

公印省略

3 介 第 2 7 8 号
令和 3 年 5 月 6 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 4 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関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。

配布する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、北九州市及び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。

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、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。又は業者への発注ができずにスーパー、ホームセンター等の小売店等で1箱・2箱など、少量しか手に入らない状態であること。そのほか、発注をかけたが、納期までに在庫がなくなることが確実であること。
- ・ 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

今回は第1弾から第3弾で配布したPVC製の手袋に加えて、ポリエチレン製の手袋も配布します。

（1）PVC製の手袋（輸入品）（ゴム手袋ではありません。）

- ・ S、M、Lサイズがあること。
- ・ 1箱500組（又は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。

（2）ポリエチレン製の手袋（輸入品）

- ・ フリーサイズであること。
- ・ 1箱2,500組であるため、2,500組単位で要望すること。
- ・ 1箱の大きさは、36cm×28cm×13cmであること。

4 要望量について

（1）PVC製の手袋

要望量の上限は、1日の使用量×30日、又は1事業所あたり5箱のいずれか少ない方とします。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絶対にお控えください。

1事業所5箱以上希望されている場合は、当課において調整させていただきます。

（2）ポリエチレン製の手袋

PVC製の手袋に加えて、1事業所あたり2箱（10,000枚（5,000組））を上限とします。

5 要望方法 ※必ず法人単位でお申し込みください。

①オンライン申請、②メール、③FAX のいずれかで、要望ください。

積極的にオンライン申請の活用をお願いいたします。

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=dispoglobe4>

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4弾）」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4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 FAX で申請（楷書で記入のうえ、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3年5月6日から令和3年5月19日まで（要望方法すべて必着）

必ず法人単位でお申し込みください。

7 受渡方法

（1）ゆうパックによる着払い（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（①～④）での受取

① 直方総合庁舎 （直方市日吉町9-10）

② 福岡県職員研修所 （大野城市乙金8-1）

③ 豊前総合庁舎 （豊前市八屋2007-1）

④ 八女総合庁舎 （八女市本村25）

8 その他

（1）配布量に限りがあるため、要望量とならない場合がありますが、ご了承ください。

（2）本通知を必ず熟読のうえ、記載していないことのみお問合せください。

（3）発送方法は、ゆうパック（80サイズ又は100サイズ）を予定しています。着払い送料については、郵便局のHPより料金の算出をお願いいたします。

- (4) 決定通知については、令和3年5月24日以降に申請方法に沿ってメール又は **FAX** でお送りします。
- (5) 繰り返しになりますが、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、備蓄目的で要望することはお控えください。

<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 :

緊急要請に基づく使い捨て手袋の要望について (第4弾)

このことについて、令和3年5月6日付3介第278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4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
(□に✓をします) | ☐ 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
☐ 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、全く手に入れない状態である。
☐ 業者への発注ができずにスーパー、ホームセンター等の小売店等で1箱・2箱など、少量しか手に入らない状態である。
☐ 業者に発注したが、納期までに在庫がなくなることが確実である。
☐ 在庫 (備蓄) 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 | 別紙のとおり |
| 4 受 渡 方 法
(□に✓をします) | ☐ 着払い (必ず受領し、自己都合で返送する場合は、施設側で送料を負担することに同意します。)
☐ 直方総合庁舎 での受取
☐ 福岡県職員研修所 での受取
☐ 豊前総合庁舎 での受取
☐ 八女総合庁舎 での受取 |
| 5 連 絡 先 | T E L : — —
F A X : — —
E-mail :
担当者名 : |

を希望

<別紙>（第4弾）

令和 年 月 日 現在

法人名：

施設名	施設 種別 番号	現在の在庫量 （2枚1組）	月利用者数 入所者数	1日あたりの 使用量	要望量				備考
					1箱500組入 ※1事業所あたり、各サイズの 合計が5箱上限			1箱2,500組入 ※1事業所あた り、2箱上限	
					Sサイズ	Mサイズ	Lサイズ	ポリエチレン	
		組	人	組	箱	箱	箱	箱	
		組	人	組	箱	箱	箱	箱	
		組	人	組	箱	箱	箱	箱	
		組	人	組	箱	箱	箱	箱	
		組	人	組	箱	箱	箱	箱	
		組	人	組	箱	箱	箱	箱	
		組	人	組	箱	箱	箱	箱	

※着払いを選ばれた方は下記の送付先もご記入ください。

送付先：〒 ー 福岡県 (送付先名：)

施設種別番号について

次の表に対応する番号を記入ください。

施設種別番号	施設種別
1	通所介護事業所
2	地域密着型通所介護事業所
3	認知症対応型通所介護事業所
4	通所リハビリテーション事業所
5	短期入所生活介護、短期入所療養介護事業所
6	訪問介護事業所
7	訪問入浴介護事業所
8	訪問看護事業所
9	訪問リハビリテーション事業所
1 0	定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所
1 1	夜間対応型訪問介護事業所
1 2	居宅介護支援事業所
1 3	福祉用具貸与事業所
1 4	居宅療養管理指導事業所
1 5	小規模多機能型居宅介護事業所
1 6	看護小規模多機能型居宅介護事業所
1 7	介護老人福祉施設
1 8	地域密着型介護老人福祉施設
1 9	介護老人保健施設
2 0	介護医療院
2 1	介護療養型医療施設
2 2	認知症対応型共同生活介護事業所（グループホーム）
2 3	養護老人ホーム
2 4	軽費老人ホーム（A型、B型、ケアハウス）
2 5	有料老人ホーム
2 6	サービス付き高齢者向け住宅
2 7	その他

排せつ介助等をサービスとして提供しないため、対象外となっております。

<別紙様式>

記入例

福岡県保
(

押印は不要です。
なお、必ず法人名を記入ください。(施設名ではありません)
法人内で情報共有を行っていただき、施設が複数ある場合も、法人単位でご要望ください。

社福福庁第×××号

令和3年 5月 6日

所：福岡市博多区東公園7-7
法人名：社会福祉法人福岡県庁
代表者名：福岡 太郎

緊急要請に基づく使い捨て手袋の要望について（第4弾）

このことについて、令和3年5月6日付2介第278号介護施設等からの緊急要請に基づく使い捨て手袋の要望（第4弾）について（周知）に基づき、下記のとおり要望します。

合致する条件をもれなくチェックください。
なお、ワードで編集する場合は「チェック」と入力すると「☒」が候補としてあがきますので、☐を☒に変更ください。

- 1 合致している条件
(☐に☒をします)
 - ☒ 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
 - ☐ 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、全く手に入れない状態である。
 - ☒ 業者への発注ができずにスーパー、ホームセンター等の小売店等で1箱・2箱など、少量しか手に入らない状態である。
 - ☐ 業者に発注したが、納期までに在庫がなくなることが確実である。
 - ☒ 在庫（備蓄）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 別紙のとおり
- 4 受 渡 方 法
(☐に☒をします)
 - ☒ 着払い（必ず受領し、自己都合で返送する場合は、施設側で送料を負担することに同意します。）
 - ☐ 直方総合庁舎 での受取
 - ☐ 福岡県職員研修所 での受取
 - ☐ 豊前総合庁舎 での受取
 - ☐ 八女総合庁舎 での受取

FAX で送信される場合はアドレスの入力は不要です。
メールに添付される場合はアドレスの入力をお願いします。

5 連 絡 先
T E L : 092-643-3249
F A X : 092-643-3309
E-mail: mask-kaigo@pref.fukuoka.lg.jp
担当者名：福岡 次郎

記入例

<別紙> (第4弾)

種別番号が1～16の事業所は1日の利用人数×30日の数字を、17～27の事業所は現在の入所者数を記入してください。

令和 **3**年 **5**月 **6**日 現在
法人名：**社会福祉法人福岡県庁**

施設名	施設 種別 番号	現在の所有量 (2枚1組)	月利用者数 入所者数	1日あたりの 使用量	要望量				備考
					1箱500組入 ※1事業所あたり、各サイズの合 計が5箱上限			1箱2,500組入 ※1事業所あたり、2箱上限	
					Sサイズ	Mサイズ	Lサイズ	ポリエチレン	
特別養護老人ホーム 福岡県庁苑	17	3.000 組	約50 人	約250 組	1 箱	2 箱	2 箱	2 箱	
デイサービス 福岡県庁	1	100 組	約600 人	約20 組	0 箱	1 箱	0 箱	1 箱	20人/日×30日 Sサイズでも可
住宅型有料老人ホーム 福岡県庁	25	5.000 組	約80 人	約400 組	0 箱	3 箱	0 箱	0 箱	
訪問看護 福岡県庁ステーション	8	100 組	約360 人	約12 組	1 箱	0 箱	0 箱	0 箱	12人/日×30日 Mサイズでも可
		組	人	組	箱	箱	箱	箱	
		組	人	組	箱	箱	箱	箱	
			人	組				箱	

送付先の住所をご記入ください。

送付先の宛名をご記入ください

備考欄は、特記しておきたいこと(サイズ違いでもよい、このサイズが不足している、など)を記入ください。空欄でも構いません。

※着払いを選ばれた方は下記の送付先もご記入ください。

送付先：〒**812-8577** 福岡県 **福岡市博多区東公園7-7**(送付先名：**福岡県介護保険課**)