

2025 年(令和 7 年) 10 月～2026 年(令和 8 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. 2025 年 10 月～2026 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. 2025 年 10 月～2026 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. 2025 年 10 月～2026 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、2025 年 10 月～2026 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	2025 年 10 月～2026 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

問 5. 貴施設の方針についてご回答ください(該当するものに○)

項 目	2025 年 10 月～2026 年 3 月までの状況
職員のマスク着用(感染症が流行していない時期)	1.マスク着用を義務付けている 2.マスク着用は職員の判断に任せている 3.マスク着用しないように推奨している
面会制限(感染症が流行していない時期)	1.すべて制限している 2.人数や方法に制限がある 3.全く制限していない

<ご協力ありがとうございました>

2026 年 4 月 10 日(金)までに FAX:03-3432-4177 またはメール:research@roken.or.jp でご返信ください。

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