

退院基準を満たす要介護高齢者の受入れ協力施設調査

各地域においては、新型コロナウイルス感染症（オミクロン株）の陽性者が急激に増加し、陽性者の入院先となる医療機関の病床が逼迫している状況があります。老健施設が退院基準を満たす要介護高齢者を受入れることで病床の確保につながり、引いては老健施設で新型コロナウイルス感染症が発症した場合の入院先を担保することにつながると考えております。

本調査は、退院基準を満たす要介護高齢者の協力状況や都道府県を通じて新型コロナウイルス患者受入れ医療機関への情報提供に同意いただけるかどうかの調査をお願いするものです。

「退院基準を満たす要介護高齢者の受入れ協力施設」として施設名が公表されても、受入れを断られない訳ではなく、受入れはあくまでも個別の事例ごとに判断していただく事が前提です。

本調査の趣旨をご賢察のうえ、下記のアンケート調査にご協力賜りますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

【回答期間】

令和4年2月17日（木）～令和4年2月28日（月）

【本件問合せ先】

公益社団法人全国老人保健施設協会 総務部

*必須

都道府県名 *

選択

施設名 *

回答を入力

施設電話番号 *

回答を入力



回答者の役職等 *

- 理事長・施設長
- 医師
- 事務長及び事務職員
- 看護職・リハビリ専門職・介護職
- その他

上記の「回答者の役職等」で「その他」と回答した方は、内容を記入してください。

回答を入力

回答者名

回答を入力

Q 1. 貴施設におかれましては、退院基準を満たす要介護高齢者の受入れにご協力を頂けますでしょうか。 *

- 協力できる
- 協力できない

次へ

[フォームをクリア](#)

Google フォームでパスワードを送信しないでください。

このコンテンツは Google が作成または承認したものではありません。 [不正行為の報告](#) - [利用規約](#) - [プライバシーポリシー](#)

Google フォーム



退院基準を満たす要介護高齢者の受入れ協力施設調査

*必須

Q1.で「協力できる」と回答した方にお伺いします

Q2. 都道府県を通じて、新型コロナウイルス感染症の患者を受け入れている医療機関に施設名を公表することに同意しますか。 *

- 同意する
- 同意しない

戻る

次へ

フォームをクリア

Google フォームでパスワードを送信しないでください。

このコンテンツは Google が作成または承認したものではありません。 [不正行為の報告](#) - [利用規約](#) - [プライバシーポリシー](#)

Google フォーム



退院基準を満たす要介護高齢者の受入れ協力施設調査

*必須

※「Q2」は「Q1」で「協力できる」と回答した方にお伺いしています。

Q3.医療機関から新型コロナウイルス感染症の退院基準を満たした患者について、老健施設等で受け入れた場合に算定ができる特例的な報酬上の評価（※）をこれまでに算定したことがありますか。*

※令和3年2月16日～令和3年3月31日は、退所前連携加算として1日500単位×30日を限度として算定。令和3年4月1日以降の入所の場合は、入所から15日間は入退所前連携加算(Ⅰ)(600単位)、入所16日から30日までは入退所前連携加算(Ⅱ)(400単位)を算定。

- 算定したことがある
- 算定したことはない

戻る

次へ

フォームをクリア

Google フォームでパスワードを送信しないでください。

このコンテンツは Google が作成または承認したものではありません。 [不正行為の報告](#) - [利用規約](#) - [プライバシーポリシー](#)

Google フォーム



退院基準を満たす要介護高齢者の受入れ協力施設調査

*必須

Q3.で「算定したことがある」（※）と回答した施設にお伺いします

※令和3年2月16日～令和3年3月31日は、退所前連携加算として1日500単位×30日を限度として算定。令和3年4月1日以降の入所の場合は、入所から15日間は入退所前連携加算(I)(600単位)、入所16日から30日までは入退所前連携加算(II)(400単位)を算定。

Q4.これまでに算定した実人数をご回答ください*

例) 1月に2人、2月に3人算定した場合は、5人と記載

回答を入力

戻る

次へ

フォームをクリア

Google フォームでパスワードを送信しないでください。

このコンテンツは Google が作成または承認したものではありません。 [不正行為の報告](#) - [利用規約](#) - [プライバシーポリシー](#)

Google フォーム



退院基準を満たす要介護高齢者の受入れ協力施設調査

*必須

※「Q4」は「Q3」で「算定したことがある」と回答した方にお伺いしています。

Q5.医療機関から新型コロナウイルス感染症の退院基準を満たした要介護高齢者について、令和4年1月1日～調査回答時点において貴施設で受け入れた実人数をご回答ください。*

例) 1月に2人、2月に3人を受け入れた場合は、5人と記載

回答を入力

ご協力頂き、ありがとうございました。最後に画面下の【送信】をクリックしてください。

戻る

送信

フォームをクリア

Google フォームでパスワードを送信しないでください。

このコンテンツは Google が作成または承認したものではありません。 [不正行為の報告](#) - [利用規約](#) - [プライバシーポリシー](#)

Google フォーム

