

2023 年(令和 5 年) 4 月～2023 年(令和 5 年) 9 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 4 月～2023 年 9 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		4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 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. 2023 年 4 月～2023 年 9 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		4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 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. 2023 年 4 月～2023 年 9 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		4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 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、2023 年 4 月～2023 年 9 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 4 月～2023 年 9 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 4 月 1 日～2023 年 9 月 30 日 回答締切:2023 年 10 月 13 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