

在宅薬学総合体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

|            |     |              |
|------------|-----|--------------|
| 1 届出区分     | ( ) | 在宅薬学総合体制加算 1 |
| (該当するものに○) | ( ) | 在宅薬学総合体制加算 2 |

|                                      |  |  |
|--------------------------------------|--|--|
| 2 在宅薬学総合体制加算 1 及び 2 の共通の施設基準         |  |  |
| (1) 在宅患者訪問薬剤管理指導に係る届出                | <input type="checkbox"/> あり                  |  |
| (2) 緊急時等の開局時間以外の時間における在宅業務に対応できる体制   | <input type="checkbox"/> あり                  |  |
| (3) 在宅業務実施体制に係る自局及びグループによる周知         | <input type="checkbox"/> している                |  |
| (4) 在宅業務実施体制に係る地域での周知の方法 (該当するものに☑)  | <input type="checkbox"/> 地域の行政機関を通じて周知している。  |  |
|                                      | <input type="checkbox"/> 地域の薬剤師会等を通じて周知している。 |  |
| (5) 在宅業務に必要な体制の整備状況                  |  |  |
| ・ 在宅業務に関する職員等研修の実施実績及び計画             | <input type="checkbox"/> あり                  |  |
| ・ 外部の学術研修の受講                         | <input type="checkbox"/> あり                  |  |
| (6) 医療材料及び衛生材料の供給に必要な整備状況            | <input type="checkbox"/> あり                  |  |
| (7) 麻薬小売業者免許の取得                      | (免許証の番号を記載 : )                               |  |
| (8) 服薬管理指導料の注 1 に係る届出 (かかりつけ薬剤師)     | <input type="checkbox"/> あり                  |  |
| (9) 直近 1 年間の訪問薬剤管理指導の実績回数 (施設在宅等を含む) | 回  |  |
| (実績回数の期間 : 年 月 ~ 年 月)                |  |  |

|  |                             |  |
|--|-----------------------------|--|
| 3 在宅薬学総合体制加算 2 の施設基準   |                             |  |
| (1) 単一建物診療患者又は単一建物居住者等の実績  |                             |  |
| (実績回数の期間 : 年 月 ~ 年 月)  |                             |  |
| ア 在宅患者訪問薬剤管理指導料 1 の実績回数  | 回                           |  |
| イ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の実績回数   | 回                           |  |
| ウ 在宅患者緊急時等共同指導料の実績回数   | 回                           |  |
| エ 単一建物居住者の居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費の実績回数  | 回                           |  |
| オ アからエまでについて、在宅協力薬局として連携した場合の実績回数  | 回                           |  |
| カ アからエまでについて、同等の業務を行った場合の実績回数  | 回                           |  |
| (2) 次のいずれかの実績要件満たす   |                             |  |
| ア 3 (1) アからカまでの合計回数が240回以上、かつ、その合計回数が 2 (9) の直近 1 年間の訪問薬剤管理指導の実績回数全体に占める割合が 2 割を超える。 | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
| イ 3 (1) アからカまでの合計回数が480回以上、かつ、その合計回数が 2 (9) の直近 1 年間の訪問薬剤管理指導の実績回数全体に占める割合が 1 割を超える。 | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
| (3) 当該保険薬局に在籍する保険薬剤師の人数  | ( 人)                        |  |
| (常勤換算による保険薬剤師の人数)  | (常勤換算 人)                    |  |
| (4) 高度管理医療機器等の販売業の許可等  | 許可番号 :                      |  |

|   |     |
|---|-----|
| (5) ア、イ又はウについて、実績回数があるものに○を記載すること。                                      |     |
| ( ) ア. 訪問薬剤管理指導に係る麻薬指導加算等の実績回数<br>(10回以上/年)                             | 回/年 |
| ( ) イ. 無菌製剤処理加算の実績回数<br>(1回以上/年)  | 回/年 |
| ( ) ウ. 小児在宅患者に対する体制   |     |
| 小児在宅患者に対する訪問薬剤管理指導の実績回数<br>(6回以上/年) (A+B)                               | 回   |
| (参考)  |     |
| A 小児特定加算の算定実績<br>(在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料に係るものに限る。) | 回   |
| B 乳幼児加算の算定実績<br>(在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料に係るものに限る。)  | 回   |

[届出上の注意]

- 1 「1」の届出区分は、該当するものに○をすること。
- 2 在宅薬学総合体制加算1を届出する場合、2について記載すること。
- 3 在宅薬学総合体制加算2を届出する場合、2及び3について記載すること。
- 4 2(9)の実績については、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費の算定回数の合計を記載する。ただし、情報通信機器を用いた場合は除く。
- 5 3(1)のオについて、在宅協力薬局として実施した場合には、ア及びイに含めず、エとして記載すること。
- 6 3(1)のカの「同等の業務」については、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者1人当たりの同一月内の訪問回数を超えて行った訪問薬剤管理指導業務を含む。
- 7 3の(5)ア、イ及びウについては、複数に適合する場合は、いずれにも○を記載すること。
- 8 3の(5)アについては、麻薬管理指導加算若しくは在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算(在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急時等共同指導料に係る加算)又は居宅療養管理指導費若しくは介護予防居宅療養管理指導費(薬剤師が行う場合)に係る加算の実績回数の合計を記載すること。