

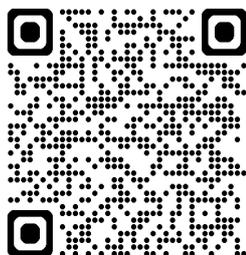
令和6年10月からの 医薬品の自己負担の新たな仕組み

- 後発医薬品(ジェネリック医薬品)があるお薬で、先発医薬品の処方を希望される場合は、特別の料金をお支払いいただきます。
- この機会に、後発医薬品の積極的な利用をお願いいたします。

- 後発医薬品は、先発医薬品と有効成分が同じで、同じように使っていただけるお薬です。
- 先発医薬品と後発医薬品の薬価の差額の4分の1相当を、特別の料金として、医療保険の患者負担と合わせてお支払いいただきます。
- 先発医薬品を処方・調剤する医療上の必要があると認められる場合等は、特別の料金は要りません。

新たな仕組みについて

特別の料金の対象となる
医薬品の一覧などはこちらへ



後発医薬品について

後発医薬品（ジェネリック医薬品）
に関する基本的なこと



※ QRコードから厚生労働省HPの関連ページにアクセスできます。

将来にわたり国民皆保険を守るため
皆さまのご理解とご協力をお願いいたします



特別の料金の計算方法

先発医薬品と後発医薬品の価格差の4分の1相当を特別の料金としてお支払いいただきます。

例えば、先発医薬品の価格が1錠100円、後発医薬品の価格が1錠60円の場合、差額40円の4分の1である10円を、通常の1～3割の患者負担とは別にお支払いいただきます。



※「特別の料金」は課税対象であるため、消費税分を加えてお支払いいただきます。

※端数処理の関係などで特別の料金が4分の1ちょうどにならない場合もあります。詳しくは厚生労働省HPをご覧ください。

※後発医薬品がいくつか存在する場合は、薬価が一番高い後発医薬品との価格差で計算します。

※薬剤料以外の費用（診療・調剤の費用）はこれまでと変わりません。

Q&A

Q1. すべての先発医薬品が「特別の料金」を支払う対象となりますか。

A. いわゆる長期収載品（ちょうきしゅうさいひん）と呼ばれる、同じ成分の後発医薬品がある先発医薬品が対象となります。

Q2. なぜ「特別の料金」を支払わなくてはいけないのですか。

A. みなさまの保険料や税金でまかなわれる医療保険の負担を公平にし、将来にわたり国民皆保険を守っていくため、国は、価格の安い後発医薬品への置き換えを進めています。そのため、医療上の必要性がある場合等を除き、より価格の高い一部の先発医薬品を希望される場合には、「特別の料金」として、ご負担をお願いすることとなりました。これにより、医療機関・薬局の収入が増えるわけではなく、保険給付が減少することにより医療保険財政が改善されますので、ご理解とご協力をお願いします。

Q3. どのような場合に「特別の料金」を支払うこととなりますか。

A. 例えば、“使用感”や“味”など、お薬の有効性に関係のない理由で先発医薬品を希望する場合に「特別の料金」をご負担いただきます。過去に当該後発医薬品において副作用が出たことがある場合等は、医師、歯科医師、薬剤師等にご相談ください。

Q4. 流通の問題などにより、医療機関や薬局に後発医薬品の在庫がない場合には「特別の料金」が発生しますか。

A. 流通の問題などにより、医療機関や薬局に後発医薬品の在庫がない場合には、「特別の料金」を支払う必要はありません。

当薬局における患者様に実費ご負担をいただくサービス等について

○容器代

軟膏容器 : 30円~50円

水薬瓶 : 70円~100円

点鼻容器 : 50円

* 衛生管理上、容器の持ち込みはご遠慮くださいますようお願い申し上げます。

○患者様希望による一包化 ※処方箋の指示によらないもの

7日分ごとに : 340円

○患者様希望によるご自宅等への調剤した医薬品の持参料

公共交通機関を利用してお伺いする場合 : 実費

自家用車等を利用する場合 :

営業時間内 当薬局~お届け先までの距離が 0~2km 500円 2~5km 1000円

5~10km 1500円

営業時間外 別途相談

○患者様希望によるご自宅等への調剤した医薬品、オンライン服薬指導の際の調剤した

医薬品の配送料

梱包資材含めた実費相当額

「個別の調剤報酬の算定項目の分かる明細書」の発行について

当薬局では、医療の透明化や患者様への情報提供を積極的に推進していく観点から、領収証の発行の際に、個別の調剤報酬の算定項目の分かる明細書を無料で発行しております。

また、公費負担医療を受給され、医療費の自己負担のない方についても明細書を無料で発行することといたしました。

明細書には、調剤に使用されたお薬の名前や服用量などが記載されております。ご家族など代理の方が会計される場合も、同様の明細書をお渡しすることになりますので、明細書の発行を希望されない場合は、お手数ですが事前にその旨お申し出ください。

調剤管理料

患者さまやご家族から伺った投薬歴や副作用・アレルギーの有無、服薬の状況、お薬手帳の情報、医薬品リスク管理計画(RMP)などをもとに、薬剤師が薬学的に分析・評価を行います。その上で、患者さま一人ひとりに適した薬剤服用歴の記録や必要な薬学的管理を実施しています。必要と判断される場合には、処方内容について医師へ提案を行うこともあります。

服薬管理指導料

患者さまごとに作成した薬剤服用歴をもとに、処方されたお薬に重複や相互作用、アレルギーのリスクがないかを確認しています。その上で、薬剤情報提供文書等を用いて、お薬の正しい服用方法や注意点についてご説明しています。また、お薬をお渡しする際には、患者さまの服薬状況や体調の変化、残薬の有無などを確認しながら、適切にお薬を使用していただくために必要な情報を丁寧にお伝えしています。薬をお渡しした後も、服薬中の体調の変化や服薬状況について継続的に確認を行い、必要に応じて追加の説明やアドバイスを実施しています。

調剤報酬点数表（令和7年4月1日施行）

第1節 調剤技術料

令和7年3月12日、日本薬剤師会作成

項目	届出	主な要件、算定上限	点数
調剤基本料		処方箋受付1回につき	注1) 妥結率50%以下などは▲50%で算定 注2) 異なる保険医療機関の複数処方箋の同時受付、1枚目以外は▲20%で算定
① 調剤基本料 1	○	②～⑤以外、または 医療資源の少ない地域に所在する保険薬局	45点
② 調剤基本料 2	○	処方箋受付回数および集中度が、次のいずれかに該当する保険薬局 イ) 月4,000回超 & 上位3医療機関に係る合計受付回数の集中度70%超 ロ) 月2,000回超 & 集中度85%超 ハ) 月1,800回超 & 集中度95%超 ニ) 特定の保険医療機関に係る処方箋が月4,000回超 ※1. 保険薬局と同一建物内の複数保険医療機関の受付回数は合算 ※2. 同一グループの他の保険薬局で集中度が最も高い保険医療機関が同一の場合は、当該処方箋受付回数を含む	29点
③ 調剤基本料 3	○	同一グループの保険薬局の処方箋受付回数（または店舗数）の合計および当該薬局の集中度が、次のいずれかに該当する保険薬局 イ) ・月3.5万回超～4万回以下 & 集中度95%超 ・月4万回超～40万回以下 & 集中度85%超 ・月3.5万回超 & 特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引 ロ) ・月40万回超（または 300店舗以上） & 集中度85%超 ・月40万回超（または 300店舗以上） & 特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引 ハ) ・月40万回超（または 300店舗以上） & 集中度85%以下	イ) 24点 ロ) 19点 ハ) 35点
④ 特別調剤基本料 A	○	保険医療機関と特別な関係（同一敷地内） & 集中度50%超の保険薬局 ※1. 地域支援体制加算・後発医薬品調剤体制加算等は▲90%で算定 ※2. 薬学管理料に属する項目（一部を除く）は算定不可 ※3. 1処方につき7種類以上の内服薬の薬剤料は▲10%で算定	5点
⑤ 特別調剤基本料 B	-	調剤基本料に係る届出を行っていない保険薬局 ※1. 調剤基本料の各種加算および薬学管理料に属する項目は算定不可 ※2. 1処方につき7種類以上の内服薬の薬剤料は▲10%で算定	3点
分割調剤（長期保存の困難性等）		1分割調剤につき（1処方箋の2回目以降）	5点
（後発医薬品の試用）		1分割調剤につき（1処方箋の2回目のみ）	5点
地域支援体制加算 1	○	調剤基本料 1 の保険薬局、基本体制 + 必須1 + 選択2以上	32点
地域支援体制加算 2	○	調剤基本料 1 の保険薬局、基本体制 + 選択8以上	40点
地域支援体制加算 3	○	調剤基本料 1 以外の保険薬局、基本体制 + 必須2 + 選択1以上	10点
地域支援体制加算 4	○	調剤基本料 1 以外の保険薬局、基本体制 + 選択8以上	32点
連携強化加算	○	災害・新興感染症発生時等の対応体制	5点
後発医薬品調剤体制加算 1、2、3	○	後発医薬品の調剤数量が80%以上、85%以上、90%以上	加算 1 : 21点、2 : 28点、3 : 30点
後発医薬品減算	-	後発医薬品の調剤数量が50%以下、月600回以下の保険薬局を除く	▲5点
在宅薬学総合体制加算 1	○	在宅患者訪問薬剤管理指導料等24回以上、緊急時対応、医療・衛生材料等	15点
在宅薬学総合体制加算 2	○	同加算 1 の算定要件、①医療用麻薬（注射薬含）の備蓄 & 無菌製剤処理体制 または ②乳幼児・小児特定加算6回、かかりつけ薬剤師24回、高度管理医療機器ほか	50点
医療DX推進体制整備加算 1	○	電子処方箋、電子薬歴、マイナ保険証 45%以上、マイナビ相談ほか、月1回まで	10点
医療DX推進体制整備加算 2	○	電子処方箋、電子薬歴、マイナ保険証 30%以上、マイナビ相談ほか、月1回まで	8点
医療DX推進体制整備加算 3	○	電子処方箋、電子薬歴、マイナ保険証 15%以上 ほか、月1回まで	6点
薬剤調剤料			
内服薬		1剤につき、3剤分まで	24点
屯服薬			21点
浸煎薬		1調剤につき、3調剤分まで	190点
湯薬		1調剤につき、3調剤分まで	7日分以下 190点 8～27日分 190点 + 10点/1日分(8日目以上の部分) 28日分以上 400点
注射薬			26点
外用薬		1調剤につき、3調剤分まで	10点
内服用滴剤		1調剤につき	10点
無菌製剤処理加算	○	1日につき ※注射薬のみ	
中心静脈栄養法用輸液		2以上の注射薬を混合	69点（6歳未満 137点）
抗悪性腫瘍剤		2以上の注射薬を混合（生理食塩水等で希釈する場合を含む）	79点（6歳未満 147点）
麻薬		麻薬を含む2以上の注射薬を混合（ " ）または 原液を無菌的に充填	69点（6歳未満 137点）
麻薬等加算（麻薬、向精神薬、覚醒剤原料、毒薬）		1調剤につき	麻薬 70点、麻薬以外 8点
自家製剤加算（内服薬）		1調剤につき	
錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、I・X剤		錠剤を分割した場合は20/100に相当する点数を算定	7日分につき 20点
液剤			45点
自家製剤加算（屯服薬）		1調剤につき	
錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、I・X剤			90点
液剤			45点
自家製剤加算（外用薬）		1調剤につき	
錠剤、トロ子剤、軟・硬膏剤、パップ剤、リメント剤、坐剤			90点
点眼剤、点鼻・点耳剤、浣腸剤			75点
液剤			45点
計量混合調剤加算		1調剤につき ※内服薬・屯服薬・外用薬	
液剤			35点
散剤、顆粒剤			45点
軟・硬膏剤			80点
時間外等加算（時間外、休日、深夜）		基礎額 = 調剤基本料（加算含） + 薬剤調剤料 + 無菌製剤処理加算 + 調剤管理料	基礎額の100%（時間外）、 140%（休日）、200%（深夜）
夜間・休日等加算		処方箋受付1回につき	40点

第2節 薬学管理料

項目	届出	主な要件、算定上限	点数
調剤管理料		処方箋受付1回につき、薬剤服用歴の記録・管理	
① 内服薬あり		内服薬 1剤につき、3剤分まで	7日分以下 4点、8～14日分 28点 15～28日分 50点、29日分以上 60点
② ①以外			4点
重複投薬・相互作用等防止加算		処方変更あり	残薬調整以外 40点、残薬調整 20点
調剤管理加算	-	複数医療機関から合計6種類以上の内服薬が処方されている患者	初来局時 3点 2回目以降（処方変更・追加） 3点
医療情報取得加算	-	オンライン資格確認体制、1年に1回まで	1点
服薬管理指導料		処方箋受付1回につき、薬剤情報提供・服薬指導	
① 通常（②・③以外）		3か月以内の再調剤（手帳による情報提供あり）または それ以外	再調剤 45点、それ以外 59点
② 介護老人福祉施設等入所者		ショートステイ等の利用者も対象、オンラインによる場合含む。月4回まで	45点
③ 情報通信機器を使用（オンライン）		3か月以内の再調剤（手帳による情報提供あり）または それ以外	再調剤 45点、それ以外 59点
麻薬管理指導加算			22点
特定薬剤管理指導加算 1		厚生労働大臣が定める特に安全管理が必要な医薬品	新たに処方 10点、指導の必要 5点
特定薬剤管理指導加算 2	○	抗悪性腫瘍剤の注射 & 悪性腫瘍の治療に係る調剤、月1回まで	100点
特定薬剤管理指導加算 3		イ) 医薬品リスク管理計画に基づく指導、対象医薬品の最初の処方時1回まで ロ) 選定療養（長期収載品の選択）等の説明、対象薬の最初の処方時1回	5点 10点
乳幼児服薬指導加算		6歳未満の乳幼児	12点
小児特定加算		医療的ケア児（18歳未満）	350点
吸入薬指導加算		喘息または慢性閉塞性肺疾患の患者、3月に1回まで	30点
	-	3か月以内の再調剤のうち手帳の活用実績が50%以下、加算は算定不可	13点
服薬管理指導料（特例）	-	処方箋受付1回につき、かかりつけ薬剤師との連携対応、かかりつけ薬剤師指導料等の算定患者	59点
かかりつけ薬剤師指導料	○	処方箋受付1回につき、服薬情報等提供料の併算定不可	76点
麻薬管理指導加算			22点
特定薬剤管理指導加算 1		厚生労働大臣が定める特に安全管理が必要な医薬品	新たに処方 10点、指導の必要 5点
特定薬剤管理指導加算 2	○	抗悪性腫瘍剤の注射 & 悪性腫瘍の治療に係る調剤、月1回まで	100点
特定薬剤管理指導加算 3		イ) 医薬品リスク管理計画に基づく指導、対象医薬品の最初の処方時1回まで ロ) 選定療養（長期収載品の選択）等の説明、対象薬の最初の処方時1回	5点 10点
乳幼児服薬指導加算		6歳未満の乳幼児	12点
小児特定加算		医療的ケア児（18歳未満）	350点
吸入薬指導加算		喘息または慢性閉塞性肺疾患の患者、3月に1回まで	30点
かかりつけ薬剤師包括管理料	○	処方箋受付1回につき	291点
外来服薬支援料 1		月1回まで	185点
外来服薬支援料 2		一包化支援、内服薬のみ	34点/7日分、43日分以上 240点
施設連携加算		入所中の患者を訪問、施設職員と協働した服薬管理・支援、月1回まで	50点
服用薬剤調整支援料 1		内服薬6種類以上→2種類以上減少、月1回まで	125点
服用薬剤調整支援料 2	-	内服薬6種類以上→処方医への重複投薬等の解消提案、3月に1回まで 重複投薬等の解消の実績あり または それ以外	実績あり 110点、それ以外 90点
調剤後薬剤管理指導料		地域支援体制加算の届出を行っている保険薬局、月1回まで 1) 糖尿病患者、糖尿病用剤の新たな処方または投薬内容の変更 2) 慢性心不全患者、心疾患による入院経験あり	60点 60点
服薬情報等提供料 1		保険医療機関からの求め、文書による情報提供、月1回まで	30点
服薬情報等提供料 2		薬剤師が必要ありと判断、文書による情報提供、月1回まで イ) 保険医療機関、ロ) リフィル処方箋の調剤後、ハ) 介護支援専門員	20点
服薬情報等提供料 3		保険医療機関からの求め、入院予定患者、3月に1回まで	50点
在宅患者訪問薬剤管理指導料	○	在宅療養患者、医師の指示、薬学的管理指導計画	
① 単一建物患者 1人		合わせて月4回まで（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬投与が必要な患者、中心静脈栄養法の患者は週2回&月8回まで） 保険薬剤師1人につき週40回まで（①～④合わせて）	650点
② 単一建物患者 2～9人			320点
③ 単一建物患者 10人以上			290点
④ 在宅患者オンライン薬剤管理指導料			59点
麻薬管理指導加算		オンラインの場合は処方箋受付1回につき	100点（オンライン 22点）
在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	○	医療用麻薬持続注射療法を行っている在宅患者、オンライン不可	250点
乳幼児加算		6歳未満の乳幼児、オンラインの場合は処方箋受付1回につき	100点（オンライン 12点）
小児特定加算		医療的ケア児（18歳未満）、オンラインの場合は処方箋受付1回につき	450点（オンライン 350点）
在宅中心静脈栄養法加算	○	在宅中心静脈栄養法を行っている患者、オンライン不可	150点
在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料		在宅療養患者、医師の指示、状態の急変等に伴う対応 ※新興感染症対応	
① 計画的な訪問薬剤指導に係る疾患の急変		合わせて月4回まで（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬投与が必要な患者は、①②を合わせ原則として月8回まで） 主治医と連携する他の保険医の指示でも可	500点
② ①・③以外			200点
③ 在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料			59点
麻薬管理指導加算		オンラインの場合は処方箋受付1回につき	100点（オンライン 22点）
在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	○	医療用麻薬持続注射療法を行っている患者、オンライン不可	250点
乳幼児加算		6歳未満の乳幼児、オンラインの場合は処方箋受付1回につき	100点（オンライン 12点）
小児特定加算		医療的ケア児（18歳未満）、オンラインの場合は処方箋受付1回につき	450点（オンライン 350点）
在宅中心静脈栄養法加算	○	在宅中心静脈栄養法を行っている患者、オンライン不可	150点
夜間・休日・深夜訪問加算		末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬投与が必要な患者	夜間400点、休日600点、深夜1,000点
在宅患者緊急時等共同指導料		在宅療養患者、主治医と連携する他の保険医の指示でも可、月2回まで	700点
麻薬管理指導加算			100点
在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	○	医療用麻薬持続注射療法を行っている患者	250点
乳幼児加算		6歳未満の乳幼児	100点
小児特定加算		医療的ケア児（18歳未満）	450点
在宅中心静脈栄養法加算	○	在宅中心静脈栄養法を行っている患者	150点
在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料		在宅患者訪問薬剤管理指導料または居宅療養管理指導費の算定患者 1) 疑義照会に伴う処方変更、2) 処方箋交付前の処方提案に伴う処方箋	残薬調整以外 40点、残薬調整 20点
経管投薬支援料		初回のみ	100点
在宅移行初期管理料		在宅療養開始前の管理・指導、在宅患者訪問薬剤管理指導料等の初回に算定	230点
退院時共同指導料		入院中1回（末期の悪性腫瘍の患者等は入院中2回）まで、ビデオ通話可	600点

第3節 薬剤料

項目	主な要件	点数
使用薬剤料（所定単位につき15円以下の場合）	薬剤調製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）	“	10円又はその端数を増すごとに1点
多剤投与時の通減措置	1処方につき7種類以上の内服薬、特別調剤基本料A・Bの保険薬局の場合	所定点数の90/100に相当する点数

第4節 特定保険医療材料料

項目	主な要件	点数
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

介護報酬（令和6年6月1日施行分）

項目	主な要件、算定上限	単位数
居宅療養管理指導費、介護予防居宅療養管理指導費	《薬局の薬剤師の場合》	
① 単一建物居住者 1人	合わせて月4回まで（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬投与が必要な患者、中心静脈栄養法の患者は週2回&月8回まで）	518単位
② 単一建物居住者 2～9人		379単位
③ 単一建物居住者 10人以上		342単位
④ 情報通信機器を用いた服薬指導		46単位
麻薬管理指導加算		100単位
医療用麻薬持続注射療法加算	医療用麻薬持続注射療法を行っている患者、オンライン不可	250単位
在宅中心静脈栄養法加算	在宅中心静脈栄養法を行っている患者、オンライン不可	150単位
特別地域加算		所定単位数の15%
中山間地域等小規模事業所加算		所定単位数の10%
中山間地域等居住者サービス提供加算		所定単位数の 5%