

薬剤業務向上加算の施設基準に係る届出書添付書類

保険医療機関コード	保険医療機関の名称

報告年月日 令和6年8月1日

1 ~~病棟薬剤業務実施加算の届出状況（適合する場合「✓」を記入すること。）~~

<input type="checkbox"/>	病棟薬剤業務実施加算1を届け出ている。
--------------------------	--------------------------------

2 研修の体制等（□には、適合する場合「✓」を記入すること。）

(1) 免許取得直後の薬剤師を対象とした病棟業務等に係る総合的な研修が整備されている。	<input type="checkbox"/>
(2) 研修を受けている薬剤師の人数	名

3 薬剤師が不足とされている地域の医療機関への出向の体制等

(1) 当該年度の出向計

連携先の都道府県：()		
出向先の医療機関	人数	出向の期間
	名	年 月～ 年 月
	名	年 月～ 年 月

(2) 地域医療に係る業務を実践的に修得するための具体的な計画について

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

① 出向先の保険医療機関について、当該地域における医療機関に勤務する薬剤師が不足している状況、病棟業務やチーム医療等の業務の充実が必要な保険医療機関であること等、出向先を選定した理由が計画書に記載されている。	<input type="checkbox"/>
② 出向する薬剤師は、概ね3年以上の病院勤務経験を有し、かつ、当該保険医療機関において概ね1年以上勤務している常勤の薬剤師であることが計画書に記載されている。	<input type="checkbox"/>
③ 出向の期間は、地域の実情を踏まえ、出向先の保険医療機関、都道府県における薬剤師確保の取組を担当する部署との協議により決められたことが計画書に記載されている。	<input type="checkbox"/>
④ 都道府県と協議したことがわかる内容について、計画書に記載又は添付されている。	<input type="checkbox"/>

(3) 前年度の実績（前年度の届出施設のみ記載）

連携先の都道府県：()		
出向先の医療機関	人数	出向の期間
	名	年 月～ 年 月
	名	年 月～ 年 月

4 施設の届出状況（いずれか1つに「✓」を記入すること。）

<input type="checkbox"/>	特定機能病院である。
<input type="checkbox"/>	急性期充実体制加算1の届出を行っている。
<input type="checkbox"/>	急性期充実体制加算2の届出を行っている。

[記載上の注意]

- 1 「2」については、届出時点で当該年度において研修を受けている薬剤師の人数を記載すること。
- 2 「3」の（1）については、当該年度における出向先の医療機関、出向する薬剤師数、出向の期間について、出向先の医療機関ごとに分けて記載すること。
- 3 「3」の（2）については、基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（通知）の3（5）イで規定に基づき策定した出向に関する具体的な計画を添付した上で、その内容について適合する場合に☑を記載すること。
- 4 「3」の（3）については、前年度の届出施設のみ記載するものであり、前年度4月1日～3月31日の出向実績を、出向先の医療機関ごとに分けて記載すること。