**2023年（令和5年）　10月～2024年（令和6年）　3月期分**

全国老人保健施設協会　**｢介護老人保健施設における感染症に関する状況調査｣**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 都道府県 |  | 貴施設名 |  | TEL |  |

問1．2023年10月～2024年3月の入所利用者数（短期入所含む）及び各感染症の発症状況（人数を記入）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項　　　目 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
|  1月間の入所利用者の実数※※1人の利用者がその月に2日間入所した場合、「2人」ではなく「1人」とカウントして下さい | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 入所者の内 | インフルエンザの発症者数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 新型コロナ（COVID-19）の発症者数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| ノロウイルスの発症者数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

問2．2023年10月～2024年3月の通所利用者数及び各感染症の発症状況（人数を記入）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項　　　目 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
|  1月間の通所利用者の実数※※1人の利用者がその月に2日間利用した場合、「2人」ではなく「1人」とカウントして下さい | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 通所利用者の内 | インフルエンザの発症者数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 新型コロナ（COVID-19）の発症者数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| ノロウイルスの発症者数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

問3．2023年10月～2024年3月の施設職員数及び各感染症の発症状況（人数を記入）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項　　　目 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
| 職員数（各月の施設の全職員の実数） | 常勤 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 非常勤 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 職員の内 | インフルエンザの発症者数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 新型コロナ（COVID-19）の発症者数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| ノロウイルスの発症者数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

問4．貴施設において、2023年10月～2024年3月にインフルエンザ、新型コロナ（COVID-19）、ノロウイルスのクラスター（同時期に5名以上発症）はありましたか？（該当するものに○）

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　　目 | 2023年10月～2024年3月におけるクラスターの有無 |
| インフルエンザの施設内クラスター | 1.あった　　　2.なかった |
| 新型コロナ（COVID-19）の施設内クラスター | 1.あった　　　2.なかった |
| ノロウイルスの施設内クラスター | 1.あった　　　2.なかった |

**＜ご協力ありがとうございました＞**

全国老人保健施設協会　**FAX：03-3432-4177または03-3432-4172**までご返信ください。

調査期間：2023年10月1日～2024年3月31日　　回答締切：**2024年4月12日（金）**

本件問合先：全国老人保健施設協会　業務部業務第一課　ＴＥＬ：03‐3432‐4165