

令和4年度山梨県在宅医療アドバイザー事業 在宅医療スタートアップ・運用強化サポートプログラム

(委託元：山梨県庁医務課 医療企画担当)

- 山梨県では、在宅医療の推進に係る取り組みを進めています。
- 本年度は「在宅医療スタートアップ・運用強化サポートプログラム」を、昨年度の「在宅医療スタートアップ座学研修会」に引き続き、(株)メディヴァが委託を受けて実施します。
- 本事業は県内の医療機関様を対象に在宅医療の導入・開始や機能強化に向けて必要となる計画・ご準備を、経験豊富なコンサルタントが無料で支援いたします。



県内の病院様・診療所様 限定！



- 県内の医療機関様限定の事業です。
- 現時点での在宅医療のお取組状況に関わらずお申込みいただけます！
- 在宅医療を新たに始めたい医療機関様には、在宅医療を始めるための準備のご支援や、在宅医療に関する疑問にお答えします。
- 既に在宅医療を実施している医療機関様には、運用の強化や中期的な計画の検討等にもご対応できます。

費用はかかりません！



- 県の事業なので、ご参加いただく医療機関様には、本支援にかかる費用のご負担はありません。
- 物品等の購入や、本支援とは別のサービスの導入に要する費用は、事業の対象外となります。

ご希望の内容に沿って 内容をカスタマイズできます



- 在宅医療を実施する上での様々な内容に対応いたします。(具体例は裏面をご参照ください)
- 在宅医療に関する業務の運用設計、必要物品のリストアップ、行政届出、診療報酬算定等の業務に関する内容から、市場調査や収支シミュレーション、営業活動に関するご支援等の経営的観点の内容まで、幅広く対応します。
- 担当者がご訪問またはWEB会議でご支援します。
- 全4回～7回程度のコンサルティング支援を実施します。(回数はテーマ等により変動)

お申込：12/28(水)まで 実施：1月～3月



- お申込方法は①下記の二次元バーコードから、②メールの2通りあります。詳細は裏面をご参照ください。
- お申込みいただきましたら、県での審査実施後、随時ご連絡を差し上げます。お申込み多数の場合、今期お受けできない場合もございますので予めご了承いただければと存じます。



【お申込み方法】※詳細は裏面を参照ください
①左記の二次元バーコードよりアクセス
②メール (裏面をご確認ください)

令和4年度山梨県在宅医療アドバイザー事業 在宅医療スタートアップ・運用強化サポートプログラム

(委託元：山梨県庁医務課 医療企画担当)

▶ ご支援例

(例1) 診療所

＜お申込の背景＞

- ・ 内科一般の診療
- ・ 患者さんが高齢になってきて通院できなくなる方が増えてきている
- ・ 通院ができなくなった患者さんに訪問診療で対応を継続したいが、業務負担が増えることが心配
- ・ 施設基準の届出や算定できる診療報酬が分からず、教えてほしい

1. 訪問診療を実施する診療枠の検討と収支シミュレーション

- ・ 既存の業務とバランスを見ながら、無理なく訪問診療を実施する診療枠の設定について検討を行います。
- ・ 想定される患者数、売上見込み、支出のシミュレーションを行います。



2. 届出をする施設基準とそのために必要な準備の検討

- ・ 夜間帯等の対応可否に応じた施設基準を検討します。
- ・ 届出に必要な書類等の作成を支援します。



3. 日々の診療業務や算定に必要な情報の提供

- ・ 必要な物品例や業務手順等を一緒に作成します。
- ・ 診療報酬の算定の要点を説明します。



(例2) 病院

＜お申込の背景＞

- ・ 200床未満の病院
- ・ 地域包括ケア病床（入院料2）を届出
- ・ 訪問診療の開始等によって地域包括ケア病床の入院料を1に上げたい
- ・ 訪問診療を行うことで、退院後も継続的に診療を必要とする患者さんに対応できるようにしたい

1. 訪問診療を開始する場合の収支シミュレーション

- ・ 訪問診療に関する収入や、施設基準を変更することによる病棟収入の変化についてシミュレーションを行います。



2. 対象となる患者さんの流れの構築と営業支援

- ・ 外来・病棟患者さんのうち在宅医療に移行する患者像を検討し、在宅医療に繋げる流れの構築を支援します。
- ・ 地域から患者さんの紹介を受けるための営業施策の検討を支援します。



3. 院内理解・院内連携の促進

- ・ 部署横断のカンファレンス等、院内連携の推進施策を提案します。
- ・ 在宅医療の概要に関する院内勉強会を行います。



▶ お申込方法（下記①～②いずれかの方法でお申込みください）

①右記の二次元バーコードのページからのお申込み

②メールでのお申込み（yamanashi-zaitaku@mediva.co.jp）

＜下記の6点をご記載ください＞

- | | |
|------------|------------------------|
| 1) 医療機関様名称 | 4) ご連絡先（お電話番号・メールアドレス） |
| 2) ご担当者様氏名 | 5) 現在の在宅医療のご実施状況 |
| 3) 役職・所属部署 | 6) お申込みの目的・ご要望 |

