

新型コロナウイルス感染症に関する病院・施設の影響調査 設問一覧

※回答は入力フォームよりお願いいたします。

<https://forms.gle/SMNWXDYDLMf9ByzQu9>

貴法人名 ()

貴病院・施設名 ()

ご回答者名 ()

ご回答者役職 ()

※理事長、院長、事務長、経営企画担当部署等の方にてご回答をお願いいたします。

1.基本情報（令和2年4月1日時点）

1)許可病床数 () 床 (うち一般) 床、療養) 床、その他) 床
(その他の病床名を記載ください：)

2)主な病院機能 (急性期・回復期・地域包括ケア病棟・慢性期)

3)介護施設概要 (老健、特養、その他)

4)介護サービス名 (訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション・居宅介護支援事業所・その他)

5)新型コロナウイルス感染者受入実績 (あり・なし)

6)新型コロナウイルスによる病棟、施設 閉鎖 (あり・なし)

【2～3.は病院運営についてお尋ねします。

介護施設・サービス事業所を運営の際は4.よりお答えください。5.は共通してご回答ください。】

2.新型コロナウイルス感染症関連の該当項目 (いずれかに○をつけてください)

①感染症指定医療機関 (該当・非該当)

②新型インフルエンザ患者入院医療機関の中の協力医療機関 (該当・非該当)

③通知に基づき新型コロナウイルス感染症者を受け入れる病床を確保した医療機関
(該当・非該当)

④帰国者・接触者外来 (該当・非該当)

- ⑤新型コロナウイルス感染症患者（疑いを含む）の受入医療機関又は自宅療養中の当該患者に対応している医療機関 (該当・非該当)
- ⑥発熱外来 (該当・非該当)

3. 病院運営・経営、リハビリテーション提供、地域医療連携等への影響について

1)面会制限について（いずれかに○をつけてください）

面会可・一部制限により面会可・全面禁止

面会不可の場合、WEB システム等での面会など工夫されていれば記載ください
()

2)院外の方との面談・カンファレンス等について（いずれかに○をつけてください）

通常通り・一部制限により実施・遠隔により実施

WEB システム等での面談など工夫されていれば記載ください
()

3)稼働率

昨年と今年の3・4月の前年同月比についてご記載下さい。

3月	4月
%	%

※新型コロナウイルス感染の影響があった（あり・一部あり・なし）

4)リハビリテーション提供単位数

昨年と今年の3・4月の前年同月比についてご記載下さい。

3月	4月
%	%

5)居宅訪問等の実施への影響について（影響あり・影響なし）

6)地域医療連携について

入院紹介について、昨年と今年の前年同月比についてご記載下さい。

3月	4月
%	%

7)急性期の影響について（同一法人の急性期、連携先の急性期）

新型コロナウイルス感染者受入れ等による影響の有無

(該当があれば○をお付けください・複数回答可)

・急性期病院内において感染者が発生し受入れに影響があった ()

- ・特定警戒都道府県をまたぐ退院等で受入れに影響があった ()
 - ・不急の手術の延期等で受入れに影響があった ()
 - ・その他 ()
- その他の内容 ()

8)退院先の受入れへの影響

受け入れ拒否等、影響の有無について (影響あり・影響なし)
 影響ありの場合、その内容
 ()

9)施設基準への影響について (影響があれば入院基本料名称と影響があった要件について記載ください) 要件：実績指数、看護必要度、入院期間上限日数、在宅復帰率等

入院基本料	要件
()	()
()	()
()	()

10)収益への影響について (医業収益、医業外収益)

昨年と今年の3・4月の前年同月比についてご記載下さい。

	3月	4月
医業収益	%	%
医業外収益	%	%

4.介護施設・介護サービス等への影響について

【介護施設を運営している際はご回答ください】

1)介護施設の新型コロナウイルス感染症関連の影響について

(該当するものに○をつけてください)

通常通り運営している・受入れについて制限をかけている・退所時期に影響が出ている

2)介護施設の面会制限について (いずれかに○をつけてください)

面会可・一部制限により面会可・全面禁止

面会不可の場合、WEBシステム等での面会など工夫されていれば記載ください

()

3)介護施設の家族面談について (該当するものに○をつけてください)

通常通り・一部制限により実施・遠隔により実施

WEBシステム等での面談など工夫されていれば記載ください

()

4)地域ケア会議等の実施への影響について（いずれかに○をつけてください）

会議実施への影響について（影響あり・影響なし）

WEB 会議等の工夫があれば記載ください

（ ）

【介護サービスを提供している際にご回答ください】

1)訪問リハビリテーションにおける延べ訪問件数の前年同月比についてご記載下さい。

3月	4月
%	%

2)通所リハビリテーションにおける延べ利用者数の前年同月比についてご記載下さい。

3月	4月
%	%

3)訪問看護における延べ訪問件数の前年同月比についてご記載下さい。

3月	4月
%	%

4)地域ケア会議等の実施への影響について（いずれかに○をつけてください）

会議実施への影響について（影響あり・影響なし）

WEB 会議等の工夫があれば記載ください

（ ）

5.その他、自由記載