

**2024年(令和6年)10月～2025年(令和7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. 2024年10月～2025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							
入所者の内	インフルエンザの発症者数						
	新型コロナ(COVID-19)の発症者数						
	ノロウイルスの発症者数						

問 2. 2024年10月～2025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							
通所利用者 の内	インフルエンザの発症者数						
	新型コロナ(COVID-19)の発症者数						
	ノロウイルスの発症者数						

問 3. 2024年10月～2025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						
	非常勤						
職員の内	インフルエンザの発症者数						
	新型コロナ(COVID-19)の発症者数						
	ノロウイルスの発症者数						

問 4. 貴施設において、2024年10月～2025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	2024年10月～2025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:2024年10月1日～2025年3月31日 回答締切:2025年4月11日(金)  
 本件問合先:全国老人保健施設協会 業務部 TEL:03-3432-4165