

事務連絡
令和2年4月9日

各高齢者福祉施設長
各介護サービス事業所管理者 様
(政令市・中核市を含む)

兵庫県健康福祉部少子高齢局高齢政策課

厚生労働省からの布製マスクの配布状況調査について（依頼）

高齢者福祉行政の推進につきましては、平素から格別のご配慮を賜り、厚く御礼申し上げます。
標記のことについて、厚生労働省から、順次、各事業所・施設に対して直接職員等分として布製マスクの配布がなされていると存じますが、県としてその配布状況を把握いたしたく存じます。
つきましては、大変お忙しいところご迷惑をおかけして恐縮ですが、電子申請システムにアクセスいただき、布製マスクの配布数等について、**令和2年4月13日（月）正午まで**にご回答をお願いいたします。

併せて、貴所における不織布（使い捨て）マスクの回答作成時点での在庫状況についてもお教えいただきたく、よろしく御願いたします。

記

1 回答方法

次のURLもしくはQRコードからアクセスして電子申請システムにおいて回答願います。

<https://www.shinsei.elg-front.jp/hyogo/uketsuke/form.do?id=1586147531061>

※上記のURLもしくはQRコードから別紙の回答フォームにアクセスできない場合は、別紙の回答フォームを印刷し、余白に必要事項を記入のうえ、下記の連絡先までFAXで送付ください。



2 回答に当たっての留意事項

(1) 回答に当たっては、施設・事業所単位で回答願います。

※施設・事業所内で複数サービスを実施している場合は、主たるサービス名を選択してください。
なお、職員数については、施設・事業所内で提供しているサービス全ての人数を記入してください（併設病院等との兼務職員については、従事時間数に応じて適宜判断願います。）。

(2) 職員数については、おおよその数値で差し支えございません。

3 その他

新型コロナウイルス関連通知を以下の県ホームページに掲載していますので、逐次ご確認をお願いいたします。

<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf27/tu-chi.html>

高齢政策課介護基盤整備班長 藤本 俊典
代表電話：078-341-7711 内線 3107
FAX 番号：078-362-9470

回答内容入力
↓
回答内容確認
↓
回答完了

サイトマップ 文字の大きさ 大 中 小 色 標準 黒 青 黄

ヘルプ

高齢者施設・事業所における布マスク及び使い捨てマスクに関する調査

回答内容の入力

操作方法のご説明

下記の入力フォームに必要な事項を入力した後、「回答内容確認」ボタンを押してください。
必須 マークがある項目は、必ず入力してください。

また、機種依存文字は使用しないでください。機種依存文字が入力されている場合はエラーになります。

途中まで入力した内容を一時保存したい場合、「回答一時保存確認」ボタンを押してください。
 ただし、選択した添付ファイルに関しては一時保存されません。

事業所番号	介護保険指定事業者は事業所番号を記入してください。 28 <input type="text"/>
事業所名 必須	事業所名を記入してください。 <input type="text"/>
所在市町名 必須	事業所の所在市町名を選択してください。 <input type="text"/>
郵便番号 必須	事業所の郵便番号を記入してください。(例:650-8567) <input type="text"/>
住所 必須	事業所の住所を記入してください。 <input type="text"/>
連絡先電話番号 必須	電話番号を記入してください。(例:078-341-7711) <input type="text"/>
連絡先メールアドレス 必須	メールアドレスを記入してください。 <input type="text"/>
担当者氏名 必須	担当者の氏名を記入してください。 <input type="text"/>
事業所の形態 必須	事業所の主なサービス形態を1つ選択してください。 <input type="radio"/> 居宅(訪問系)サービス <input type="radio"/> 居宅(通所系)サービス <input type="radio"/> 施設系サービス <input type="radio"/> 居宅介護支援、福祉用具貸与・販売 <input type="radio"/> 地域密着型サービス(施設系を除く)
主な提供サービス(訪問系) 必須	提供している主な介護サービスを1つ選択してください。 <input type="text"/>
主な提供サービス(通所系) 必須	提供している主な介護サービスを1つ選択してください。 <input type="text"/>
主な提供サービス(施設系) 必須	提供している主な介護サービスを1つ選択してください。 <input type="text"/>
主な提供サービス(支援、用具) 必須	提供している主な介護サービスを1つ選択してください。 <input type="text"/>
主な提供サービス(地密) 必須	提供している主な介護サービスを1つ選択してください。 <input type="text"/>
職員数 必須	事業所・施設全体の職員数(雇用契約している職員総数)を記入してください(複数サービス提供の場合は全てのサービスの職員数)。 <input type="text"/> 人
サービス利用者数 必須	事業所・施設全体の利用者数(通所の場合は登録利用者数)を記入してください。 <input type="text"/> 人
布製マスクの配布数 必須	厚生労働省から配布された布製マスクの数(利用者分の配布があればそれを含めて)を記入ください。 <input type="text"/> 枚
使い捨てマスクの在庫枚数 必須	事業所・施設全体の使い捨てマスクの在庫枚数を記入してください。 <input type="text"/> 枚
使い捨てマスクの使用の有無 必須	布マスク配布後も使い捨てマスクを使用していますか。 <input type="radio"/> 現在も使い捨てマスクを使っている <input type="radio"/> 現在は使い捨てマスクを使っていない
使い捨てマスクの1日あたり使用数 必須	事業所全体の1日あたりの使い捨てマスク使用数(わかる範囲で)を記入ください。 <input type="text"/> 枚
使い捨てマスクの使用用途 必須	使い捨てマスクの使用用途のうち、主なものを1つ選択してください。 <input type="radio"/> 配布された布マスクの数が足りないため使い捨てマスクを使用 <input type="radio"/> 布マスクを洗濯している間、使い捨てマスクを使用 <input type="radio"/> 施設等への訪問者等に対して配布するために使い捨てマスクを使用 <input type="radio"/> その他 「その他」を選択された場合にご記入ください。 <input type="text"/>