

R07-04720-03028

令和 7 年 9 月 5 日

各高齢者施設 管理者 様

長崎県長寿社会課長

(公 印 省 略)

医療用物資の追加配布に係る配布希望調査について（依頼）

日頃から施設・事業所における感染症対策にご尽力いただき心から感謝申し上げます。

新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけ変更後も、医療機関等においては必要な感染対策を講じていただいております。医療用物資が必要とされていることから、令和 7 年 8 月 29 日付で厚生労働省医政局より、今後の感染拡大への備えや備蓄整備のため、医療用物資の追加配布を実施するとの事務連絡がありました。

つきましては、下記にご留意のうえ、令和 7 年 9 月 16 日（火）までにご回答いただきますようお願いいたします。

記

1. 配布物資について

- ・医療用（サージカル）マスク ※500 枚単位
- ・アイソレーションガウン（不織布製） ※100 枚単位
- ・非滅菌手袋ニトリル（S,M,L サイズ） ※1,000 枚単位
- ・非滅菌手袋 PVC（S,M,L サイズ） ※1,000 枚単位
- ・非滅菌手袋ハイブリッド（S,M,L サイズ） ※1,000 枚単位

※配布物資の銘柄、材質等については指定ができません。

2. 配布について

- ・配布物資は厚生労働省から直接、事業所に配布されます。
- ・令和 7 年 12 月を目途に順次配布を開始し、令和 8 年 3 月頃に配送完了予定とされておりますが、状況により配送予定時期の変更が生じる場合があります。

3. 対象サービス

＜居宅サービス＞

通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、通所リハビリテーション、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護

<入所系サービス>

短期入所生活介護（空床型を除く）、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、認知症対応型共同生活介護、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅

※総合事業を含む。

※みなし事業所を除く。

4. 回答方法

県のホームページの電子申請システムにより回答。リンクは下記のとおり。

【ホームページ URL】

<https://www.pref.nagasaki.jp/bunrui/hukushi-hoken/koreisha/jigyousya-oshirase/iryoyoubussi>

（掲載先）

分類で探す>福祉・保健>高齢者・介護保険>長寿社会課から事業者の皆様へのお知らせ>医療用物資の追加配布に係る配布希望調査

【電子申請システム URL】

https://apply.e-tumo.jp/pref-nagasaki-u/offer/offerList_detail?tempSeq=10197

5. 配布にあたっての留意事項について【重要】

- （１）配布物資については、備蓄品の放出となるため、外装箱（段ボール箱）につぶれがある場合があり、使用推奨期限は、令和８年度中に切れるものとなりますので、ご了承くださいる場合のみ申し込みを行ってください。
- （２）希望数量が多数に上る場合は、配布数量が調整される場合や配布されない場合もあります。
- （３）配布の希望があった配布対象施設等においては、次の点について同意したものとして取り扱います。
 - ・配布された個人防護具については、当該施設が自ら使用すること。
 - ・転売する（した）ことが発覚した場合、当該配布先については、緊急配布を含めて、今後、原則として配布を行わないこと。
- （４）キャンセル及び数量変更ができないことについて同意したものとして申し込みを受領しますので、物資の保管場所を検討・確保のうえ、事業所の規模に応じた適正な数量を回答いただきますようお願いいたします。なお、一旦配布された物資をキャンセルするとして、厚生労働省や県に返送されることは厳に慎んでいただきますようお願いいたします。

（参考：アンケートシステムの回答要領）

【ホームページ URL】

<https://www.pref.nagasaki.jp/bunrui/hukushi-hoken/koreisha/jigyousya-oshirase/iryoyoubussi>

（掲載先）

分類で探す>福祉・保健>高齢者・介護保険>長寿社会課から事業者の皆様へのお知らせ>医療用物資の追加配布に係る配布希望調査

【回答内容】

○基本情報について回答ください。

1. 事業所名
2. 事業所郵便番号（半角のみ、ハイフンなし）
3. 事業所住所（納品場所を回答）
4. 担当者名（部署名でも可）
5. 担当者電話番号（半角のみ、ハイフンなし）（事業所の代表番号でも可）
6. メールアドレス

○事業所のサービス種類を回答ください。（選択式）

○各物資の希望配布数量をご回答ください。

※不要な場合は空欄で構いません。

- ・ 医療用（サージカル）マスク ※500 枚単位
- ・ アイソレーションガウン（不織布製） ※100 枚単位
- ・ 非滅菌手袋ニトリル（S サイズ） ※1,000 枚単位
- ・ 非滅菌手袋ニトリル（M サイズ） ※1,000 枚単位
- ・ 非滅菌手袋ニトリル（L サイズ） ※1,000 枚単位
- ・ 非滅菌手袋 PVC（S サイズ） ※1,000 枚単位
- ・ 非滅菌手袋 PVC（M サイズ） ※1,000 枚単位
- ・ 非滅菌手袋 PVC（L サイズ） ※1,000 枚単位
- ・ 非滅菌手袋ハイブリッド（S サイズ） ※1,000 枚単位
- ・ 非滅菌手袋ハイブリッド（M サイズ） ※1,000 枚単位
- ・ 非滅菌手袋ハイブリッド（L サイズ） ※1,000 枚単位

○備考

※納入場所に係る希望など、連絡事項等があれば、記載してください。

長寿社会課
施設・介護サービス班 山口
TEL 095-895-2436
FAX 095-895-2576