

報告先 静岡県福祉長寿政策課 地域包括ケア推進班行  
 FAX 054-207-8622  
 E-mail houkatsu@pref.shizuoka.lg.jp

**記入例**

在宅医療提供施設整備事業に係る事業計画書(令和5年度執行分)  
 (訪問診療実施診療所)

施設	静岡内科医院
担当者	静岡 太郎
連絡先	054-1234-5678
メールアドレス	xxxx@xxx.ne.jp

1 訪問診療の実施状況

・現時点における訪問診療の実施 ( **有** ・ 無 )

→ 訪問診療を実施している場合は、1ヶ月あたりの訪問診療実施件数 90 件

2 設備整備 ⇒ 事業内容がわかる資料及び事業費積算資料(見積書等)を添付してください。

単位:千円

事業内容	事業費	補助対象経費	補助基準額	補助率	補助所要額	自己負担額
超音波診断装置の購入	875	875	3,000	1/2	437	438

※補助所要額は、補助対象経費と補助基準額とを比較して少ない方の額の1/2(千円未満の端数切捨)。

3 事業内容 ⇒ 現在の訪問診療の状況及び設備整備後の訪問診療実施予定について記載してください。

現在、当院では、1日3件程度の訪問診療を行っているが、超音波画像診断装置が無いため、腹痛や発熱などの原因特定が困難なことが多く、原因特定のために大きな病院を紹介せざるを得ないケースがあります。

超音波画像診断装置を導入することにより、腹痛や発熱の原因特定や胸水・腹水などの治療で、診断の精度が上がり、在宅での処置がより安全に実施できるようになることで、不要な病院紹介を減らし、患者や家族の訪問診療への信頼性を高め、在宅療養の継続につなげることが可能になります。

報告先 静岡県福祉長寿政策課 地域包括ケア推進班行先  
FAX 054-207-8622  
E-mail houkatsu@pref.shizuoka.lg.jp

記入例

在宅医療提供施設整備事業に係る事業計画書(令和5年度執行分)  
(在宅医療実施有床診療所)

施設	医療法人社団静岡会 静岡クリニック
担当者	静岡 太郎
連絡先	054-1234-5678
メールアドレス	xxxx@xxx.ne.jp

## 1 在宅医療の実施状況

※令和5年4月1日～令和6年3月31日までの状況について記入してください。

区分	実施有無
ア. 患者の病状が急変した場合その他入院が必要な場合に入院させ、必要な医療を提供すること。	○
イ. 病院を退院する患者が居宅等における療養生活に円滑に移行するために必要な医療を提供すること。	○
ウ. 人生の最終段階における医療を提供すること。	

## 2 有床診療所の病床稼働状況

(許可病床数) 15 床 → (本事業実施後予定病床数) 15 床  
(稼働病床数) 10 床 → (本事業実施後予定病床数) 12 床

## 3 施設整備 ⇒ 計画図面(平面図、立面図等)、事業費積算資料(見積書等)などの参考となる資料を添付してください。

単位:千円

整備内容	総事業費	補助対象経費	補助基準額	補助率	補助所要額	自己負担額
入院患者用トイレのバリアフリー化工事	4,500	4,500	4,252.5	1/2	2,126	4,252.5

※補助所要額は、補助対象経費と補助基準額とを比較して少ない方の額の1/2(千円未満の端数切捨)。

## ※補助基準額

170,100円 × 整備する面積(療養環境整備)(ただし、64㎡を限度とする。) = 4,252.5 千円  
170,100円 × 整備する面積(看護職員等勤務環境整備)(ただし、50㎡を限度とする。) = 千円

## 4 設備整備 ⇒ 事業内容がわかる資料及び事業費積算資料(見積書等)を添付してください。

単位:千円

事業内容	事業費	補助対象経費	補助基準額	補助率	補助所要額	自己負担額
汎用超音波画像診断装置の購入	5,775	5,775	11,000	1/2	2,887	2,888

※補助所要額は、補助対象経費と補助基準額とを比較して少ない方の額の1/2(千円未満の端数切捨)。