ中段のキーワード検索欄に「使い捨て手袋」と入力・検索してください。

なお、スマートフォンなどから次のQRコードでも申請できます。



「ふくおか電子申請サービス 使い捨て手袋の配布（第1弾）について」

QRコード

- ② 電子メールにて申請（別紙様式を添付し、送付ください）
メールアドレス : mask-kaigo@pref.fukuoka.lg.jp
(件名は必ず「(第1弾) 使い捨て手袋の要望について (法人名)」としてください)
- ③ 郵送で申請（別紙様式を郵送ください）
送付先 : 〒812-8577 福岡市博多区東公園 7-7 介護保険課施設整備係 宛
(表面に「(第1弾) 使い捨て手袋の要望について」と朱書きください)
- ④ FAX で申請（別紙様式を送信ください）
FAX : 092-643-3309
(送信表は不要です。そのまま送信ください)

6 要望期間

令和2年11月24日から令和2年12月11日まで（要望方法すべて必着）

※今後、必要となるすべての施設・事業所へ配布できるよう第2弾・第3弾・第4弾と予定しております。第2弾以降の要望期間等については、条件・受渡方法などを変更になる可能性があるため、再度周知いたします。

7 受渡方法

- ① 郵便等、宅配による着払い（複数事業所がある場合も、送付先は1箇所とします）
- ② 保管場所（直方総合庁舎：直方市日吉町9-10）南側駐車場での受け渡し
- ③ その他別途相談

8 その他

- 今回の使い捨て手袋は、福岡県が独自で調達したものではなく、年度末まで国から供給される物資となります。配布量に限りがあるため、要望を受け付けたのち、配分量を決定しますので、要望量とならない場合がありますが、ご了承ください。
- 初回については問合せが殺到する可能性がありますので、本通知を熟読のうえ、記載していないことのみお問合せください。
- 着払い料金については、ゆうパックやヤマト宅急便などのHPより料金の算出をお願いいたします。なお、着払い料金については、現在実施中の「新型コロナウイルス感染症包括支援交付金」のかかり増し経費の対象として差し支えありません。
- 現地で受取を希望されるかたは、12月14日以降に、別途日付時間等をご連絡いたしますので、今しばらくお待ちください。
- 繰り返しになりますが、今現在手袋を手に入れられない事業者のみなさんのため、必要以上に要望することや、備蓄目的での要望はお控えください。
- 今後、状況を見ながら条件の見直しなど、弾力的に運用を図っていきますので、ご理解、ご協力を願いします。

＜別紙様式＞

文 書 番 号
令和 年 月 日

福岡県保健医療介護部介護保険課長 殿

(施設整備係)

住所：
法人名：
代表者名：印
(施設名：)

緊急要請に基づく使い捨て手袋の要望について（第1弾）

このことについて、令和2年11月24日付2介第2154号介護施設等からの緊急要請に基づく使い捨て手袋の配布（第1弾）について（通知）に基づき、下記のとおり要望します。

記

- 1 合致している条件 日常的に排せつ介助等、手袋の使用が必要な事業所である
(□に✓をします) 業者に発注後したがキャンセルをされたなど、手に入れられない。または、納期までに在庫が尽きることが確実である。
 在庫の見通しが3週間以内である。
- 2 現在の在庫量等 別紙のとおり
- 3 所要量 (500組単位) Sサイズ_____組
Mサイズ_____組
Lサイズ_____組 ※今回要望される総量を記入ください。
- 4 受渡方法 着払い 直方総合庁舎での受取 その他 を希望
(□に✓をします) ※下線部に、着払いの場合は郵便番号を含む送付先、他の場合は自由に記載ください。（要望に沿えない場合があります。）
-
- 5 連絡先 TEL：—
E-mail：
担当者名：

＜別紙＞

令和 年 月 日 現在

<別紙様式>

記入例

2介第▼▼▼▼号

令和2年11月24日

福岡県保健医療介護部介護保険課長 殿

(施設整備係)

住所: 福岡市博多区東公園7-7
法人名: 社会福祉法人福岡県会
代表者名: 理事長 福岡 太郎
(施設名: 特別養護老人ホーム福岡県苑)

理事長
の印

緊急要請に基づく使い捨て手袋の要望について(第1弾)

このことについて、令和2年11月24日付2介第2154号介護施設等からの緊急要請に基づく使い捨て手袋の配布(第1弾)について(通知)に基づき、下記のとおり要望します。

記

- 1 合致している条件 日常的に排せつ介助等、手袋の使用が必要な事業所である
 業者に発注後したがキャンセルをされたなど、手に入れられない。または、納期までに在庫が尽きることが確実である。
 在庫の見通しが3週間以内である。
- 2 現在の在庫量 別紙のとおり
- 3 所要量 Sサイズ 2,000組
(500組単位) Mサイズ 4,000組
Lサイズ 1,000組 ※今回要望される総量を記入ください。
- 4 受渡方法 着払い 直方総合庁舎での受取 その他 を希望
(□に✓をします) ※下線部に、着払いの場合は郵便番号を含む送付先、他の場合は自由に記載ください。(要望に沿えない場合があります。)
- 〒812-8577 福岡市博多区東公園7-7 特別養護老人ホーム福岡県苑
- 5 連絡先 TEL: **092-643-3249**
E-mail: **XXXXXX@●●●●.jp**
担当者名: **福岡 太郎**