

地域支援・医薬品供給対応体制加算 1 の届出で経過措置を適用する場合の記載方法

地域支援・医薬品供給対応体制加算 1 の届出は 1～4 のみ記載いただきます。
5～14 の記載は不要です。

様式87の3の1

地域支援・医薬品供給対応体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

〔届出区分について〕

		調剤基本料の区分	
1 当該保険薬局における調剤基本料の区分 (いずれかに○)	(<input checked="" type="radio"/>)	調剤基本料 1	
	()	調剤基本料 2	
	()	調剤基本料 3-イ	
	()	調剤基本料 3-ロ	
	()	調剤基本料 3-ハ	
	()	特別調剤基本料 A	
2 当該保険薬局における地域支援・医薬品供給 対応体制加算の区分等 (いずれかに○)	地域支援・医薬品供給対応体制加算の区分		提出が必要な様式
	(<input checked="" type="radio"/>)	地域支援・医薬品供給対応体制加算 1	本様式のみ
	()	地域支援・医薬品供給対応体制加算 2	様式87の3の1 (本様式) 及 び様式87の3の2
	()	地域支援・医薬品供給対応体制加算 3	
	()	地域支援・医薬品供給対応体制加算 4	
	()	地域支援・医薬品供給対応体制加算 5	

経過措置として、令和8年3月31日において後発医薬品調剤体制加算1、2又は3に係る届出を行っていた薬局は、令和9年5月31日までの間に限り“該当する”ものとみなすことができます。経過措置を適用する場合は、チェック(☑)をした上で、横に「経過措置を適用」とご記載ください。

〔地域支援・医薬品供給対応体制加算 1 への該当性について (加算 1～5 共通) 〕

3 地域における医薬品の安定供給を確保するために必要な体制		
ア	医薬品の安定供給に向けた計画的な調達や在庫管理を行っている	<input checked="" type="checkbox"/> 該当
イ	他の保険薬局に医薬品を分譲した実績がある	<input checked="" type="checkbox"/> 該当
ウ	供給不安等により調剤できない場合には適切に対応している	<input checked="" type="checkbox"/> 該当
エ	原則として単品単価交渉している (様式85「妥結率等に係る報告書」を提出している)	<input checked="" type="checkbox"/> 該当
オ	適正な在庫を確保し、頻回配送や緊急配送を控える	<input checked="" type="checkbox"/> 該当
カ	在庫調整等を目的とした返品を控える	<input checked="" type="checkbox"/> 該当
キ	後発医薬品の調剤を積極的に行っている旨を掲示している	<input checked="" type="checkbox"/> 該当
ク	後発医薬品の調剤割合が85%以上である	<input checked="" type="checkbox"/> 該当 経過措置を適用
4 全医薬品の規格単位数量及び後発医薬品の規格単位数量並びにその割合		
期間	令和8年 2月 ~ 令和8年 4月	
後発医薬品あり先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量 (①)	2,000	
後発医薬品の規格単位数量 (②)	1,660	
後発医薬品の調剤割合 (②/①) (%)	83.0 %	

経過措置を適用した場合であっても、ご記載ください。

〔地域支援・医薬品供給対応体制加算 2 から 5 までへの該当性について〕

5 地域における医薬品等の供給拠点としての体制		
ア	備蓄品目数 (年 月現在)	品目
イ	地域の保険医療機関又は保険薬局 (同一グループの保険薬局を除く。) に対して在庫状況の共有、医薬品の融通の実施	<input type="checkbox"/> あり
ウ	医療材料及び衛生材料を供給できる体制	<input type="checkbox"/> あり
エ	麻薬小売業者免許の取得 (免許証の番号を記載 :)	
オ	当該保険薬局で取り扱う医薬品に係る情報提供ができる体制	<input type="checkbox"/> あり
カ	調剤室面積が16㎡以上である (令和8年6月以降に開設、改築又は増築した保険薬局のみ記載)	<input type="checkbox"/> あり 開設日 : 改築日 : 増築日 :

地域支援・医薬品供給対応体制加算1の届出の場合は記載不要です。

地域支援・医薬品供給対応体制加算1の届出の場合は記載不要です。

6 休日、夜間を含む開局時間外における調剤・相談応需体制					
ア 開局時間					
日曜	開局時間 (:) ~ 閉局時間 (:)				
月曜	開局時間 (:) ~ 閉局時間 (:)				
火曜	開局時間 (:) ~ 閉局時間 (:)				
水曜	開局時間 (:) ~ 閉局時間 (:)				
木曜	開局時間 (:) ~ 閉局時間 (:)				
金曜	開局時間 (:) ~ 閉局時間 (:)				
土曜	開局時間 (:) ~ 閉局時間 (:)				
合計	() 時間 (日～土曜までの開局時間の合計)				
祝日	開局時間 (:) ~ 閉局時間 (:)				
輪番の日	開局時間 (:) ~ 閉局時間 (:)				
イ 休日、夜間を含む開局時間外の調剤・在宅業務に対応できる体制	<input type="checkbox"/> あり				
他の保険薬局との連携	<table border="1"> <tr> <td>連携薬局名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>連携する業務内容</td> <td></td> </tr> </table>	連携薬局名		連携する業務内容	
連携薬局名					
連携する業務内容					
ウ 当該薬局を利用する患者又はその家族等からの相談応需体制					
初回の処方箋受付時に連絡先等を事前に患者又はその家族等に対して説明の上、文書により交付している	<input type="checkbox"/> 実施している				
連携薬局及び自局に直接連絡が取れる連絡先電話番号等を当該保険薬局の外側の見えやすい場所に掲示している	<input type="checkbox"/> 実施している				
あらかじめ患者に伝えてある電話に 응답できない場合の体制 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 薬剤師の携帯・自宅電話へ転送 <input type="checkbox"/> 留守録による応答後、速やかに折り返し <input type="checkbox"/> その他 ()				
エ 休日、夜間を含む時間外の調剤、在宅対応体制 (地域の輪番体制含む) に係る周知					
自局及びグループによる周知	<input type="checkbox"/> 実施している				
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。				
7 在宅医療を行うための関係者との連携体制等の対応					
ア 診療所又は病院及び訪問看護ステーションとの円滑な連携	<input type="checkbox"/> あり				
イ 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制	<input type="checkbox"/> あり				
ウ 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績 (実績回数の期間: 年 月～ 年 月)	回				
(7のウの参考)					
① 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及び在宅患者緊急時等共同指導料 (し医療保険) の算定実績 (情報通信機器を用いた場合を除く)	回				
② 居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費 (介護保険の算定実績 (情報通信機器を用いた場合を除く))	回				
③ ①及び②について、在宅協力薬局として連携した場合の実績	回				
④ ①及び②について、同等の業務を行った場合の実績	回				
エ 在宅患者に対する薬学的管理指導が可能な体制整備	<input type="checkbox"/> 在宅患者訪問薬剤管理指導の届出 <input type="checkbox"/> 在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な研修の実施 <input type="checkbox"/> 薬学的管理指導計画書の様式の整備 <input type="checkbox"/> 在宅患者訪問薬剤管理指導を行う薬局であることの掲示し、文書で交付 <input type="checkbox"/> その他 ()				

地域支援・医薬品供給対応体制加算1の届出の場合は記載不要です。

8 医療安全に関する取組の実施	
ア 医薬品医療機器情報配信サービス（PMDAメディナビ）への登録 （薬局が登録した登録番号を記載すること）	登録証明書番号 （
イ 常に最新の医薬品緊急安全性情報、安全性速報、医薬品・医療機器等安全情報等の医薬品情報の収集、自局の保険薬剤師への周知	<input type="checkbox"/> あり
ウ プレアポイド事例の把握・収集に関する取組の実施	<input type="checkbox"/> あり
エ 副作用報告に係る手順書の作成と報告実施体制	<input type="checkbox"/> あり
9 服薬管理指導料の注1に係る届出（かかりつけ薬剤師）	
10 管理薬剤師	
①氏名	
②保険薬局勤務経験年数	年
③週あたりの勤務時間	時間
④当該薬局在籍年数	年
11 薬局における薬学的管理指導に必要な体制及び機能の整備	<input type="checkbox"/> 薬学的管理指導等に係る職員研修の計画の作成と実施 <input type="checkbox"/> 定期的な外部の学術研修の受講 <input type="checkbox"/> 職員の薬学等に関する団体等による研修認定の取得の奨励 <input type="checkbox"/> 職員の医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表の奨励 <input type="checkbox"/> その他（ ）
12 薬局における薬学的管理指導に必要な体制及び機能の整備状況	<input type="checkbox"/> あり
13 患者のプライバシーに配慮した服薬指導を実施する体制 （パーティション等で区切られた独立したカウンターを有する等）	<input type="checkbox"/> あり
14 地域医療に関連する取組の実施	
ア 要指導医薬品及び一般用医薬品の備蓄・販売（基本的な48薬効群）	<input type="checkbox"/> あり
イ 健康相談、生活習慣等に係る相談の実施	<input type="checkbox"/> あり
ウ 緊急避妊薬を備蓄し、調剤又は販売する体制	<input type="checkbox"/> あり
エ 当該保険薬局が敷地内禁煙であること	<input type="checkbox"/> あり
オ 薬局等においてたばこ又は喫煙器具を販売していないこと	<input type="checkbox"/> していない
カ セルフメディケーション関連機器を設置している	<input type="checkbox"/> あり
キ 薬事未承認の研究用試薬又は検査サービスの販売等をしていない	<input type="checkbox"/> していない

【記載上の注意】

- 「1」については、当該保険薬局における調剤基本料の区分に該当するもの1つに○をすること。
- 「2」については、当該保険薬局における届出に係る地域支援・医薬品供給対応体制加算の区分に該当するもの1つに○をすること。
- 「3」のウについては、当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量を合算した数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合をいう。
- 規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。
- 後発医薬品の規格単位数量の割合を計算するに当たっては、「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について（令和8年3月5日保医発0305第2号）を参照すること。
- 「5」のイについて、令和8年6月以降に開設、改築又は増築した保険薬局においては、調剤室面積がわかる文書（見取り図等）を添付すること。
- 「6」のイの他の保険薬局との連携については、地域薬剤師会等の当番・輪番に参加している場合は、その旨を記載すること。
- 「6」のエについては、地域の行政機関又は地域の薬剤師会から公表されていることが確認できる資料を添付すること。
- 「8」のウの「プレアポイド事例の把握・収集に関する取組」について、薬局機能情報提供制度において、「プレアポイド事例の把握・収集に関する取組の有無」を「有」として都道府県に報告している場合に「あり」とすること。
- 「8」のエについては、当該手順書の写しを添付すること。
- 「10」の②の「保険薬局勤務経験年数」については、当該保険薬剤師の保険薬局勤務年数を記載すること。③の「週あたりの勤務時間」については、当該保険薬剤師の1週間あたりの平均勤務時間を記載すること。④「在籍年数」については、当該保険薬局に勤務しはじめてから、届出時までの当該保険薬剤師の在籍期間を記載すること。
- 「11」については、当該保険薬局における職員等に対する研修実施計画及び実施実績等を示す文書を添付すること。
- 「14」のエについては、保険薬局が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険薬局の保有又は借用している部分が禁煙であること。
- 「14」のカの「セルフメディケーション関連機器」とは、次に掲げるものの中から3つ以上設置している場合に「あり」とすること。

- ① 体重計
- ② 体温計
- ③ 血圧測定器
- ④ 体組成計（体脂肪率、BMI等を含むもの）
- ⑤ 血中酸素飽和度測定器（パルスオキシメータ）
- ⑥ 握力計
- ⑦ 骨密度測定器

様式87の3の1

地域支援・医薬品供給対応体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

〔届出区分について〕

★1のみの場合は、1のみ申請用資料を参照ください

調剤基本料の区分	
1 当該保険薬局における調剤基本料の区分 (いずれかに○)	() 調剤基本料 1
	() 調剤基本料 2
	() 調剤基本料 3-イ
	() 調剤基本料 3-ロ
	() 調剤基本料 3-ハ
	() 特別調剤基本料 A
2 当該保険薬局における地域支援・医薬品供給 対応体制加算の区分等 (いずれかに○)	地域支援・医薬品供給対応体制加算の区分
	() 地域支援・医薬品供給対応体制加算 1
	() 地域支援・医薬品供給対応体制加算 2
	() 地域支援・医薬品供給対応体制加算 3
	() 地域支援・医薬品供給対応体制加算 4
	() 地域支援・医薬品供給対応体制加算 5

提出が必要な様式
本様式のみ
→1のみの場合別紙参照
様式87の3の1(本様式) 及び様式87の3の2
※87の3の2も参照

〔地域支援・医薬品供給対応体制加算1への該当性について(加算1～5共通)〕

3 地域における医薬品の安定供給を確保するために必要な体制		すべての項目に☑が必要
ア 医薬品の安定供給に向けた計画的な調達や在庫管理を行っている		☑該当
イ 他の保険薬局に医薬品を分譲した実績がある		☑該当
ウ 供給不安等により調剤できない場合には適切に対応している		☑該当
エ 原則として単品単価交渉している(様式85「妥結率等に係る報告書」を提出している)		☑該当
オ 適正な在庫を確保し、頻回配送や緊急配送を控える		☑該当
カ 在庫調整等を目的とした返品を控える		☑該当
キ 後発医薬品の調剤を積極的に行っている旨を掲示している		☑該当
ク 後発医薬品の調剤割合が85%以上である		☑該当
4 全医薬品の規格単位数量及び後発医薬品の規格単位数量並びにその割合		
期間	令和8年 2月 ~ 令和8年 4月	
後発医薬品あり先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量(①)		○○○○
後発医薬品の規格単位数量(②)		○○○○
後発医薬品の調剤割合(②/①)(%)		○○%

〔地域支援・医薬品供給対応体制加算2から5までへの該当性について〕

5 地域における医薬品等の供給拠点としての体制		
ア 備蓄品目数 (令和8年 5月現在)	イ.ウ.オの項目に☑が必要	○○○○品目
イ 地域の保険医療機関又は保険薬局(同一グループの保険薬局を除く。)に対して在庫状況の共有、医薬品の融通の実施		☑あり
ウ 医療材料及び衛生材料を供給できる体制		☑あり
エ 麻薬小売業者免許の取得 (免許証の番号を記載:)		
オ 当該保険薬局で取り扱う医薬品に係る情報提供ができる体制		☑あり
カ 調剤室面積が16m ² 以上である (令和8年6月以降に開設、改築又は増築した保険薬局のみ記載)		☐あり 開設日: 改築日: 増築日:

※該当しなければ空欄で

6 休日、夜間を含む開局時間外における調剤・相談応需体制		※開局時間を記載	
ア 開局時間			
日曜	開局時間 (:) ~ 閉局時間 (:)		
月曜	開局時間 (:) ~ 閉局時間 (:)		
火曜	開局時間 (:) ~ 閉局時間 (:)		
水曜	開局時間 (:) ~ 閉局時間 (:)		
木曜	開局時間 (:) ~ 閉局時間 (:)		
金曜	開局時間 (:) ~ 閉局時間 (:)		
土曜	開局時間 (:) ~ 閉局時間 (:)		
合計	() 時間 (日～土曜までの開局時間の合計)		
祝日	開局時間 (:) ~ 閉局時間 (:)		
輪番の日	開局時間 (:) ~ 閉局時間 (:)		
イ 休日、夜間を含む開局時間外の調剤・在宅業務に対応できる体制			<input type="checkbox"/> あり
他の保険薬局との連携		連携薬局名	
		連携する業務内容	
ウ 当該薬局を利用する患者又はその家族等からの相談応需体制		下記2項目に☑が必要	
初回の処方箋受付時に連絡先等を事前に患者又はその家族等に対して説明の上、文書により交付している		<input checked="" type="checkbox"/> 実施している	
連携薬局及び自局に直接連絡が取れる連絡先電話番号等を当該保険薬局の外側の見えやすい場所に掲示している		<input checked="" type="checkbox"/> 実施している	
あらかじめ患者に伝えてある電話に応答できない場合の体制 (該当するものに☑) <input type="checkbox"/> 薬剤師の携帯・自宅電話へ転送 <input type="checkbox"/> 留守録による応答後、速やかに折り返し <input type="checkbox"/> その他 ()		該当項目に☑	
エ 休日、夜間を含む時間外の調剤、在宅対応体制 (地域の輪番体制含む) に係る周知			
自局及びグループによる周知		<input type="checkbox"/> 実施している	
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。	
★公表している資料を添付する			
7 在宅医療を行うための関係者との連携体制等の対応			
ア 診療所又は病院及び訪問看護ステーションとの円滑な連携		<input type="checkbox"/> あり	
イ 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制		<input type="checkbox"/> あり	
ウ 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績 (実績回数の期間: 令和7年5月～令和8年4月)		○○回	
(7のウの参考)			
① 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及び在宅患者緊急時等共同指導料 (し医療保険) の算定実績 (情報通信機器を用いた場合を除く)		○○回	
② 居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費 (介護保険の算定実績 (情報通信機器を用いた場合を除く))		○○回	
③ ①及び②について、在宅協力薬局として連携した場合の実績		○○回	
④ ①及び②について、同等の業務を行った場合の実績		○○回	
エ 在宅患者に対する薬学的管理指導が可能な体制整備 <input type="checkbox"/> 在宅患者訪問薬剤管理指導の届出 <input type="checkbox"/> 在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な研修の実施 <input type="checkbox"/> 薬学的管理指導計画書の様式の整備 <input type="checkbox"/> 在宅患者訪問薬剤管理指導を行う薬局であることの掲示し、文書で交付 <input type="checkbox"/> その他 ()		その他を除き☑が必要	

8 医療安全に関する取組の実施		8イからエ、9に☑が必要
ア 医薬品医療機器情報配信サービス（PMDAメディナビ）への登録 （薬局が登録した登録番号を記載すること）	登録証明書番号 （ <input type="text"/> ）	登録証明書番号 （ <input type="text"/> ）
イ 常に最新の医薬品緊急安全性情報、安全性速報、医薬品・医療機器等安全情報等の医薬品情報の収集、自局の保険薬剤師への周知		<input checked="" type="checkbox"/> あり
ウ プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の実施		<input checked="" type="checkbox"/> あり
エ 副作用報告に係る手順書の作成と報告実施体制		<input checked="" type="checkbox"/> あり
9 服薬管理指導料の注1に係る届出（かかりつけ薬剤師）		<input checked="" type="checkbox"/> あり
10 管理薬剤師		
①氏名		〇〇 〇〇
②保険薬局勤務経験年数		〇〇年
③週あたりの勤務時間		〇〇時間
④当該薬局在籍年数		〇年
11 薬局における薬学的管理指導に必要な体制及び機能の整備	<input type="checkbox"/> 薬学的管理指導等に係る職員研修の計画の作成と実施 <input type="checkbox"/> 定期的な外部の学術研修の受講 <input type="checkbox"/> 職員の薬学等に関する団体等による研修認定の取得の奨励 <input type="checkbox"/> 職員の医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表の奨励 <input type="checkbox"/> その他（ <input type="text"/> ）	
12 薬局における薬学的管理指導に必要な体制及び機能の整備状況	<input type="checkbox"/> あり	
13 患者のプライバシーに配慮した服薬指導を実施する体制 （パーテーション等で区切られた独立したカウンターを有する等）	<input type="checkbox"/> あり	
14 地域医療に関連する取組の実施		該当項目に☑
ア 要指導医薬品及び一般用医薬品の備蓄・販売（基本的な48薬効群）	<input type="checkbox"/> あり	
イ 健康相談、生活習慣等に係る相談の実施	<input type="checkbox"/> あり	
ウ 緊急避妊薬を備蓄し、調剤又は販売する体制	<input type="checkbox"/> あり	
エ 当該保険薬局が敷地内禁煙であること	<input type="checkbox"/> あり	
オ 薬局等においてたばこ又は喫煙器具を販売していないこと	<input type="checkbox"/> していない	
カ セルフメディケーション関連機器を設置している	<input type="checkbox"/> あり	
キ 薬事未承認の研究用試薬又は検査サービスの販売等をしていない	<input type="checkbox"/> していない	

【記載上の注意】

- 「1」については、当該保険薬局における調剤基本料の区分に該当するもの1つに○をすること。
- 「2」については、当該保険薬局における届出に係る地域支援・医薬品供給対応体制加算の区分に該当するもの1つに○をすること。
- 「3」のクについては、当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量を合算した数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合をいう。
- 規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。
- 後発医薬品の規格単位数量の割合を計算するに当たっては、「「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」（令和8年3月5日保医発0305第2号）を参照すること。
- 「5」の力について、令和8年6月以降に開設、改築又は増築した保険薬局においては、調剤室面積がわかる文書（見取り図等）を添付すること。
- 「6」のイの他の保険薬局との連携については、地域薬剤師会等の当番・輪番に参加している場合は、その旨を記載すること。
- 「6」のエについては、地域の行政機関又は地域の薬剤師会から公表されていることが確認できる資料を添付すること。
- 「8」のウの「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組」について、薬局機能情報提供制度において、「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無」を「有」として都道府県に報告している場合に「あり」とすること。
- 「8」のエについては、**当該手順書の写し**を添付すること。
- 「10」の②の「保険薬局勤務経験年数」については、当該保険薬剤師の保険薬局勤務年数を記載すること。③の「週あたりの勤務時間」については、当該保険薬剤師の1週間あたりの平均勤務時間を記載すること。④「在籍年数」については、当該保険薬局に勤務しはじめてから、届出時までの当該保険薬剤師の在籍期間を記載すること。
- 「11」については、当該保険薬局における職員等に対する**研修実施計画及び実施実績等を示す文書**を添付すること
- 「14」のエについては、保険薬局が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険薬局の保有又は借用している部分が禁煙であること。
- 「14」の力の「セルフメディケーション関連機器」とは、次に掲げるものの中から3つ以上設置している場合に「あり」とすること。

- ① 体重計
- ② 体温計
- ③ 血圧測定器
- ④ 体組成計（体脂肪率、BMI等を含むもの）
- ⑤ 血中酸素飽和度測定器（パルスオキシメータ）
- ⑥ 握力計
- ⑦ 骨密度測定器

様式87の3の2 ※1のみを届け出る場合は不要

地域支援・医薬品供給対応体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出区分 (いずれかに○)	()	地域支援・医薬品供給対応体制加算 2
	()	地域支援・医薬品供給対応体制加算 3
	()	地域支援・医薬品供給対応体制加算 4
	()	地域支援・医薬品供給対応体制加算 5

2 保険薬局における直近1年間の処方箋受付回数 (①)		回	
3 各基準の実績回数			
地域支援・医薬品供給対応体制加算 2 : (4)を含む3つ以上を満たすこと。 地域支援・医薬品供給対応体制加算 3・5 : いずれか7つ以上を満たすこと。 ※小数点以下は切り上げ 地域支援・医薬品供給対応体制加算 4 : (4)と(6)を含む3つ以上を満たすこと。 算出された数値以上の整数			
処方箋受付回数1万回当たりの基準 (1年間の各基準の算定回数) (満たす実績に○) 期間: 令和7年 5月 ~ 令和8年 4月 ※下記 () 内は各加算の実績基準を示す		が基準の回数となるため 各基準に①を乗じて1万で除して得た回数※	
		保険薬局における実績の合計	
()	(1) 時間外加算等及び夜間・休日等加算 (加算2・3:40回、加算4・5:400回)	○○回	○○回
()	(2) 麻薬の調剤回数 (加算2・3:1回、加算4・5:10回)	○○回	○○回
()	(3) 調剤時残薬調整加算及び薬学的有害事象等防止加算 (加算2・3:20回、加算4・5:40回)	○○回	○○回
()	(4) 服薬管理指導料1のイ及び2のイ (加算2・3:20回、加算4・5:40回)	○○回	○○回
()	(5) 外来服薬支援料1 (加算2・3:1回、加算4・5:12回)	○○回	○○回
()	(6) 訪問薬剤管理指導料等(単一建物診療患者又は単一建物居住者が1人の場合に限る。) (加算の区分によらず24回)	○○回	○○回
()	(7) 服薬情報等提供料等 (加算2又は3:30回、加算4又は5:60回)	○○回	○○回
()	(8) 小児特定加算(加算の区分によらず1回)	○○回	○○回
※直近1年間の処方箋受付回数が1万回未満の場合は、処方箋受付回数1万回とみなす			
保険薬局当たりの基準		保険薬局における実績の合計	
()	(9) 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議の出席回数 (加算2・3:1回、加算4・5:5回)		○○回

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を引き続き変更なく算定する場合は届出不要

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 1 のイに規定するかかりつけ薬剤師による服薬管理指導を行う旨の届出	<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) (実績回数の期間 : 令和 7 年 5 月 ~ 令和 8 年 4 月)	○○回

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 : 令和 7 年 5 月 ~ 令和 8 年 4 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 ※該当するものに☑
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 (常勤換算による保険薬剤師の人数)	(○人) (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 (10回以上/年)	○回/年
() イ. 無菌製剤処理加算の実績回数 (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 (6回以上/年) (A+B)	○○回
(参考)	
A 小児特定加算の算定実績 (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 (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」の届出区分は、該当するものに○をすること。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

※実績はなくとも届出は可能

様式87の3の7

バイオ後続品調剤体制加算に係る届出添付文書

※必ず☑が必要

(1) バイオ後続品を適切に保管し、調剤する体制が整備されていること	<input checked="" type="checkbox"/>
(2) 当該保険薬局において調剤したバイオ医薬品（バイオ後続品のあるものに限る。）の規格単位数量及び当該バイオ後続品の規格単位数量を合算した数量に占める当該バイオ後続品の規格単位数量の割合が80%以上となるバイオ医薬品の成分数	
(3) 当該保険薬局において調剤したバイオ医薬品の成分数	
(4) バイオ後続品の調剤を積極的に行っている旨を掲示していること	<input checked="" type="checkbox"/>

バイオ医薬品成分名	①バイオ後続品調剤数量	②バイオ先行品調剤数量	③バイオ後続品調剤割合 →①/ (①+②)	④80%以上調剤割合成分 ※③が80%以上の場合☑
アダリムマブ（遺伝子組換え）				<input type="checkbox"/>
インスリンアスパルト（遺伝子組換え）				<input type="checkbox"/>
インスリングルラルギン（遺伝子組換え）				<input type="checkbox"/>
インスリンリスプロ（遺伝子組換え）				<input type="checkbox"/>
エタネルセプト（遺伝子組換え）				<input type="checkbox"/>
ソマトロピン（遺伝子組換え）				<input type="checkbox"/>
テリパラチド（遺伝子組換え）				<input type="checkbox"/>
フィルグラスチム（遺伝子組換え）				<input type="checkbox"/>

※調剤実績のあるものを記入
→成分数を(3)に記載する

※基準を満たすものに☑

[記載上の注意]

(2)及び(3)のバイオ医薬品の成分については、当該保険薬局において調剤実績のある成分のみ計算に含める。

→(2)に記載する

※調剤基本料の加算（50点）→調剤ごとに算定（インスリン製剤は除く）

※期限は特に示されていない→直近1年（令和7年5月～令和8年4月）の実績