

様式第2-1-1号 基準確認表【1 がん】

医療機関名	
記入担当者	
メールアドレス	
電話番号	

■専門的ながん治療(基準1)・がん治療(基準2)

【基準1】 がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、特定領域がん診療連携拠点病院、がんゲノム医療中核拠点病院、がんゲノム医療拠点病院、がんゲノム医療連携病院、小児がん連携病院、群馬県がん診療連携推進病院のいずれかの指定を受けていること…別途、手続きが必要

【基準2】 罹患数が多いがん(肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、前立腺がん、乳がん及び子宮がん)のうち1つ以上について、以下のすべての基準に合致し、掲載の同意を得た病院

- ① がん患者の診療について積極的に診療を行っていること
- ② 関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していること
- ④ 手術療法及び化学療法を実施していること
- ④ 厚生労働省の開催指針に準拠した緩和ケア研修の修了者がいることが望ましい

【肺がん】

項目	Q 次の対応が可能な場合は、○をつけてください。	回答欄	備考
①	積極的な診療		
②	診療ガイドラインに則した治療		
③-1	手術療法		
③-2	化学療法		
④	厚生労働省の開催指針に準拠した緩和ケア研修会修了者		研修会の受講人数を記入してください。

【胃がん】

項目	Q 次の対応が可能な場合は、○をつけてください。	回答欄	備考
①	積極的な診療		
②	診療ガイドラインに則した治療		
③-1	手術療法		
③-2	化学療法		
④	厚生労働省の開催指針に準拠した緩和ケア研修会修了者		研修会の受講人数を記入してください。

【肝臓がん】

項目	Q 次の対応が可能な場合は、○をつけてください。	回答欄	備考
①	積極的な診療		
②	診療ガイドラインに則した治療		
③-1	手術療法		
③-2	化学療法		
④	厚生労働省の開催指針に準拠した緩和ケア研修会修了者		研修会の受講人数を記入してください。

【大腸がん】

項目	Q 次の対応が可能な場合は、○をつけてください。	回答欄	備考
①	積極的な診療		
②	診療ガイドラインに則した治療		
③-1	手術療法		
③-2	化学療法		
④	厚生労働省の開催指針に準拠した緩和ケア研修会修了者		研修会の受講人数を記入してください。

【前立腺がん】

項目	Q 次の対応が可能な場合は、○をつけてください。	回答欄	備考
①	積極的な診療		
②	診療ガイドラインに則した治療		
③-1	手術療法		
③-2	化学療法		
④	厚生労働省の開催指針に準拠した緩和ケア研修会修了者		研修会の受講人数を記入してください。

【乳がん】

項目	Q 次の対応が可能な場合は、○をつけてください。	回答欄	備考
①	積極的な診療		
②	診療ガイドラインに則した治療		
③-1	手術療法		
③-2	化学療法		
④	厚生労働省の開催指針に準拠した緩和ケア研修会修了者		研修会の受講人数を記入してください。

【子宮がん】

項目	Q 次の対応が可能な場合は、○をつけてください。	回答欄	備考
①	積極的な診療		
②	診療ガイドラインに則した治療		
③-1	手術療法		
③-2	化学療法		
④	厚生労働省の開催指針に準拠した緩和ケア研修会修了者		研修会の受講人数を記入してください。

■在宅療養支援(基準3)

【基準3】以下のすべての基準に合致し、掲載の同意を得た医療機関

- ① 24時間対応が可能な在宅医療を提供していること
- ② がん疼痛等に対する緩和ケア(医療用麻薬の提供含む)が実施可能であること
- ③ 看取りを含めた人生の最終段階におけるケアを24時間体制で提供すること
- ④ がん診療機能を有する医療機関と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携が可能であること(地域連携クリティカルパスを含む)
- ⑤ 厚生労働省の開催指針に準拠した緩和ケア研修の修了者がいることが望ましい

項目	Q 次の対応が可能な場合は、○をつけてください。	回答欄	備考
①	がん患者の外来診療等で、24時間体制の在宅医療		
②	がん患者の往診による緩和ケア(医療用麻薬の提供を含む)		
③	がん患者の24時間体制の終末期在宅緩和ケア(看取りを含む)		
④	がん医療の地域連携クリティカルパスの導入		
⑤	厚生労働省の開催指針に準拠した緩和ケア研修会修了者		研修会の受講人数を記入してください。

様式第2-1-2号 基準確認表【2 がん(参考)】

医療機関名	
記入担当者	
メールアドレス	
電話番号	

■在宅療養支援(基準4)【歯科診療所】

【基準4】以下のすべての基準に合致し、掲載の同意を得た歯科診療所

- ① 患者宅等へ訪問診療を実施している、又は実施できること
- ② 入院中のがん患者に対する専門的な口腔ケアを実施している、又は実施できること
- ③ 全国共通がん医科歯科連携講習会の修了者がいること

Q 次の対応が可能であるか記入してください。	回答欄	備考
① 訪問診療(患者宅等)		実施している場合は「①」、実施していないが実施できる場合は「②」と記入してください。
② 病院の入院患者に対するがんの専門的な口腔ケア		実施している場合は「①」、実施していないが実施できる場合は「②」と記入してください。
③ 「全国共通がん医科歯科連携講習会」修了者		修了している場合は「①」、修了していないが受講予定である場合は「②」と記入してください。

■在宅療養支援(基準5)【薬局】

【基準5】以下のすべての基準に合致し、掲載の同意を得た薬局

- ① 在宅患者向けの医療用麻薬調剤を実施している、又は実施できること
- ② 在宅患者宅を訪問し、薬剤管理、指導を実施していること
- ③ 休日や時間外(24時間、365日)の対応を実施していること

Q 次の対応が可能な場合は、○をつけてください。	回答欄	備考
① 在宅療養者向けの麻薬調剤		
② 在宅患者訪問薬剤管理指導薬局の届出状況		届出薬局である場合は、○をつけてください
③-1 休日・時間外(24時間、365日)の調剤		
③-2 休日・夜間において在宅療養者への対応		

■在宅療養支援(基準6)【訪問看護事業所】

【基準6】以下のすべての基準に合致し、掲載の同意を得た訪問看護事業所

- ① 24時間対応が可能な在宅医療を提供していること
- ② がん疼痛等に対する緩和ケア(医療用麻薬の利用を伴うものに限る)が実施可能であること
- ③ 看取りを含めた人生の最終段階におけるケアを24時間体制で提供すること

Q 次の対応について、下記の回答区分の該当する番号を記入してください。		回答欄	備考
①-1	日常の在宅医療の実施(成人)		
①-2	〃 (小児)		

[回答区分]

- 1 営業日の営業時間帯のみ訪問している
- 2 1に加え、休日の日中のみ訪問を行っている
- 3 2に加え、早朝・夜間(深夜を除く)の訪問を行っている
- 4 3に加え、深夜の訪問も行っている

(注:4の場合に該当)

Q 次の対応について、下記の回答区分の該当する番号を記入してください。		回答欄	備考
②-1	疼痛(医療用麻薬の利用を伴うものに限る)の管理(成人)		
②-2	〃 (小児)		

[回答区分]

- 1 当該患者に対する管理・指導を行っている
- 2 行っていないが、必要なときには実施可能である
- 3 連携する他の訪問看護事業所を紹介する
- 4 対応していない

(注:1又は2の場合に該当)

Q 次の対応について、下記の回答区分の該当する番号を記入してください。		回答欄	備考
③-1	在宅療養者の看取りに対応する時間(成人)		
③-2	〃 (小児)		

[回答区分]

- ① 平日の営業時間帯のみ看取りを行っている
- ② すべての日で日中に対応している
- ③ 営業日は24時間対応している
- ④ すべての日で24時間対応している
- ⑤ 看取りは他の訪問看護事業所へ依頼している
- ⑥ 看取りへの対応を行っていない

(注:4の場合に該当)

様式第2-2号 基準確認表【2 脳卒中】

医療機関名	
記入担当者	
メールアドレス	
電話番号	

■脳卒中の急性期関連(基準1)

【基準1-①】 脳卒中の急性期患者に対して診療及びリハビリテーションを実施できること

Q 急性期の診療及びリハビリテーションを実施できますか。可能な場合は、○を記入してください。		回答欄	備考
①	急性期の診療		急性期患者に対してガイドラインに則した専門的な治療ができる等
②	急性期のリハビリテーション		廃用症候群の予防等急性期患者へのリハビリテーション

【基準1-②】 脳神経外科医師、神経内科医師など必要なスタッフが十分揃っていること

Q 脳卒中の急性期患者に対応できる常勤の医師数を記入してください。		回答欄	(参考)左のうち24時間又はオンコールで対応可能な医師数を記入してください。
①	脳神経外科医(常勤)		
②	神経内科医(常勤)		
③	内科医(常勤)		
④	その他		

【基準1-③】 CT及びMRIが設置され、必要に応じて稼働できること

Q 次の医療機器が設置され、必要に応じて稼働できますか。できる場合は、○を記入してください。		回答欄	備考
①	CT		
②	MRI		

【基準1-④】 脳内血腫摘出術、脳動脈瘤被包術、脳動脈瘤クリッピング術や開頭手術などの脳神経外科的治療、又は「経静脈t-PA投与術」、「急性期脳血管内治療」に対応できること

上段:対応可否、下段:症例数(件数)

Q 次の対応が可能な場合は、上段に○を記入し、下段に直近1年間※1の症例数を記入してください。		回答欄	備考
①	脳内血腫摘出術		
②	脳動脈瘤被包術、脳動脈瘤クリッピング		
③	開頭手術		
④	経静脈t-PA投与術		
⑤	急性期脳血管内治療		

※1 直近1年間は1月1日～12月31日又は4月1日～3月31日のどちらの期間であるのかを備考欄に記入してください。

■脳卒中の回復期関連(基準2)

【基準2-①】 脳卒中の回復期患者に対する診療及びリハビリテーションに対応できること

Q 回復期の診療及びリハビリテーションを実施できますか。可能な場合は、○を記入してください。		回答欄	備考
①	回復期の診療		
②	回復期のリハビリテーション		

【基準2-②】 内科医師、神経内科医師、リハビリテーション医師、理学療法士、作業療法士など、必要なスタッフが揃っていること

Q 次の医療従事者数を記入してください。		回答欄	備考
①	内科医師(常勤)		
②	〃 (非常勤)		
③	神経内科医師(常勤)		
④	〃 (非常勤)		
⑤	リハビリテーション医師(常勤)		
⑥	〃 (非常勤)		
⑦	理学療法士(常勤)		
⑧	〃 (非常勤)		
⑨	作業療法士(常勤)		
⑩	〃 (非常勤)		

【基準2-③】 脳血管疾患等リハビリテーション料の届出医療機関であること

Q 関東信越厚生局群馬事務所に届出を行っていますか。届出済みの場合は、○を記入してください。		回答欄	備考
①	脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰ		
②	脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅱ		
③	脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅲ		
④	回復期リハビリテーション病棟入院料1		
⑤	回復期リハビリテーション病棟入院料2		
⑥	回復期リハビリテーション病棟入院料3		

様式第2-3号 基準確認表【3 心筋梗塞等の心血管疾患】

医療機関名	
記入担当者	
メールアドレス	
電話番号	

■心筋梗塞等の心血管疾患の急性期関連(基準1)

【基準1-①】 心筋梗塞等の心血管疾患の急性期患者に対して専門的な診療及びリハビリテーションに対応できること

Q 急性期の診療及びリハビリテーションに対応できますか。可能な場合は、○を記入してください。	回答欄	備考
① 急性期の診療		急性期患者に対してガイドラインに則した専門的な治療ができる等
② 急性期のリハビリテーション		運動療法及び多要素リハビリテーション

【基準1-②】 常勤の内科医師、循環器科医師など必要なスタッフが十分に揃っていること

Q 心筋梗塞等の心血管疾患の急性期患者に対応できる常勤の医師数を記入してください。	回答欄	備考(左のうち24時間又はオンコールで対応可能な医師数を記入してください。)
① 内科系医師(常勤)		
② 外科系医師(常勤)		
③ その他		

【基準1-③】 急性心筋梗塞等に対する経皮的治療に対応できること

上段: 対応可否、下段: 症例数(件数)

Q 次の対応が可能な場合は、上段に○を記入し、下段に直近1年間の症例数を記入してください。	回答欄	備考(左のうち24時間対応可能な場合は、「24時間可」と記入してください。)
① 急性心筋梗塞等に対する経皮的治療		
参考 急性心筋梗塞等に対する緊急バイパス手術		
参考 急性心筋梗塞等に対する緊急冠動脈造影検査		
参考 急性大動脈解離に対する人工血管置換術		
参考 急性大動脈解離に対するステントグラフト内挿術		
参考 大動脈溜破裂(胸部)に対する人工血管置換術		
参考 大動脈溜破裂(胸部)に対するステントグラフト内挿術		

参考	大動脈溜破裂(腹部)に対する人工血管置換術		
参考	大動脈溜破裂(腹部)に対するステントグラフト内挿術		
参考	心不全に対する陽圧換気療法		
参考	心不全に対するIABP(大動脈内バルーンパンピング)		

※直近1年間で1月1日～12月31日又は4月1日～3月31日のどちらの期間であるのかを備考欄に記入してください。

【基準1-④】シネアンギオ装置が設置され、必要に応じて稼働できること

Q 次の医療機器が設置され、必要に応じて稼働できますか。できる場合には○を記入してください。	回答欄	備考(左のうち24時間対応可能な場合は、「24時間可」と記入してください。)
① シネアンギオ装置		

■心筋梗塞等の心血管疾患の回復期関連(基準2)

【基準2-①】心筋梗塞等の心血管疾患の回復期患者に対して診療及びリハビリテーションに対応できること

Q 回復期の診療及びリハビリテーションに対応できますか。可能な場合は、○を記入してください。	回答欄	備考
① 回復期の診療		
② 回復期のリハビリテーション		

【基準2-②】内科医師(循環器科医師を含む)がいること

Q 次の医療従事者数を記入してください。	回答欄	備考
① 内科系医師(常勤)		
② " (非常勤)		
③ 外科系医師(常勤)		
④ " (非常勤)		
⑤ 心臓リハビリテーションの経験を有する専従の理学療法士(常勤)		
⑥ " (非常勤)		
⑦ 心臓リハビリテーションの経験を有する専従の作業療法士(常勤)		
⑧ " (非常勤)		
⑨ 心臓リハビリテーションの経験を有する専従の看護師(常勤)		
⑩ " (非常勤)		

【参考】診療報酬上の施設基準

Q 関東信越厚生局群馬事務所に届出を行っていますか。届出済みの場合は、○を記入してください。	回答欄	備考
① 心大血管リハビリテーション料(I)		
② 心大血管リハビリテーション料(II)		

様式第2-4号 基準確認表【4 糖尿病】

医療機関名	
記入担当者	
メールアドレス	
電話番号	

■糖尿病の初期・安定期治療(基準1)

以下のすべての項目(①～⑥)に合致し、掲載の同意を得た医療機関

Q 糖尿病の評価や治療について、次の治療を実施又は対応できますか。可能な場合は、○を記入してください。		回答欄	備考
①	75gOGTTの実施及び評価ができますか		
①	HbA1cの実施及び評価ができますか		
②	食事療法、運動療法及び薬物療法等の血糖コントロールが実施できますか		
③	低血糖時及びシックデイ時の対応ができますか		
④	インスリン・GLP-1アナログ製剤の新規導入ができますか		
⑤	インスリン・GLP-1アナログ製剤による治療が実施できますか		

■糖尿病の専門治療(基準2)

以下のすべての項目(①～③)に合致し、掲載の同意を得た医療機関

Q 糖尿病の専門的な治療を実施できますか。可能な場合は、○を記入してください。		回答欄	備考
①	専任スタッフを配置し、糖尿病専門外来を実施していますか		
②	プログラムに従った糖尿病教育入院を実施していますか ※		※実施している場合には、プログラムの写しを1部メール又はFAX等でお送りください。
③	地域において、糖尿病に関する病診連携を積極的に実施していますか		
参考	定期的に糖尿病教室を実施していますか		年間の糖尿病教室開催回数: 回

■糖尿病の重症急性増悪時治療(基準3)

基準2に該当する医療機関のうち、以下のすべての項目(①~④)に合致し、掲載の同意を得た医療機関

Q 糖尿病の専門的な治療を実施できますか。可能な場合は○又は回数を記入してください。		回答欄	備考
①	糖尿病合併症患者の受け入れが可能ですか		
②	常時、糖尿病代謝失調(ケトアシドーシス、高血糖高浸透圧症候群、重症低血糖)に対応できますか		

Q 糖尿病の専門的な治療を実施できますか。可能な場合は○又は回数を記入してください。		回答欄	備考
③	直近1年間に、糖尿病患者の救急搬送を何回受け入れましたか		
④	③の救急搬送のうち、夜間の受け入れは何回ありましたか		

■糖尿病の慢性合併症治療 糖尿病網膜症(基準4)

以下のいずれかの項目(①~②)に合致し、掲載の同意を得た医療機関

Q 糖尿病性網膜症について、次の治療を実施できますか。可能な場合は、○を記入してください。		回答欄	備考
①	糖尿病網膜症のレーザー治療を実施していますか		
②	糖尿病網膜症の硝子体手術を実施していますか		

■糖尿病の慢性合併症治療 糖尿病性腎症(基準5)

以下のすべての項目(①~③)に合致し、掲載の同意を得た医療機関

Q 糖尿病性腎症について、次の治療を実施できますか。可能な場合は、○を記入してください。		回答欄	備考
①	糖尿病及び慢性腎不全における食事指導を実施していますか		
②	腎性貧血、水・電解質の管理、適切な降圧療法等、腎不全患者の治療を実施できますか		
③	腎不全の治療のための血液透析の導入を実施できますか		

■他疾患治療中の血糖管理(基準6)

以下のすべての項目(①~④)に合致し、掲載の同意を得た医療機関

Q 糖尿病性腎症について、次の治療を実施できますか。可能な場合は、○を記入してください。		回答欄	備考
①	HbA1cの実施及び評価ができますか		
②	75gOGTTの実施及び評価ができること		
③	食事療法、運動療法及び薬物療法等の血糖コントロールが実施できること		
④	地域において糖尿病に関する病診連携に積極的に取り組んでいること		

様式第2-5号 基準確認表【5 精神疾患】

医療機関名	
記入担当者	
メールアドレス	
電話番号	

■精神疾患の治療・回復・社会復帰(基準1)

以下の項目に合致し、掲載の同意を得た医療機関

Q 精神疾患の診療について、可能な場合は○を記入してください。	回答欄	備考
① 患者の状況に応じて、精神科医療(外来診療)を提供を行っていますか		

以下、医療機関一覧に情報を転記

Q 次の診療等を実施している場合は、○を記入してください(日常的に行っているかどうかを基準にご判断ください)。	回答欄	備考
① 精神科入院診療		
② 精神科往診		
③ 精神科在宅患者訪問診療		
④ 精神科訪問看護・指導		
⑤ 精神科デイ・ケア		

Q 次の体制を確保している場合は、○を記入してください。	回答欄	備考
① 連携を日常的にとれる他科の医師がいるか		
② 多職種によるチームによる支援		
③ 他科との連携診療		
④ 障害福祉サービス事業所等との連携		
⑤ 退院支援・地域移行の取組		
⑥ 産業医等を通じた事業者との連携、産業保健総合支援センター、ハローワーク等と患者の就職や復職等に必要な支援		
⑦ 緊急時の対応体制や連携体制		
⑧ 公的な精神保健業務、司法、法務機関等への協力		

Q 次の各疾患について専門的診療を実施している場合は、◎または○を記入してください。		回答欄	備考
①	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害の診療		◎:概ね1か月以内に対応できる ○:1か月以内に対応できないことが多い
②	児童期の精神疾患の診療		
③	思春期の精神疾患の診療		
④	アルコール関連の精神・行動障害(依存など)		
⑤	精神作用物質関連の精神・行動障害の診療		
⑥	成人期の発達障害の診療		
⑦	他の精神疾患に発達障害が合併する場合の診療		
⑧	高次脳機能障害の診療		
⑨	摂食障害の診療		
⑩	てんかんの診療		
⑪	うつ病の診療		

※専門的診療とは、初期診療だけではなく、症状や家族関係・生活歴を踏まえ、高度な精神療法、環境調整、投薬を行うもの。

Q 認知症について、次の診断、治療等を実施している場合は、◎または○を記入してください。		回答欄	備考
①	認知症の診断及び治療の実施		◎:概ね1か月以内に対応できる ○:1か月以内に対応できないことが多い 受け入れる病床がある場合は、○を記入してください。
②	認知症の患者を受け入れる病床(一般病床・療養病床)		
③	認知症の患者を受け入れる病床(精神病床)		

Q 認知症に関して、次の医師、医療従事者がいる場合は、○を記入してください。		回答欄	備考
①	認知症サポート医		
②	かかりつけ医認知症対応力向上研修を修了した医師		
③	各学会の定める専門医		
④	若年齢認知症に対応できる医師		
⑤	認知症認定看護師		

Q 通常の外来とは区別した認知症に特化した外来等を実施している場合は、○を記入してください。		回答欄	備考
①	物忘れ、認知症などを主体とした外来を実施		
②	在宅患者訪問診療などとして実施		
③	精神科訪問看護・指導などとして実施		
④	重度認知症患者デイ・ケアを実施		

Q 認知症の行動・心理症状など(BPSD)のある患者に対して対応できる場合は、◎または○を記入してください。		回答欄	備考
①	外来診療		◎:概ね1か月以内に対応できる ○:1か月以内に対応できないことが多い
②	入院診療		

■精神科救急(基準2)

以下のすべての項目に合致し、掲載の同意を得た医療機関

Q 精神科救急について、対応できる場合は○を記入してください。		回答欄	備考
①	精神科救急患者の受入が可能な施設を有していること		
②	地域の精神科救急医療システムに参画し、地域の医療機関と連携していること(基幹病院、輪番病院、協力病院、身体合併症特例病床)		

■身体合併症対策(基準3)

以下のすべての項目に合致し、掲載の同意を得た医療機関

Q 次の身体疾患を合併した患者の対応について、下記の回答区分の該当する番号を記入してください。		回答欄	備考
①	重篤な内科的疾患の患者		
②	手術を要する外科的疾患の患者や手術又は直達・介護牽引を要する骨折		
③	手術又は直達・介護牽引を要する骨折の患者		
③	透析患者		
④	妊産婦である患者		
⑤	過量服薬の患者		
(身体合併症対策のうち認知症)			
⑥	重篤な内科的疾患の患者		
⑦	手術を要する外科的疾患の患者や手術又は直達・介護牽引を要する骨折の患者		
⑧	手術又は直達・介護牽引を要する骨折の患者		
⑧	透析患者		

[回答区分]

- 1 対応できる
- 2 一部対応できる
- 3 対応できない

■自殺対策(基準4)

以下の項目に合致し、掲載の同意を得た医療機関

Q 次のうつ病について、対応できる場合は○を記入してください。		回答欄	備考
①	うつ病患者のうち自殺念慮がある患者への対応		

様式第2-6号 基準確認表【6 救急医療】

医療機関名	
記入担当者	
メールアドレス	
電話番号	

■ 第二次救急医療機関(基準2)

【基準2-①】 時間外救急診療が可能であり、必要に応じて入院診療を行うこと

【基準2-②】 救急搬送の受け入れが可能であること

Q 時間外救急診療等への対応について、可能であれば○を記入してください。		回答欄	備考
①	時間外救急診療		
②	救急車搬送の受け入れ		

【基準2-③】 以下のいずれかに該当すること

- (1) 病院群輪番制病院
- (2) 救急告示医療機関

Q 該当するものに○を記入してください。		回答欄	備考
①	病院群輪番制病院		
②	救急告示医療機関		※認定されるための手続は別途必要

【基準2-④】 夜間を含めた救急搬送の受け入れを相当数行っていること

Q 直近1年間の各消防本部からの救急搬送の受け入れ患者数を記入してください。		回答欄	備考
①	救急車搬送患者総数		
②	①のうち、時間外の受け入れ患者数		

様式第2-7号 基準確認表【9 へき地医療】

医療機関名	
記入担当者	
メールアドレス	
電話番号	

■へき地の診療を担う医療機関(基準1)

以下のいずれかの項目(①~③)に合致し、掲載の同意を得た医療機関

Q 次の項目のいずれかに該当しますか。該当する場合は、○を記入してください。	回答欄	該当地区(どの無医地区、一人医師地区等に該当するのかを記載してください。)
① へき地診療所		
② 一人医師地区の医療機関		
③ へき地及びその近郊地域を対象とした診療のみを行う医療機関		

※一人医師地区、無医地区の定義、場所などについては、群馬県保健医療計画を参照してください。

■へき地の診療を支援する医療機関(基準2)

以下のいずれかの項目(①~③)に合致し、掲載の同意を得た医療機関

① へき地の診療を担う医療機関からの救急患者及び紹介患者を受け入れている医療機関

[回答区分]			
1 頻繁にある(月に数件以上)	2 しばしばある(半年に数件ほど)		
3 たまにある(年に1~2回以内程度)	4 めったにない(ここ1年間0回)		

Q へき地医療連携体制において、どのような役割を担っているとお考えですか。	回答欄	備考
1 へき地医療を担う医療機関からの救急患者の受け入れ		
2 へき地医療を担う医療機関からの紹介患者		

② へき地の診療を担う医療機関への医師派遣を行う医療機関

[回答区分]			
1 既に実施している	2 実施していないが、要請があれば対応したい		
3 対応できない			

Q へき地医療連携体制において、どのような役割を担っているとお考えですか。	回答欄	備考
1 専門医の派遣(短期・長期を問わず)		
2 総合医の派遣(短期・長期を問わず)		

③ へき地診療の専門的な支援(ヘリコプター搬送等による高度、重傷な患者の受け入れ)を行う医療機関

[回答区分]			
1 既に実施している	2 実施していないが、要請があれば対応したい		
3 対応できない			

Q へき地医療連携体制において、どのような役割を担っているとお考えですか。	回答欄	備考
1 へき地医療機関からのヘリコプター搬送受け入れ		
2 重傷な患者の受け入れ		
3 遠隔画像診断の実施		
4 24時間電話相談の実施		

Q へき地医療連携体制において、どのような役割を担っているとお考えですか。		回答欄	備考
5	へき地への巡回診療		
6	へき地への訪問診療、往診		
7	へき地勤務医師の研修の受け入れ(専門医療など)		
8	放射線技師や臨床検査技師などのコメディカルの派遣		
9	定期的な症例検討会の開催		
10	新興感染症に関する対応(新型コロナ発熱外来等)		

様式第2-8号 基準確認表【10 周産期医療】

医療機関名	
記入担当者	
メールアドレス	
電話番号	

■基準4 分娩取扱医療機関

以下の項目(①)に合致し、掲載の同意を得た医療機関

Q 次の項目に対応できますか。可能な場合は、○を記入してください。		回答欄	備考
①	低リスク分娩(帝王切開術を含む)		

Q 直近1年間における次の件数を記入してください。		回答欄	備考
参考	分娩数		
参考	分娩のうち帝王切開件数		
参考	帝王切開のうち緊急の件数		

※1 直近1年間が1月1日～12月31日又は4月1日～3月31日のどちらの期間であるのかを備考欄に記入してください。

様式第2-9号 基準確認表【11 小児医療】

医療機関名	
記入担当者	
メールアドレス	
電話番号	

■一般小児医療や、軽症患者の入院医療を担う機能【小児地域支援病院】(基準1)

以下のすべての項目(①~②)に合致し、掲載の同意を得た医療機関

Q 次の項目に対応できますか。可能な場合は、○を記入してください。	回答欄	備考
① 常勤又は非常勤の小児科医師が診療を実施している病院		
② 専門的外来医療又は軽症患者の入院医療が実施可能である病院		※入院休止中を含む

■入院を要する救急医療を担う機能【小児地域医療センター(小児二次医療)】(基準2)

以下のすべての項目(①~②)に合致し、掲載の同意を得た病院

Q 次の項目に該当しますか。該当する場合は、○を記入してください。	回答欄	備考
① 小児救急医療支援事業に参加している病院		
② 小児救急医療及び新生児医療を単独若しくは複数で24時間365日体制で実施可能である病院		

■高度な小児専門医療や救命救急医療を担う機能【小児中核病院(小児三次医療)】(基準3)

以下のすべての項目(①~③)に合致し、掲載の同意を得た病院

Q 次の項目に対応できますか。可能な場合は、○を記入してください。	回答欄	備考
① 小児三次救急病院として、その他の医療機関では対応が困難な小児疾患について、高度な診断・検査・治療や勤務医の専門性に応じた専門医療を行っていること		
② 診療報酬上の施設基準に適合するNICUを運営していること		
③ 他の医療機関からの紹介患者や救急搬送による患者を中心として、重篤な小児患者に対する救急医療を24時間365日体制で実施すること		

様式第2-10号 基準確認表【12 在宅医療】

医療機関名	
記入担当者	
メールアドレス	
電話番号	

■退院支援(基準1)

以下のすべての項目(①~④)に合致し、掲載の同意を得た病院

Q 次の項目に該当しますか。該当する場合は、○を記入してください。	回答欄	備考
① 専ら退院支援業務に従事する担当者が1名以上いること		
② 入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援を行っていること		
③ 退院支援の際には、患者の住み慣れた地域に配慮した在宅医療及び介護資源の紹介・仲介等を行っていること		
④ 退院後に患者に起こりうる病状の変化やその対応について、退院前カンファレンスや文書、電話等で、他の医療機関、施設等との情報共有を図っていること		

■在宅医療の実施【一般診療所】(基準2-ア)

以下のすべての項目(①~③)に合致し、掲載の同意を得た一般診療所

【基準2-ア-①】 往診又は訪問診療を行っており、かつ、これらの実績があること

Q 在宅医療の診療の実施について、回数を記入してください。	回答欄	備考
(1) 貴院の医師が往診を行った回数(直近1年間)		
(2) 貴院の医師が訪問診療を行った回数(直近1年間)		

Q 次の対応が可能な場合は、○を記入してください。	回答欄	備考
【基準2-ア-②】 患者の急変時において、24時間の対応を行っていること(他の医療機関と連携して対応している場合を含む)		
【基準2-ア-③】 自宅等、患者の希望する場所での看取りを行っていること		

■在宅医療の実施【歯科診療所】(基準2-イ)

以下のすべての基準(①~③)に合致し、掲載の同意を得た歯科診療所

【基準2-イ-①】 訪問歯科診療を行っており、かつ、これらの実績があること

【基準2-イ-②】 患者宅に赴いて行う診療及び歯科衛生指導を実施していること

Q 次の対応が可能な場合は、○を記入し、人数や回数を記入してください。	回答欄	備考
(1) 患者宅に赴いて行う訪問歯科診療を実施していること		
(2) 患者宅に赴いて行う訪問歯科衛生指導を実施していること		
(3) 貴院で訪問歯科診療を行った患者数(直近3ヶ月)		
(4) 貴院で訪問歯科診療を行った回数(直近3ヶ月)		

【基準2-イ-③】 口腔ケア及び摂食・嚥下障害に対するリハビリテーションを実施可能であること

Q 次の対応について、下記の回答区分の該当する番号を記入してください。	回答欄	備考
(5) 口腔ケアを実施していること		
(6) 摂食・嚥下障害に対するリハビリテーションを実施していること		

【回答区分】

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| 1 該当患者に対する処置等を行っている | 2 行っていないが、必要なときには実施可能である |
| 3 連携する他の歯科医師を紹介する | 4 対応していない |

■在宅医療の実施【薬局】(基準2ーウ)

以下のすべての基準(①～④)に合致し、掲載の同意を得た薬局

【基準2ーウー①】在宅患者訪問薬剤管理指導届出薬局であること

【基準2ーウー②】患者宅に赴いて行う指導(在宅患者訪問薬剤管理指導料又は居宅療養管理指導料が算定されるもの)の実績があること

【基準2ーウー③】患者の急変等の対応するための休日・夜間の調剤又は在宅患者への対応を行っていること

Q 次の対応が可能な場合は、○を記入してください。	回答欄	備考
(1) 在宅患者訪問薬剤管理指導届出薬局であること		
(2) 患者宅に赴いて行う指導(在宅患者訪問薬剤管理指導料又は居宅療養管理指導料が算定されるもの)の実績があること		
(3) 患者の急変等に対応するための休日・夜間の調剤の対応を行っていること		
(4) 患者の急変等に対応するための休日・夜間において在宅患者への対応を行っていること		

【基準2ーウー④】在宅医療で通常利用される医療材料及び衛生材料の提供が可能であること

Q 次の対応について、下記の回答区分の該当する番号を記入してください。	回答欄	備考
(5) 在宅医療で通常利用される医療材料及び衛生材料の提供		

[回答区分]

- 1 常に整備しており、提供可能
- 2 依頼があれば取り寄せの上、提供可能
- 3 提供できない

■在宅医療の実施【訪問看護事業所】(基準2ーエ)

以下のすべての基準(①～④)に合致し、掲載の同意を得た訪問看護事業所

【基準2ーエー①】常勤の看護師を置いていること

Q 以下の職員の人数を記入してください。	回答欄	備考
(1) 常勤の看護師数		

【基準2ーエー②】急変時において、24時間の対応を行っていること

Q 次の対応について、下記の回答区分の該当する番号を記入してください。	回答欄	備考
(2) 在宅医療を行っている患者の病状急変時における対応		

[回答区分]

- | | |
|---------------------------|-----------------|
| 1 24時間電話で対応し、必要に応じて訪問している | 2 24時間電話で対応している |
| 3 他の医療機関に対応を依頼している | 4 急変時の対応を行っていない |

【基準2-エ-③】 自宅等、患者の希望する場所での看取りを行っていること

Q 次の対応について、下記の回答区分の該当する番号を記入してください。		回答欄	備考
(3)	在宅医療を行う患者の看取りの有無		

[回答区分]

- | | |
|--------------------------|---------------------|
| 1 自宅等、患者の望む場所での看取りを行っている | 2 介護施設等での看取りのみ行っている |
| 3 看取りは他の訪問看護事業所へ依頼している | 4 看取りへの対応を行っていない |

【基準2-エ-④】 看取りについて、24時間の対応を行っていること

Q 次の対応について、下記の回答区分の該当する番号を記入してください。		回答欄	備考
(4)	在宅医療を行う患者の看取りの実施		

[回答区分]

- | | |
|------------------------|--------------------|
| 1 平日の営業時間のみ看取りを行っている | 2 すべての日で日中に対応している |
| 3 営業日は24時間対応している | 4 すべての日で24時間対応している |
| 5 看取りは他の訪問看護事業所へ依頼している | 6 看取りへの対応を行っていない |