

平成 20 年度調剤報酬改定等に関する Q & A

平成 20 年 4 月 1 日施行の新たな調剤報酬点数について、次のとおり、Q & A 形式により疑義解釈をまとめたので参考にされたい（ただし、レセプト記載に関係することは除く）。
なお、本件については、厚生労働省当局に確認済みである。

<<< 調剤技術料 >>>

基準調剤加算

Q 1. 基準調剤加算 1 および 2 の施設基準に係る留意事項が一部改正されているが、すでに平成 20 年 3 月末までに届出を済ませている保険薬局であっても、4 月 1 日以降に改めて届出を行う必要があるのか。

- A. 新たな施設基準と照らし合わせ、当該基準を満たしていれば改めて届出を行う必要はない。
当該基準を満たしていない場合には、速やかに変更の届出を行うこと。

Q 2. 基準調剤加算 1 および 2 の施設基準の要件が一部改正され、初回の処方せん受付時に患者へ交付する文書には、時間外等に調剤応需が可能な「近隣の」保険薬局に関する情報（所在地、名称、開局時間、連絡先など）を記載するよう求められているが、自局のみで時間外・休日・夜間の調剤を応需している場合には、自局に関する情報を提供することで当該要件を満たしているものと解釈して差し支えないか。

- A. 差し支えない。基準調剤加算の要件において、緊急時等の調剤に対応できる体制とは、「単独の保険薬局又は地域薬剤師会等の輪番制に参加するなど近隣の保険薬局により常時調剤ができる体制を整備していること」と説明している。

後発医薬品調剤体制加算

Q 1. 後発医薬品調剤体制加算に係る施設基準の届出については、届出後の内容に変更が生じない限り、改めて行う必要はないのか。

- A. 届出後については、毎月、直近 3 カ月間の後発医薬品の調剤率が 30%以上であることを確認しなければならないが、当該基準を満たしている限りは改めて届出を行う必要はない（別途、毎年 7 月 1 日現在の状況については報告が必要）。
当該基準を下回った場合（30%未満）には、速やかに変更の届出を行う必要がある。

Q 2. 後発医薬品の調剤率の算出にあたっては、調剤基本料における処方せん受付回数や集中率の考え方と同じく、医療保険に係る処方せん（社会保険および国民健康保険。また、これらとの公費併用を含む）のみが対象であると考えて差し支えないか。

A. 差し支えない。たとえば、自費扱いや生保単独の処方せんのほか、公害医療や労災保険に係る処方せんについては対象外となる。

Q 3. 後発医薬品の調剤率は、後発医薬品調剤加算の算定回数の割合と考えて差し支えないか。

A. 後発医薬品調剤加算の算定回数の割合ではない。処方せん受付回数のうち、調剤した医薬品の中に1品目でも後発医薬品が含まれていた処方せん受付回数の割合から算出する。

Q 4. 後発医薬品の調剤率の計算にあたり、小数点の部分については四捨五入して差し支えないか。それとも、切り捨てるのか。

A. 小数点部分は切り捨てた上で、30%以上か否かを判断する。

分割調剤

Q 1. 後発医薬品の分割調剤は、内用薬だけでなく、外用薬なども対象となるのか。

A. 医薬品の長期保存の困難性などの理由から分割調剤する場合と同様に、対象となる。

Q 2. 分割調剤にあたり、医薬品の長期保存の困難性などの理由によるケースと後発医薬品の試用を目的とするケースが混在する場合には、どちらの分割調剤を行ったものとして算定しなければならないのか。

A. いずれか一方の点数しか算定できないが、どちらの分割調剤として算定しても差し支えない。ただし、長期保存の困難性などの理由で分割調剤を行った場合には、2回目の調剤時において薬剤服用歴管理指導料等を算定することはできない。

自家製剤加算

Q 1. 内服薬に係る自家製剤加算の算定方法について見直されたが、錠剤を半割した場合以外の製剤技術についても、7日分につき所定点数（20点）を算定するのか。

A. その通り。

Q 2. 内服薬の自家製剤を伴う医薬品を分割調剤した場合、次の例について自家製剤加算はどのように算定するのか。

【例】 A錠2mg 1.5錠 1日3回毎食後 × 20日分
(※10日分ずつ、2回に分割して調剤)

A. 1回目および2回目の調剤時は、いずれも10日分の自家製剤を行っているので、どちらについても自家製剤加算（内服薬）として40点を算定する。

一包化薬

Q 1. 同一用法の3種類以上の内服用固形剤（1剤）を一包化し、さらに、それとは服用時点が重複しない内服用固形剤が2剤以上ある場合には、一包化薬のほかにも内服薬として2剤分まで算定して差し支えないか。

A. 差し支えない。

Q 2. 1処方せんに一包化薬の算定要件（用法の異なる2剤以上の内服薬、または、1剤で3種類以上の内服薬）を満たすパターンが2以上ある場合は、調剤料はどのように算定するのか。

A. 算定要件を満たしていれば、どのパターンについて一包化薬を算定しても差し支えない（ただし、1パターンのみ適用）。しかし、1処方せんに、①用法の異なる2剤以上の内服薬と②1剤で3種類以上の内服薬のパターンが混在している場合は、②は①と同一の剤数相当であるものとみなして考える。

具体的には、次に示す例示を参考にされたい（いずれの例も、すべて一包化の指示があるものと仮定）。

【例1】 処方1 A錠、B錠 1日3回毎食後 × 14日分
処方2 C散、D散 1日2回朝夕食後 × 14日分
処方3 E錠、F錠、G散 1日1回就寝前 × 14日分

《考え方》

①処方1および処方2（内服薬2剤）と②処方3（内服薬1剤）は、いずれも一包化薬の要件を満たすことから、①または②のどちらか一方について一包化薬（14日分、178点）を算定する。

また、①を一包化薬として算定した場合は、処方3を内服薬として算定することができ（14日分、63点）、②を一包化薬として算定した場合は、②は①と同一の剤数相当とみなして考えることから、処方1もしくは処方2のいずれか一方を内服薬として算定することができる（14日分、63点）。

【例2】 処方1 A錠、B錠、C錠 1日3回毎食後 × 14日分
処方2 D錠、E散、F散 1日1回就寝前 × 14日分
処方3 G錠、H散 1日3回毎食後 × 14日分
※処方1および処方2の服用後（15日目以降）に処方3を服用

《考え方》

①処方1（内服薬1剤）と②処方2（内服薬1剤）は、いずれも一包化薬の要件を満たすことから、①または②のどちらか一方について一包化薬（14日分、178点）を算定する。

また、①と②はいずれも内服薬の1剤相当であることから、①を一包化薬として算定した場合は、処方2および処方3を内服薬として算定することができる（14日分、63点×2剤分）、②を一包化薬として算定した場合は、処方1および処方3を内服薬として算定することができる（14日分、63点×2剤分）。

【例3】 処方1 A錠、B錠、C錠 1日3回毎食後 × 14日分
処方2 D錠、E散 1日2回朝夕食後 × 14日分

《考え方》

処方1のみで1剤3種類となるが、そもそも処方1および処方2で一包化薬の要件を満たすことから、処方1と処方2で一包化薬（14日分、178点）を算定する。処方2を別に内服薬として算定することはできない。

Q3. 同一保険医療機関の異なる診療科から交付された2枚の処方せんを同時に受け付けたケースにおいて、1枚の処方せんだけでは一包化薬の要件を満たさないが、2枚の処方せんを併せれば要件を満たすような場合には、一包化薬を算定しても差し支えないか。

なお、いずれの処方せんについても、処方医による一包化の指示があるものと仮定して考える。

A. 差し支えない。具体的には、次のような例が考えられる。

【例1】 処方せん1 A病院 内科 A錠、B錠 1日3回毎食後
処方せん2 A病院 整形外科 C散、D散 1日1回朝食後
→ 2枚の処方せんを併せて一包化薬を算定（用法の異なる2剤）

【例2】 処方せん1 A病院 内科 A錠、B錠 1日3回毎食後
処方せん2 A病院 整形外科 C散、D散 1日3回毎食後
→ 2枚の処方せんを併せて一包化薬を算定（1剤3種類以上）

Q4. 異なる保険医療機関から交付された2枚の処方せんを同時に受け付けたケースにおいて、1枚の処方せんだけでは一包化薬の要件を満たさないが、2枚の処方せんを併せれば要件を満たすような場合には、一包化薬を算定しても差し支えないか。

なお、いずれの処方せんについても、処方医による一包化の指示があるものと仮定して考える。

A. 算定できない。

Q5. 1剤で3種類の内服用固形剤を一包化するよう指示された処方せんにおいて、患者の服薬及び服用する薬剤の識別を容易にすること等の観点から、錠剤と散剤を別々に一包化した場合等であっても、一包化薬を算定して差し支えないか。

A. 別々にしたもの同士をテープや輪ゴムでまとめるなど、一包化薬の目的（薬剤の飲み忘れや飲み誤りの防止、または、薬剤を直接の被包から取り出すことが困難な患者への配慮）を十分踏まえた調剤が行われていれば、算定しても差し支えない。

Q6. 次のような処方例において、臨時の投薬に係るものを分けるため、処方1と処方2を別包として調剤（一包化）した場合は、処方1を一包化薬、処方2を内服薬として算定して差し支えないか。なお、処方せんには一包化の指示があるものと仮定する。

【処方例】

処方1 A錠、B錠、C散 1日3回毎食後 14日分

処方2 D錠、E錠 1日1回朝食後 3日分

A. 処方1と処方2を別包として調剤（一包化）した場合であっても、服用時点が重複していることから、処方1と処方2を併せて一包化薬として算定し、処方2を別に内服薬として算定することはできない。

夜間・休日等加算

Q1. 平日の開局時間が午後7時までの保険薬局において、来局患者が多かったため、やむを得ず平日の午後8時まで開局時間を延長した場合は、午後7時から8時までの間に処方せんを持参した患者について、夜間・休日等加算を算定しても差し支えないか。

A. 差し支えない。ただし、夜間・休日等加算の算定にあたっては、開局時間を薬局内外に表示するとともに、同加算の対象となる日および受付時間帯を薬局内に掲示しておく必要がある。

Q2. 土曜日の開局時間が午後3時までの保険薬局において、土曜日の午後3時過ぎにいったん閉局した後、午後5時に患者から処方せん調剤の求めがあった場合は、夜間・休日等加算を算定しても差し支えないか。それとも、従来の時間外加算を算定すべきか。

A. 夜間・休日等加算を算定して差し支えない。従来の時間外加算は、午前8時前と午後6時以降が標準とされているため、土曜日の午後6時まででは算定できない。ただし、夜間・休日等加算の算定にあたっては、開局時間を薬局内外に表示するとともに、同加算の対象となる日および受付時間帯を薬局内に掲示しておく必要がある。

Q 3. 同一薬局において分割調剤を行った場合であっても、2 回目以降の調剤時に夜間・休日等加算を算定することは可能か。

A. 夜間・休日等加算は「処方せん受付1回につき」算定するものとされている。同一薬局において分割調剤を行った際の2回目以降の調剤は、処方せん受付回数には含まれない取り扱いとなることから、夜間・休日等加算は算定することができない。

Q 4. 平日の開局時間が午後7時までの保険薬局において、いったん午後7時に閉局した後、午後9時に患者から調剤の求めがあったために、調剤を実施した上で時間外加算（100分の100）を算定したが、その間、さらに別の患者からも調剤の求めがあった。この場合、2人目の患者については、1人目の患者と同様に時間外加算を算定しても差し支えないか。それとも、夜間・休日等加算を算定しなければならないのか。

A. 時間外加算を算定して差し支えない。

Q 5. 日曜日と祝日を休日としている薬局が、近隣の医療機関が急きょ日曜日に診療することとなったため、それに合わせて日曜日に臨時に開局し、常態として調剤応需の態勢をとったような場合には、夜間・休日等加算を算定しても差し支えないか。

A. 差し支えない。ただし、夜間・休日等加算の算定要件である開局時間の表示や同加算の対象日・受付時間帯の掲示が必要であることは言うまでもない。

なお、当日の開局が、輪番制などによる休日当番に該当し、「客観的に休日における救急医療の確保のために調剤を行っている」と認められる場合には、従来通り、休日加算を算定することができる。

後発医薬品調剤加算

Q 1. 後発医薬品調剤加算の算定にあたり、後発医薬品へ変更可能な処方せんに基づいて、①処方せんに記載されている先発医薬品を後発医薬品に変更、または、②処方せんに記載されている後発医薬品を別銘柄の後発医薬品に変更した場合には、処方せん発行医療機関に対し、実際に調剤した後発医薬品の銘柄などの情報を提供することとされているが、同点数を算定しなければ医療機関へ情報提供しなくても差し支えないか。

A. 処方した医療機関に対する変更後の後発医薬品に関する情報提供は、後発医薬品調剤加算または後発医薬品情報提供料の算定要件とされているため、同点数を算定しない場合は実施しないことも考えられる。しかし、医療機関との連携を図る観点から、点数の算定の有無にかかわらず情報提供に努めるべきと考える。

<<< 薬学管理料 >>>

外来服薬支援料

Q 1. 外来服薬支援料については、どの時点で算定するのか。

A. 実施した時点で、その都度、算定する。

Q 2. 外来服薬支援料に係る服薬支援は、当該薬局で調剤した薬剤のみ対象になるのか。

A. 当該薬局で調剤した薬剤のほか、他の薬局で調剤された薬剤や医療機関から直接投与された薬剤（院内投薬）についても対象となる。

ただし、実施にあたっては、他の薬局で調剤された薬剤や院内投薬された薬剤まで含めて整理するよう努めることが求められている。

Q 3. 外来服薬支援料の算定にあたっては、たとえば、同一月内における算定上限などの制限は設けられているのか。

A. 算定上限は設けられていない。ただし、処方せんに基づく調剤を行う際に、併せて他の薬局で調剤された薬剤等を一包化するなどして外来服薬支援料を算定する場合は、処方せんに基づく調剤に係る調剤料は内服薬として算定する（一包化薬として算定しない）。

また、たとえば、院内投薬の薬剤について外来服薬支援料を算定したが、その後も引き続き一包化が行われずに院内投薬が行われたため、さらに当該薬局で外来服薬支援を実施したようなケースについては、本来、服薬支援の必要性を認識している処方医が自院で薬剤の一包化をするか、もしくは、処方せんにより薬局での一包化を指示すべきものであると考えられるため、外来服薬支援料を算定することはできない。

在宅患者訪問薬剤管理指導料

Q 1. 在宅患者訪問薬剤管理指導料については、新たに4月から居住系施設入所者等に係る点数が別途設定された。居住系施設には特別養護老人ホームも含まれているが、同ホームの入所者についても在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定することはできるのか。

A. 特別養護老人ホームの入所者にあたっては、末期の悪性腫瘍の患者である場合に限り算定することができる。

在宅患者緊急時等共同指導料

Q 1. 在宅患者緊急時等共同指導料は、医療関係職種等によるカンファレンスとともに、それに伴う薬学的管理指導を実施した場合に算定できるが、カンファレンス 1 回につき指導を 2 回実施した場合には、当該点数を 2 回算定することは可能か。

A. カンファレンス 1 回につき薬学的管理指導を 2 回実施した場合であっても、在宅患者緊急時等共同指導料は 1 回しか算定できない。

退院時共同指導料

Q 1. 退院時共同指導料については、どの時点で算定するのか。

A. 指導を実施した時点で算定する。

Q 2. 退院時共同指導料は、介護保険の適用患者についても算定できるのか。

A. 算定できる（医療保険が適用される）。ただし、退院後に在宅で療養を行う患者が対象であり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院もしくは入所する患者（いわゆる転院や転床）、または、死亡退院した場合については算定できない。

Q 3. 退院時共同指導料の算定後に患者が死亡退院した場合、当該指導料の保険請求についてはどう取り扱うべきか。

A. 患者が死亡退院した場合は、退院時共同指導料に係る保険請求を取り下げる必要がある。

Q 4. 入院から在宅医療へ移行するにあたっては、病院（入院中）ではなく、退院直後に患家でカンファレンスを実施することもあるが、患家でカンファレンスを実施した場合にも退院時共同指導料は算定できるのか。

A. 退院時共同指導料は入院中の患者について算定するものであり、患家で指導を実施した場合には算定できない。

後期高齢者終末期相談支援料

Q 1. 後期高齢者終末期医療相談支援料については、どの時点で算定するのか。

A. 実施した時点ではなく、患者の死亡時に算定する。

その他（介護保険との関係）

Q 1. 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料や在宅患者緊急時等共同指導料など、在宅医療に関連する項目が新設されたが、これらの点数は、介護保険の適用患者である場合にも算定できると解釈して差し支えないか。

A. 差し支えない。介護保険の適用患者の場合は、在宅患者訪問薬剤管理指導料（医療保険）ではなく、居宅療養管理指導費または介護予防居宅療養管理指導費（いずれも介護保険）を算定することとされているが、今回新設された在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料や在宅患者緊急時等共同指導料などについては、医療保険を適用（算定）することができる。

また、介護保険の適用患者であって、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病または負傷に係る臨時の投薬が行われた場合（ただし、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料には該当しない場合）は、薬剤服用歴管理指導料または後期高齢者薬剤服用歴管理指導料を算定することができる。

※薬学管理料のうち、介護保険の適用患者（居宅療養管理指導費または介護予防居宅療養管理指導費を算定）であって算定可能な項目

- ・ 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（居宅療養管理指導の実施日は算定不可）
- ・ 退院時共同指導料
- ・ 後期高齢者終末期相談支援料
- ・ 薬剤服用歴管理指導料、後期高齢者薬剤服用歴管理指導料（当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の処方せんによって調剤を行った場合）

<<< 薬剤料、特定保険医療材料料 >>>

薬剤料

Q 1. 精神疾患患者等の社会復帰の観点から、経過を予見できる安定した患者に対しては、4月1日から一部の向精神薬の30日分投与が可能となった。これと同時に、一部の麻薬についても30日分投与が可能となるよう改正されたが、今回の改定で投与期間の上限が緩和された麻薬については、精神疾患患者への投与に限られるのか。

A. 精神疾患患者への投与に限られるものではない。今回の改定で行われた投与期間の上限の見直しは、向精神薬については精神疾患患者等の社会復帰の観点から、麻薬については外来および在宅での緩和ケアを推進する観点から、それぞれ行われたものと位置付けられている。

なお、投与期間に上限が設けられている麻薬または向精神薬の処方にあたっては、「薬物依存症候群の有無等、患者の病状や疾患の兆候に十分注意した上で、病状が安定し、その変化が予見できる患者に限って行う」とされているほか、「当該患者に既に処方した医薬品の残量及び他の医療機関における同一医薬品の重複処方の有無について患者に確認し、診療録に記載する」とされている（平成20年3月28日、保医発第0328001号）。

【参考】4月1日より30日分投与が可能として追加された医薬品

<内服薬>

エスタゾラム、塩酸オキシコドン、塩酸オキシコドン水和物、塩酸フルラゼパム、塩酸モルヒネ、クアゼパム、酒石酸ゾルピデム、トリアゾラム、ニメタゼパム、ハロキサゾラム、フルニトラゼパム、プロチゾラム、硫酸モルヒネ、ロルメタゼパム

<外用薬>

塩酸モルヒネ、フェンタニル

<<< その他 >>>

処方せん

Q 1. 旧様式の処方せん（「後発医薬品への変更可」欄）の取り扱いはどうなるのか。

A. 取り繕った上で使用されることになる。

Q 2. 4月1日から、義務教育就学前の子供や前期高齢者（70～74歳）の保険給付割合が変更となるが、これらを区別するための記号について、処方せんにはどのように記載されるのか。

A. 処方せんの「備考」欄に、未就学者の患者の場合は「6歳」、高齢受給者または後期高齢者医療受給対象者であって一般・低所得者の患者の場合は「高一」、高齢受給者または後期高齢者医療受給対象者であって7割給付の患者の場合は「高7」と記載される。

Q 3. 4月1日より、後期高齢者医療制度や新たな公費負担医療制度が施行されるが、これらの法別番号について、処方せんにはどのように記載されるのか。

A. 新たに設定された法別番号は、次のとおり。

<社会保険制度>

後期高齢者医療（高齢者の医療の確保に関する法律による療養の給付） → 「39」

<公費負担医療制度>

肝炎治療特別促進事業に係る医療の給付 → 「38」

中国残留邦人等に対する医療支援給付 → 「25」

Q 4. 後発医薬品への変更が可能な処方せんにおいて、先発医薬品と後発医薬品で効能・効果などに違いがある医薬品が含まれていた場合は、どのように取り扱うべきか。

A. 処方せんに記載されている先発医薬品を後発医薬品に変更して調剤することに差し支えがある場合は、処方医により、処方せんの処方欄（当該医薬品の近傍）もしくは備考欄に変更不可の旨が記載されることになっているが、後発医薬品への変更が可能な処方せんであっても、処方せんに記載されている先発医薬品の用法・用量または併用薬などから後発医薬品が有しない効能・効果に係る使用が推測されるなど、後発医薬品への変更にあたり疑義が生じた場合には、処方医に対して照会する必要がある。

なお、先発医薬品等と効能・効果等に違いがある後発医薬品リスト※（再審査期間中、特許期間中、審査期間中等の理由により、後発医薬品が効能を取得できないもの）については、日本ジェネリック製薬協会のホームページにも掲載されているので参考にされたい（<http://www.jga.gr.jp/>）。

※「先発医薬品等と効能・効果等に違いがある後発医薬品リスト」

（または「効能違いGEリスト」）

http://www.jga.gr.jp/Effect%20correction%20list%2008_3_27.pdf

後発医薬品

Q 1. 後発医薬品へ変更可能な処方せんの場合であっても、漢方製剤については変更の対象外（すなわち、他の銘柄の漢方製剤へ変更するためには疑義照会が必要）と解釈するのか。

A. そのとおり。漢方製剤の場合は、先発・後発という概念はないことから、後発医薬品への変更可能という指示には該当しない。

後期高齢者医療

Q 1. 75 歳以上の患者であって、生保単独扱いの処方せんの場合には、後期高齢者に係る調剤報酬点数を適用するのか。

A. 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）第 51 条では、75 歳以上の場合であっても、生活保護法による保護を受けている世帯（その保護を停止されている世帯を除く）に属する者は「後期高齢者医療広域連合が行う後期高齢者医療の被保険者としなす」とされているが、75 歳以上の生活保護制度の被保護者については後期高齢者に係る調剤報酬点数を適用する。ただし、後期高齢者医療制度は 75 歳に達した日から被保険者の資格を取得できるが、生活保護の医療扶助は月単位（すなわち、誕生月の翌月 1 日から）の適用となるので注意されたい。

また、75 歳以上の患者であっても、労災保険や公害医療に係る処方せんの場合には、一般医療（すなわち、後期高齢者医療以外）の調剤報酬点数を適用する。

掲示

Q 1. 調剤報酬点数表の通則に、「薬局内の見やすい場所に調剤報酬点数表の一覧等を掲示するとともに、患者の求めに応じて、その内容を説明すること」と追加されたが、これは、告示内容そのものを掲示するよう求めているのか。それとも、項目名称と点数が記載されている簡便な一覧表でも差し支えないか。

A. 別添に示すとおり、調剤報酬点数表の各項目とその点数が一覧になっているものでも差し支えない。また、同表は、日本薬剤師会雑誌（平成 20 年 4 月号）にも掲載しているので活用されたい。

調剤報酬点数表(平成 20 年 4 月 1 日施行)

《調剤技術料》

項 目	算定単位、上限	点数、割合
調剤基本料	処方せん受付 1 回につき	40 点
※1. 月 4000 回超かつ集中度 70%超の保険薬局		18 点
※2. 長期投薬の分割調剤時	1 分割調剤につき(2 回目以降の調剤時)	5 点
※3. 後発医薬品の分割調剤時	1 分割調剤につき(2 回目の調剤時)	5 点
基準調剤加算1		10 点
基準調剤加算2		30 点
後発医薬品調剤体制加算		4 点
調剤料		
内服薬	1 剤につき、3 剤まで	
14 日分以下の場合		
1～7 日目	1 日分につき	5 点
8～14 日目	1 日分につき	4 点
15 日分～21 日分の場合		68 点
22 日分以上の場合		77 点
屯服薬		21 点
浸煎薬	1 調剤につき、3 調剤まで	190 点
湯薬	1 調剤につき、3 調剤まで	190 点
一包化薬	7 日分につき	89 点
注射薬		26 点
外用薬	1 調剤につき、3 調剤まで	10 点
内服用滴剤	1 調剤につき	10 点
嚥下困難者用製剤加算	(内服薬のみ)	80 点
無菌製剤処理加算(中心静脈栄養法用輸液)	1 日につき(注射薬のみ)	40 点
無菌製剤処理加算(抗悪性腫瘍剤)	1 日につき(注射薬のみ)	50 点
麻薬加算	1 調剤につき	70 点
向精神薬加算	1 調剤につき	8 点
覚せい剤原料加算	1 調剤につき	8 点
毒薬加算	1 調剤につき	8 点
時間外加算	(調剤基本料+調剤料+後発調剤加算)	100/100
休日加算	(調剤基本料+調剤料+後発調剤加算)	140/100
深夜加算	(調剤基本料+調剤料+後発調剤加算)	200/100
夜間・休日等加算	処方せん受付 1 回につき	40 点
自家製剤加算 <特別の乳幼児用製剤以外>	(内服薬、屯服薬)	
錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤(内服薬)	7 日分につき	20 点
錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤(屯服薬)	1 調剤につき	90 点
液剤	1 調剤につき	45 点
自家製剤加算 <特別の乳幼児用製剤>	(内服薬、屯服薬)	
錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤	1 調剤につき	120 点
液剤	1 調剤につき	75 点
自家製剤加算	(外用薬)	
錠剤、トロ―チ剤、軟・硬膏剤、パップ剤、リニメント剤、坐剤	1 調剤につき	90 点
点眼剤、点鼻・点耳剤、浣腸剤	1 調剤につき	75 点
液剤	1 調剤につき	45 点
計量混合調剤加算 <特別の乳幼児用製剤以外>	(内服薬、屯服薬、外用薬)	
液剤	1 調剤につき	35 点
散剤、顆粒剤	1 調剤につき	45 点
軟・硬膏剤	1 調剤につき	80 点
計量混合調剤加算 <特別の乳幼児用製剤>	(内服薬、屯服薬、外用薬)	
液剤	1 調剤につき	75 点
散剤、顆粒剤	1 調剤につき	90 点
軟・硬膏剤	1 調剤につき	80 点
後発医薬品調剤加算	1 調剤(1 剤)につき	2 点

《薬学管理料》

項目	算定単位、上限	点数、割合
薬剤服用歴管理指導料	処方せん受付1回につき	30点
麻薬管理指導加算		22点
重複投薬・相互作用防止加算(処方変更あり)		20点
重複投薬・相互作用防止加算(処方変更なし)		10点
後期高齢者薬剤服用歴管理指導料	処方せん受付1回につき	35点
麻薬管理指導加算		22点
重複投薬・相互作用防止加算(処方変更あり)		20点
重複投薬・相互作用防止加算(処方変更なし)		10点
薬剤情報提供料(後期高齢者を除く)	処方せん受付1回につき、月4回まで	15点
長期投薬情報提供料		
長期投薬情報提供料1	情報提供1回につき	18点
長期投薬情報提供料2	服薬指導1回につき	28点
後発医薬品情報提供料	処方せん受付1回につき	10点
調剤情報提供料	処方せん受付1回につき	15点
服薬情報提供料	月1回に限り	15点
服薬指導情報提供加算		15点
外来服薬支援料		185点
在宅患者訪問薬剤管理指導料	月4回(がん末期患者等は月8回)まで	
在宅療養患者		500点
居住系施設入居者等		350点
麻薬管理指導加算		100点
在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	月4回まで	500点
麻薬管理指導加算		100点
在宅患者緊急時等共同指導料	月2回まで	700点
麻薬管理指導加算		100点
退院時共同指導料	入院中1回(がん末期患者等は2回)まで	600点
後期高齢者終末期相談支援料	患者1人につき	200点

《薬剤料》

項目	算定単位、上限	点数、割合
使用薬剤料(所定単位につき15円以下の場合)	調剤料の所定単位につき	1点
〃 (所定単位につき15円を超える場合)	調剤料の所定単位につき	10円又はその端数を増すごとに1点

《特定保険医療材料料》

項目	算定単位、上限	点数、割合
特定保険医療材料	厚生労働大臣が定めるものを除く	材料価格を10円で除して得た点数

注1. 調剤報酬点数 = 調剤技術料 + 薬学管理料 + 薬剤料 + 特定保険医療材料料

注2. 1点 = 10円