

病院プラン作成に関する質問と府の回答（一覧）

No.	項目		質問	回答
	様式	項目番号		
1	様式1	プラン回答者連絡先等「（病院）区分」	当院は公的病院であると認識しているが、自動で表示される病院「区分」が、「民間等」となっているが、どのように対応すればよいか。	自動入力の設定が正確に反映されておらず、ご迷惑をおかけして申し訳ありません。当該箇所については、提出いただいた後、大阪府で再度確認の上、必要に応じて修正させていただきます。
2	様式2	3－（3）	病棟数が30を超えるため、記入欄が足りない場合、どのように対応したらよいか。	病棟が30を超える場合は、専用の作成様式を提供しますので、大阪府保健医療企画課計画推進グループまで連絡ください。
3	様式3	4	「地域包括ケア入院医療管理料」等、病室単位の特定入院料を算定している場合、新規入棟患者数・在棟患者延べ数・退棟患者数をどのように計上すればよいか。	病床機能報告と同じく、病室単位で算定する特定入院料を別病棟として報告する場合は、別病棟として扱い患者数を算定ください。別病棟して報告しない場合は、病室単位の入院料による患者数を別病棟扱いとして算定する必要はありません。
4	様式4	5	「病棟毎の診療実績」の各項目は、必ず入力しないといけないのか。	「特定機能病院7対1入院基本料」、「専門病院7対1入院基本料」、「小児入院医療管理料」、「急性期一般入院料1～3」を算定している病棟については、当該項目の入力内容により、「高度急性期」か「急性期」かを判別しますので、必ず入力ください。また、「救急医療管理加算1及び2（算定回数）」、「手術総数（算定回数）」、「呼吸心拍監視〔3時間を超え7日以内の場合〕（算定回数）」、「化学療法（算定日数）」のすべての項目について、入力をお願いします。一つでも未入力となった場合は、病床機能が正しく表示されないため、入力漏れがないよう、お願いします。
5	様式4	5	「手術総数（算定回数）」には診療報酬点数表のどの項目を算定したものを入力するのか。	一般病床・療養病床における手術の実施状況について、診療報酬点数表「第10部 手術」あるいは歯科診療報酬点数表「第9部 手術」の診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト算定回数の総数を入力ください。ただし、診療報酬点数表「第10部手術」の「K920輸血」、「K920-2輸血管理料」、歯科診療報酬点数表「第9部手術」の「J200輸血」、「J200-2輸血管理料」は除きます。また、一般病床・療養病床以外の病床における手術、入院外における手術についても、含めないでください。
6	様式4	5	「化学療法（算定日数）」には診療報酬点数表のどの項目を算定したものを入力するのか。	一般病床・療養病床における薬効分類における「42腫瘍用薬」の内服薬あるいは注射薬を用いて化学療法を実施しているレセプト算定日数を入力ください。内服薬については、1回の処方について算定日数1日として計上してください。また、同日に一人の患者に複数の腫瘍用薬が用いられている場合、内服薬の処方と注射薬が同日である場合であっても、レセプト算定日数は1日として計上してください。
7	様式5	6－（3）	2023年中に病床機能を変更したいと考えているが、設定されているブルダウンには2023年がない。どのように回答すればよいか。	6－（3）は空白とし、6－（4）の自由記載欄に変更内容の概要と変更予定年月を記入してください。
8	様式5・6	入院料基本料・特定入院料	記入例に、病室単位で算定している特定入院料（地域包括ケア入院医療管理料等）は、入力できないとされているが、病床機能報告において、当該入院料を別病棟して報告している場合は、どのように対応すればよいか。	病床機能報告の報告に準じて回答ください。病床機能報告において、病室単位で算定している入院料を別病棟として報告している場合は、病院プランにおいても、別病棟して回答してください（病室単位の特定入院料を別病棟として報告していない場合は、別病棟して回答いただく必要はありません）。
9	様式5・6	入院料基本料・特定入院料	コロナ対応により、1病棟（1つの入院基本料・特定入院料を算定）を分割し、それぞれ別病棟として入院基本料・特定入院料を届け出ている場合は、どのように回答すればよいか。	病床機能報告の報告に準じて回答ください。コロナ対応により、1病棟（1つの入院基本料・特定入院料を算定）を分割し、それぞれ別病棟として入院基本料・特定入院料を届け出ている場合は、それぞれの病棟について回答ください。入院料基本料・特定入院料を分けて算定していない場合は、1病棟として回答ください。
10	様式5・6	病床機能の選択	「特定機能病院7対1入院基本料」、「専門病院7対1入院基本料」、「小児入院医療管理料」、「急性期一般入院料1～3」における「高度急性期」の報告基準において、医師の配置基準、看護師の配置基準は満たしていないが、診療実績の基準はいずれの項目も満たしている。その場合においても、「高度急性期」と報告してはダメなのか。	当該入院料を「高度急性期」として報告いただく場合は、診療実績の基準だけでなく「看護師の配置基準」等の人員配置の基準を満たしていただく必要があります。病床転換の議論を客観的な指標に基づき行うため、基準に基づく報告をお願いします。
11	様式5・6	病床機能の選択	2025年に向け検討している病床機能について、病床機能を選択する際には、何か基準はあるのか。	2025年に向け検討している病床機能の選択については、現状の病床機能の報告基準を参考に選択ください。現状から2025年に向け病床機能を変更する場合は、将来的には、変更を検討している病床機能の報告基準を満たすことが必要となります。将来的に報告基準を満たすことの説明（看護師を〇〇人配置することにより基準を満たす等）について、様式5の6－（4）または様式6の6－（6）の自由記載欄に記入してください。
12	様式6	6－（2）	2023年中に再編統合を予定しているが、設定されているブルダウンには2023年がない。どのように回答すればよいか。	6－（2）は空白とし、6－（6）の自由記載欄に変更内容の概要と変更予定年月を記入してください。