

# 日医工医療行政情報

<https://stu-ge.nichiiko.co.jp/>

## 2026年度診療報酬改定 「答申」から（病院薬剤師関連）

作成：日医工株式会社 MPSグループ

参考資料： 2026年2月13日 中医協総会資料別紙「医科報酬点数表」  
2026年2月13日 中医協総会資料「個別改定項目について」

資料No.20260213-2210

(2月13日修正)

・「訪問薬剤管理医師同時指導料」は調剤報酬項目のため削除しました

本資料は、2026年2月13日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

- 本資料は、厚生労働省および関連する部署が発出する資料をもとに作成した資料です。
- 本資料は、自社医薬品の製品プロモーションに係る内容は記載していません。
- 資料中に薬剤の一般名（成分名）が記載される場合がございますが、自社医薬品を意図した記載ではございません。
- 本資料に引用された図などについては、引用元のポリシーなどを遵守し記載しております。
- 引用された資料等で許諾が必要な場合には、所定の手続きを行い許諾を受けております。
- 本資料には、著作権等がございます。  
二次使用につきましては、ご相談等、承りますので下記フォームからお問い合わせください。  
**なお、フォームの送付のみで使用を許諾するものではございませんのでご注意ください。**
- 本資料に関するご質問等は、下記フォームからお受けしております。

ご質問等 受付フォーム：

<https://stu-ge.nichiiko.co.jp/inquiries/new>



お手持ちのモバイル機器からも送信できます ⇒

●本資料は、厚労省が公開した短冊（個別改定項目について）の内容を、主に病院薬剤師が関わる項目を中心に整理しています

ページ	項目		項目	
4-5	ベースアップ評価料		20	処方箋様式
6-7	病棟薬剤業務実施加算		21	(新) 遠隔電子処方箋活用加算
8	薬剤総合評価調整加算		22-23	(新) 地域支援・医薬品供給対応体制加算
9	感染対策向上加算	他施設連携 配置の柔軟化	24-27	バイオ後続品使用体制加算
10	医療安全対策加算		28-29	一般名処方加算
11-12	緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料		30-31	療担（バイオ後続品）
13	(新) 投与時閉鎖式接続器具使用加算 (無菌製剤処理料1)		32	長期収載品の選定療養
			33	処方箋料
14	外来腫瘍化学療法診療料		34-36	除外薬剤・注射薬（基本診療料）
15-18	地域包括診療加算・診療料、 薬剤適正使用連携加算	適正使用	37	医薬品の保険給付（たん白アミノ酸製剤）
19	在宅時医学総合管理料、 施設入居時等医学総合管理料			

適正使用

後発医薬品  
バイオ後続品促進

賃金対応 等

## 外来・在宅ベースアップ評価料（I）、入院ベースアップ評価料

現 行	改 定 案
<p>【外来・在宅ベースアップ評価料（I）】</p> <p>1 初診時 <u>6点</u></p> <p>2 再診時等 <u>2点</u></p> <p>3 訪問診療時</p> <p>イ 同一建物居住者等以外の場合 <u>28点</u></p> <p>ロ イ以外の場合 <u>7点</u></p> <p>(略)</p> <p>(新設)</p> <p>・継続的に賃上げを実施している医療機関とそれ以外の医療機関で評価を分ける</p> <p>(新設)</p> <p>(新設) ・2026年度と2027年度で段階的に評価</p> <p>【入院ベースアップ評価料】</p> <p>1 入院ベースアップ評価料 1 <u>1点</u></p> <p>2～164 (略)</p> <p>165 入院ベースアップ評価料165 <u>165点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>(新設)</p>	<p style="text-align: right;">賃上げに向けた評価の見直し</p> <p>【外来・在宅ベースアップ評価料（I）】</p> <p>1 初診時 <u>17点</u></p> <p>2 再診時等 <u>4点</u></p> <p>3 訪問診療時</p> <p>イ 同一建物居住者等以外の場合 <u>79点</u></p> <p>ロ イ以外の場合 <u>19点</u></p> <p>(略)</p> <p>・確実な賃上げを更に推進する観点から評価を見直し</p> <p><b>5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、継続して賃上げに係る取組を実施した保険医療機関については、1、2、3のイ及び3のロの所定点数に代えて、それぞれ23点、6点、107点及び26点を算定する。</b></p> <p><b>6 1から3までに規定する点数について、令和9年6月以降においては、それぞれ所定点数の100分の200に相当する点数により算定する。</b></p> <p><b>7 注5に規定する点数について、令和9年6月以降においては1、2、3のイ及び3のロの所定点数に代えて、それぞれ40点、10点、186点及び45点を算定する。</b></p> <p>【入院ベースアップ評価料】</p> <p>1 入院ベースアップ評価料 1 <u>1点</u></p> <p>2～499 (略)</p> <p><b>500 入院ベースアップ評価料500 <u>500点</u></b></p> <p>[算定要件]</p> <p><b>2 251から500までに規定する点数については、令和9年6月以降において算定する。</b></p> <p>・年度ごとの段階的な評価</p>

本資料は、2026年2月13日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

賃金対応 等

賃上げに向けた評価の見直し

## 看護職員処遇改善評価料 外来・在宅ベースアップ評価料 (I) ・ (II)

現 行	改 定 案
<p>【看護職員処遇改善評価料】 【施設基準】 (1)～(4) (略) (5) (3)について、安定的な賃金改善を確保する観点から、当該評価料による賃金改善の合計額の3分の2以上は、基本給又は決まって毎月支払われる手当(以下「基本給等」という。)の引上げ(以下「ベア等」という。)により改善を図ること。 ただし、令和6年度及び令和7年度に、翌年度以降のベア等の改善のために繰り越しを行った場合においては、当該評価料の算定額から当該繰り越しを行った額を控除した額のうち3分の2以上をベア等により改善を図ることで足りるものとする。 (6)～(10) (略)</p>	<p>【看護職員処遇改善評価料】 【施設基準】 (1)～(4) (略) (5) (3)について、安定的な賃金改善を確保する観点から、当該評価料による賃金改善の合計額の3分の2以上は、基本給又は決まって毎月支払われる手当(以下「基本給等」という。)の引上げ(以下「ベア等」という。)により改善を図ること <b>なお、恒常的に夜間を含む交替勤務制をとっている職場の職員に支払われる夜勤手当については、毎月支払われる手当に準じて基本給等に含めて差し支えない。</b> (6)～(10) (略)</p>
<p>・夜勤職員の確保を行う観点から、看護職員処遇改善評価料による収入を、夜勤手当の増額に用いることを可能とする</p>	<p>※ <b>外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び(II)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び(II)並びに入院ベースアップ評価料においても同様。</b></p>

病棟薬剤業務

# 病棟薬剤業務実施加算

病棟薬剤業務実施加算の  
評価の見直し

現 行	改 定 案
<p>【病棟薬剤業務実施加算】 (新設)</p> <p><u>1</u> 病棟薬剤業務実施加算<u>1</u> (週1回) 120点 <u>2</u> 病棟薬剤業務実施加算<u>2</u> (1日につき) 100点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟等において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))及び第3節の特定入院料のうち、病棟薬剤業務実施加算1又は病棟薬剤業務実施加算2を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、病棟薬剤業務実施加算1にあつては週1回に限り、病棟薬剤業務実施加算2にあつては1日につき所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料(精神病棟に限る。)を算定している患者については、入院した日から起算して8週間を限度とする。</p> <p>2 病棟薬剤業務の質の向上を図るための薬剤師の研修体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であつて、病棟薬剤業務実施加算1を算定しているものについて、薬剤業務向上加算として、週1回に限り100点を所定点数に加算する。</p>	<p>【病棟薬剤業務実施加算】</p> <p><u>1</u> <b>病棟薬剤業務実施加算1 (週1回) 300点</b> <u>2</u> 病棟薬剤業務実施加算<u>2</u> (週1回) 120点 <u>3</u> 病棟薬剤業務実施加算<u>3</u> (1日につき) 100点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟等において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))及び第3節の特定入院料のうち、病棟薬剤業務実施加算1から病棟薬剤業務実施加算3までのいずれかを算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、病棟薬剤業務実施加算1及び病棟薬剤業務実施加算2にあつては週1回に限り、<b>病棟薬剤業務実施加算3</b>にあつては1日につき所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料(精神病棟に限る。)を算定している患者については、入院した日から起算して8週間を限度とする。</p> <p>2 病棟薬剤業務の質の向上を図るための薬剤師の研修体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であつて、病棟薬剤業務実施加算1又は<b>病棟薬剤業務実施加算2</b>を算定しているものについて、薬剤業務向上加算として、週1回に限り100点を所定点数に加算する。</p>

・薬剤総合評価調整加算と退院時薬剤情報管理指導料の算定回数が多い場合の評価を新設

本資料は、2026年2月13日迄の情報に基づき、日医工(株)が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

病棟薬剤業務

# 病棟薬剤業務実施加算

病棟薬剤業務実施加算の  
評価の見直し

現 行	改 定 案
<p>【病棟薬剤業務実施加算】 〔施設基準〕 三十五の四 病棟薬剤業務実施加算の施設基準 (新設)</p>	<p>【病棟薬剤業務実施加算】 〔施設基準〕 三十五の四 病棟薬剤業務実施加算の施設基準 <b>(1) 病棟薬剤業務実施加算 1 の施設基準</b> <b>イ 病棟ごとに専任の薬剤師が配置されていること。</b> <b>ロ 薬剤師が実施する病棟における薬剤関連業務につき、病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性並びに安全性に資するために十分な時間が確保されていること。</b> <b>ハ 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有すること。</b> <b>ニ 当該保険医療機関における医薬品の使用に係る状況を把握するとともに、医薬品の安全性に係る重要な情報を把握した際に、速やかに必要な措置を講じる体制を有していること。</b> <b>ホ 薬剤管理指導料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。</b> <b>ヘ 薬剤総合評価調整業務及び退院時薬剤情報管理指導につき十分な実績を有していること。</b> <b>(2) 病棟薬剤業務実施加算 2 の施設基準</b> <b>(1) のイからホまでに該当する保険医療機関であること。</b> (削除) <b>(3) 病棟薬剤業務実施加算 3 の施設基準</b> イ～ホ (略) <b>(4) (略)</b></p>
<p>イ：病棟ごとに専任の薬剤師配置 ロ：病棟薬剤業務について勤務医の負担軽減や薬物療法の有効性・安全性に資するための十分な時間の確保 ハ：DI室 ニ：院内の医薬品使用状況の把握と安全性に関する重要な情報を把握した際に速やかに必要な措置を講じる体制の整備 ホ：薬剤管理指導料の届出 <b>ヘ：薬剤総合評価調整業務と退院時薬剤情報管理指導の十分な実績 (具体的な要件は短冊に記載なし、3月発出見込みの通知で要確認)</b></p>	
<p>(1) 病棟薬剤業務実施加算 1 の施設基準 (新設) イ～ホ (略) (2) 病棟薬剤業務実施加算 2 の施設基準 イ～ホ (略) (3) (略)</p>	

本資料は、2026年2月13日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

他施設連携  
薬剤適正使用

薬剤総合評価調整加算の  
見直し

# 薬剤総合評価調整加算 (廃止) 退院時薬剤情報連携加算

現 行	改 定 案
<p>【薬剤総合評価調整加算】 A 2 5 0 薬剤総合評価調整加算（退院時 1 回） <u>100点</u> 注 1 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時 1 回に限り所定点数に加算する。 イ 入院前に 6 種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合 ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院 1 年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を 4 種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合</p>	<p>【薬剤総合評価調整加算】 A 2 5 0 薬剤総合評価調整加算（退院時 1 回） <b>160点</b> 注 1 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時 1 回に限り所定点数に加算する。 イ 入院前に 6 種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導<b>及び情報連携</b>を行った場合 ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院 1 年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を 4 種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導<b>及び情報連携</b>を行った場合</p>
<p>【退院時薬剤情報連携加算】 注 2 保険医療機関が、入院前の内服薬の変更をした患者又は服用を中止した患者について、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、その理由や変更又は中止後の当該患者の状況を文書により提供した場合に、退院時薬剤情報連携加算として、60点を所定点数に加算する。</p>	<p>【退院時薬剤情報連携加算】 (削除)</p> <p>・ポリファーマシー対策が途切れてしまうことを防止する観点（転院・退院等があっても継続的な薬物治療を行う観点）から、病院薬剤師による施設間の薬剤情報連携が促進されるよう、薬剤総合評価調整加算の要件に、転院時又は退院時における施設間での文書による薬剤情報連携を追加し、評価を見直し ・退院時薬剤情報連携加算（退院時薬剤情報管理指導料の加算）は廃止</p>

他施設連携  
配置の柔軟化

# 感染対策向上加算

感染対策向上加算等における  
専従要件の見直し

現 行	改 定 案
<p>【感染対策向上加算】 〔施設基準〕 第21 感染対策向上加算 1 感染対策向上加算 1 の施設基準 (1) (略) (2) 感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。 ア～エ (略) (略) ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月10時間以下であること。 (略)  (3)～(18) (略) (19) 以下の構成員からなる抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正使用の支援に係る業務を行うこと。 ア～エ (略) (略)  (20)～(23) (略)</p>	<p>【感染対策向上加算】 〔施設基準〕 第21 感染対策向上加算 1 感染対策向上加算 1 の施設基準 (1) (略) (2) 感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。 ア～エ (略) (略) ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月<b>16時間</b>以下であること。 <b>また、感染制御チームの業務への従事時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、月16時間から介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて助言に係る業務を行った時間を差し引いた時間を越えない範囲で、当該業務の実施時間以外に病院内の他の業務に従事することは差し支えない。(略)</b> (3)～(18) (略) (19) 以下の構成員からなる抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正使用の支援に係る業務を行うこと。 ア～エ (略) (略) <b>なお、抗菌薬適正使用支援チームの業務への従事時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、月16時間までに限り、当該業務の実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。(略)</b> (20)～(23) (略)</p>

・介護保険施設等からの求めに応じた助言を促進する観点から、助言の時間を「月10時間以下」から「月16時間以下」に拡大  
 ・感染制御チーム専従者の専従業務時間が医療機関の所定労働時間に満たない場合は、「月16時間－助言の業務時間」を超えない範囲で、他の業務を行っても差し支えない（抗菌薬適正使用支援チームの専従者も同様に月16時間を超えない範囲で、他の業務を行っても差し支えない）

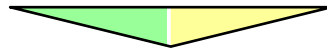
他施設連携  
基準の柔軟化

# 医療安全対策加算

感染対策向上加算等における  
専従要件の見直し

現 行	改 定 案
<p>【医療安全対策加算】 第20 医療安全対策加算 1 医療安全対策加算 1 に関する施設基準 (1) 医療安全管理体制に関する基準 ア 当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。なお、ここでいう適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。また、既に受講している研修がこれらの事項を満たしていない場合には、不足する事項を補足する研修を追加受講することで差し支えない。</p>	<p>【医療安全対策加算】 第20 医療安全対策加算 1 医療安全対策加算 1 に関する施設基準 (1) 医療安全管理体制に関する基準 ア 当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。 なお、<b><u>(2) に掲げる医療安全管理者の行う業務に従事する時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、月16時間までに限り、当該業務の実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。また、ここでいう適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。また、既に受講している研修がこれらの事項を満たしていない場合には、不足する事項を補足する研修を追加受講することで差し支えない。</u></b></p>

・医療安全管理者の医療安全管理業務時間が医療機関の所定労働時間に満たない場合は、月16時間を超えない範囲で、他の業務を行っても差し支えない



他施設連携

# 緩和ケア診療加算 外来緩和ケア管理料

感染対策向上加算等における  
専従要件の見直し

現 行	改 定 案
<p>【緩和ケア診療加算】 〔施設基準（通知）〕 第14 緩和ケア診療加算 1 緩和ケア診療加算に関する施設基準 (1)・(2) (略) (3) (1)の緩和ケアチームの専従の職員について、次に掲げる介護保険施設等又は指定障害者支援施設等（以下単に「介護保険施設等又は指定障害者支援施設等」という。）からの求めに応じ、当該介護保険施設等又は指定障害者支援施設等において緩和ケアの専門性に基づく助言を行う場合には、緩和ケアチームの業務について専従とみなすことができる。ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月<u>10時間</u>以下であること。 ア～シ (略) (4)～(14) (略)</p>	<p>【緩和ケア診療加算】 〔施設基準（通知）〕 第14 緩和ケア診療加算 1 緩和ケア診療加算に関する施設基準 (1)・(2) (略) (3) (1)の緩和ケアチームの専従の職員について、次に掲げる介護保険施設等又は指定障害者支援施設等（以下単に「介護保険施設等又は指定障害者支援施設等」という。）からの求めに応じ、当該介護保険施設等又は指定障害者支援施設等において緩和ケアの専門性に基づく助言を行う場合には、緩和ケアチームの業務について専従とみなすことができる。ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月<u>16時間</u>以下であること。 ア～シ (略) (4)～(14) (略)</p> <p><b>※ 小児緩和ケア診療加算及び外来緩和ケア管理料についても同様。</b></p>

・介護保険施設等からの求めに応じた助言を促進する観点から、助言の時間を「月10時間以下」から「月16時間以下」に拡大

質の高い  
緩和ケア

# 緩和ケア診療加算 外来緩和ケア管理料

非がん患者に対する緩和ケアの評価の見直し

現 行	改 定 案
<p>【A226-2 緩和ケア診療加算】 [算定要件（通知）]</p> <p>(1) 緩和ケア診療加算は、一般病床に入院する悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は末期心不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に算定する。</p> <p>(2) (略) (新設)</p> <div data-bbox="248 714 1015 856" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・末期呼吸器疾患患者及び終末期の腎不全患者等に対する質の高い緩和ケアを評価する観点から、対象に末期呼吸器疾患患者と末期腎不全患者を加える</p> </div> <p>(新設)</p> <p>(3)~(10) (略)</p>	<p>【A226-2 緩和ケア診療加算】 [算定要件（通知）]</p> <p>(1) 緩和ケア診療加算は、一般病床に入院する悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群、<b>末期心不全、末期呼吸器疾患又は末期腎不全の患者</b>のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に算定する。</p> <p>(2) (略)</p> <p><b>(3) 末期呼吸器疾患の患者とは、以下のアからウまでのいずれにも該当するものをいう。</b>  <b>ア 呼吸器疾患に対して適切な治療が実施されている。</b>  <b>イ 在宅酸素療法やNPPV（非侵襲的陽圧換気）を継続的に実施している。</b>  <b>ウ 過去半年以内に10%以上の体重減少を認める。</b></p> <p><b>(4) 末期腎不全の患者とは、以下のアからエまでのいずれにも該当するもの又はア、イ及びオに該当するものをいう。</b>  <b>ア 腎不全に対して適切な治療が実施されている。</b>  <b>イ 器質的な腎障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的に日本腎臓学会慢性腎臓病重症度分類Stage G5以上に該当し、腎代替療法を必要とする状態である。</b>  <b>ウ 血液透析療法又は腹膜透析療法を実施している。</b>  <b>エ Palliative Performance Scale（PPS）が40%以下である。</b>  <b>オ 腎代替療法を必要とする状態であるが、透析療法の開始又は継続が困難である。</b></p> <p><b>(5)~(12) (略)</b>  <b>※ 外来緩和ケア管理料についても同様。</b></p>

本資料は、2026年2月13日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

質の高い  
がん医療

## (新設) 投与時閉鎖式接続器具使用加算 (無菌製剤処理料1)

閉鎖式接続器具を用いた抗がん剤投与時の評価の新設

### 改定案

#### (新) 投与時閉鎖式接続器具使用加算 **150点**

##### [対象患者]

無菌製剤処理料1の「イ」の対象患者

##### [算定要件]

無菌製剤処理料1のイを実施した場合であって、患者への投与時にも閉鎖式接続器具を用いた場合に算定する。

##### [施設基準]

(1) 外来腫瘍化学療法診療料1に係る届出を行っている保険医療機関であること。

・抗がん剤のばく露リスクに関する国内の疫学調査や、閉鎖式接続器具を用いた場合の抗がん剤による環境汚染の低減に関する報告を踏まえ、無菌製剤処理料1の対象患者に、バイアル内外の差圧を調節する機構を有することにより、薬剤の飛散等を防止する閉鎖式接続器具を用いて無菌製剤処理を行い、かつ、患者への投与時にも閉鎖式接続器具を用いた場合の加算を新設

外来化学療法  
の推進

# 外来腫瘍化学療法診療料

外来腫瘍化学療法診療料  
の見直し

現 行	改 定 案
<p>【外来腫瘍化学療法診療料】</p> <p>1 外来腫瘍化学療法診療料 1</p> <p>イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合</p> <p>(1) 初回から3回目まで <u>800点</u> (新設)</p> <p>(2) 4回目以降 <u>450点</u> (新設)</p> <p>□ イ以外の必要な治療管理を行った場合 <u>350点</u></p> <p>2 外来腫瘍化学療法診療料 2</p> <p>イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合</p> <p>(1) 初回から3回目まで <u>600点</u> (新設)</p> <p>(2) 4回目以降 <u>320点</u> (新設)</p> <p>□ イ以外の必要な治療管理を行った場合 <u>220点</u></p> <p>3 外来腫瘍化学療法診療料 3</p> <p>イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合</p> <p>(1) 初回から3回目まで <u>540点</u> (新設)</p> <p>(2) 4回目以降 <u>280点</u> (新設)</p> <p>□ イ以外の必要な治療管理を行った場合 <u>180点</u></p>	<p>【外来腫瘍化学療法診療料】</p> <p>1 外来腫瘍化学療法診療料 1</p> <p>イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合</p> <p>(1) 初回から3回目まで <b><u>801点</u></b> (静注製剤等の場合)</p> <p>(2) 初回から3回目まで <b><u>351点</u></b> (その他の場合)</p> <p>(3) 4回目以降 <b><u>451点</u></b> (静注製剤等の場合)</p> <p>(4) 4回目以降 <b><u>201点</u></b> (その他の場合)</p> <p>□ イ以外の必要な治療管理を行った場合 <b><u>351点</u></b></p> <p>2 外来腫瘍化学療法診療料 2</p> <p>イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合</p> <p>(1) 初回から3回目まで <b><u>601点</u></b> (静注製剤等の場合)</p> <p>(2) 初回から3回目まで <b><u>261点</u></b> (その他の場合)</p> <p>(3) 4回目以降 <b><u>321点</u></b> (静注製剤等の場合)</p> <p>(4) 4回目以降 <b><u>141点</u></b> (その他の場合)</p> <p>□ イ以外の必要な治療管理を行った場合 <b><u>221点</u></b></p> <p>3 外来腫瘍化学療法診療料 3</p> <p>イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合</p> <p>(1) 初回から3回目まで <b><u>541点</u></b> (静注製剤等の場合)</p> <p>(2) 初回から3回目まで <b><u>241点</u></b> (その他の場合)</p> <p>(3) 4回目以降 <b><u>281点</u></b> (静注製剤等の場合)</p> <p>(4) 4回目以降 <b><u>121点</u></b> (その他の場合)</p> <p>□ イ以外の必要な治療管理を行った場合 <b><u>181点</u></b></p>

・必要な診療体制を整備した上で皮下注射により外来化学療法を実施した場合の評価を新設

# 地域包括診療加算 地域包括診療料

残薬対策に係る地域包括  
診療料等の見直し

現 行	改 定 案
<p>【再診料】 [算定要件] (11) 地域包括診療加算 ア～エ (略) オ 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。 (イ) (略) (ロ) 他の保険医療機関と連携及びオンライン資格確認を活用して、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録に記載すること。<u>必要に応じ</u>、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。</p>	<p>【再診料】 [算定要件] (11) 地域包括診療加算 ア～エ (略) オ 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。 (イ) (略) (ロ) 他の保険医療機関と連携<b>並びに</b>オンライン資格確認<b>及び電子処方箋システム等</b>を活用して、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録に記載すること。<b>また、当該情報に基づき、薬物有害事象のリスクの低減、患者の服薬アドヒアランスの向上や服薬負担の軽減のために処方内容の調整を行う必要がある場合には、当該他の保険医療機関へ処方の変更を依頼するなどにより、処方内容の調整を行うこと。併せて、患者における残薬の状況を患者又はその家族から聴取し、その状況に応じて適切な服薬管理及び処方内容の調整を行うこと。また、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。</b></p>
<p>(ハ)～(ル) (略) カ～サ (略)</p>	<p>(ハ)～(ル) (略) カ～サ (略) ※ <b>地域包括診療料についても同様。</b></p>

・患者における残薬の整理や適切な服薬指導の実施を推進する観点から、処方薬を把握し管理する手段の一つとして、電子処方箋システムの活用が含まれることを明確化  
・診療時に、患者における残薬を確認した上で適切な服薬管理を行うことを要件に追加

薬剤適正使用  
(外来)

# 薬剤適正使用連携加算 (地域包括診療加算、地域包括診療料)

地域包括診療加算等の見直し

現 行	改 定 案
<p>【薬剤適正使用連携加算】 注1～13 (略)</p> <p>14 注12又は注13の場合において、他の保険医療機関に入院した患者又は介護保険法第8条第28項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）に入所した患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設と連携して薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報共有等を行うとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後又は退所後1月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から入院中又は入所中の処方内容について情報提供を受けた場合には、<u>薬剤適正使用連携加算として、退院日又は退所日の属する月から起算して2月目までに1回に限り、30点を更に所定点数に加算する。</u></p>	<p>【薬剤適正使用連携加算】 注1～13 (略)</p> <p>14 注12の場合において、他の保険医療機関に入院した患者、介護保険法第8条第28項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）に入所した患者<b>又は他の保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者</b>について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設<b>に対して、薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報提供を行い、適切な連携を実施する</b>とともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後<b>若しくは退所後1月以内又は当該情報提供から3月以内</b>に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から処方内容について情報提供を受けた場合には、<b>薬剤適正使用連携加算として、3月に1回に限り、30点を更に所定点数に加算する</b></p>

・他の保険医療機関にも併せて通院する外来患者について、処方内容、薬歴等に基づく相談・提案を他の医療機関に行い、患者が使用する薬剤の種類数が減少した場合も算定可能とする  
 ・算定頻度の見直し



本資料は、2026年2月13日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

薬剤適正使用  
(外来)

地域包括診療加算等の見直し

# 薬剤適正使用連携加算 (地域包括診療加算、地域包括診療料)

現 行	改 定 案
<p>[算定要件]</p> <p>(13) 薬剤適正使用連携加算</p> <p>「注12」に規定する地域包括診療加算又は「注13」に規定する認知症地域包括診療加算を算定する患者であって、他の保険医療機関に入院又は介護老人保健施設に入所していたものについて、以下の全てを満たす場合に、<u>退院日又は退所日の属する月の翌月までに1回算定する</u>。なお、他の保険医療機関又は介護老人保健施設（以下(13)において「保険医療機関等」という。）との情報提供又は連携に際し、文書以外を用いた場合には、情報提供内容を診療録等に記載すること。</p> <p>ア <u>患者の同意を得て、入院又は入所までに、入院又は入所先の他の保険医療機関等に対し、処方内容、薬歴等について情報提供していること</u>。処方内容には、当該保険医療機関以外の処方内容を含む。</p> <p>イ <u>入院又は入所先の他の保険医療機関等から処方内容について照会があった場合には、適切に対応すること</u>。</p>	<p>[算定要件]</p> <p>(13) 薬剤適正使用連携加算</p> <p>「注12」に規定する地域包括診療加算を算定する患者であって、他の保険医療機関に入院<b>若しくは</b>介護老人保健施設に入所していたもの<b>又は他の保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者</b>について、以下の全てを満たす場合に、<u>3月に1回算定する</u>。なお、他の保険医療機関又は介護老人保健施設（以下(13)において「保険医療機関等」という。）との情報提供又は連携に際し、文書以外を用いた場合には、情報提供内容を診療録等に記載すること。</p> <p>ア 患者の同意を得て、他の保険医療機関等に対し、処方内容、薬歴等について情報提供していること。<b>その際、他の保険医療機関等に入院又は入所する患者については、当該情報提供を入院又は入所までに行うこと</b>。処方内容には、当該保険医療機関以外の処方内容を含む。</p> <p>イ 他の保険医療機関等から処方内容について照会があった場合には、適切に対応すること。</p>

薬剤適正使用  
(外来)

地域包括診療加算等の見直し

## 薬剤適正使用連携加算 (地域包括診療加算、地域包括診療料)

現 行	改 定 案
<p>ウ 退院又は退所後 1 か月以内に、ア又はイを踏まえて調整した入院・入所中の処方内容について、<u>入院・入所先の他の保険医療機関等から情報提供を受けていること。</u></p> <p>エ 以下の(イ)で算出した内服薬の種類数が、(ロ)で算出した薬剤の種類数よりも少ないこと。いずれも、屯服は含めずに算出すること。</p> <p>(イ) ウで<u>入院・入所先の他の保険医療機関等から情報提供された入院・入所中の処方内容のうち、内服薬の種類数</u></p> <p>(ロ) アで情報提供した処方内容のうち、内服薬の種類数</p>	<p>ウ <u>他の保険医療機関に入院又は介護老人保健施設に入所していた患者については、退院又は退所後 1 か月以内に、他の保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者については、当該情報提供から3月以内に、ア又はイを踏まえて調整した処方内容について、他の保険医療機関等から情報提供を受けていること。</u></p> <p>エ 以下の(イ)で算出した内服薬の種類数が、(ロ)で算出した薬剤の種類数よりも少ないこと。いずれも、屯服は含めずに算出すること。</p> <p>(イ) ウで他の保険医療機関等から情報提供された処方内容のうち、内服薬の種類数</p> <p>(ロ) アで情報提供した処方内容のうち、内服薬の種類数</p> <p>※ <u>地域包括診療料についても同様。</u></p>

薬剤適正使用  
(在宅)

# 在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料

残薬対策に係る地域包括  
診療料等の見直し

現 行	改 定 案
<p>【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】 [算定要件] (新設)</p>	<p>【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】 [算定要件] <b>(31) 患家における残薬の状況を患者又はその家族から聴取し、その状況に応じて適切な服薬管理及び処方内容の調整を行うこと。また、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。</b></p>

・患家における残薬の整理や適切な服薬指導の実施を推進する観点から、診療時に、患家における残薬を確認（指示を受けた看護職員等による情報の把握も含む）した上で適切な服薬管理を行うことを要件に追加  
 （指定訪問看護事業者には、訪問看護の提供に当たり、服薬状況（残薬の状況を含む。）の確認も含めて利用状況等の把握を行う必要があることが明確化され、服薬状況について、主治医への情報提供とともに、薬局への情報提供を行うことが望ましいことも規定される）



薬剤適正使用  
(外来・在宅)

# 処方箋様式

残薬対策の推進に向けた  
処方箋様式の見直し

## 第1 基本的な考え方

保険薬局において、患者に残薬があることを確認した場合に、保険医療機関と保険薬局が連携して円滑に処方内容を調整することができるよう、処方箋様式を見直す。

## 第2 具体的な内容

1. 処方箋様式の備考欄のうち、保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応の欄について、「調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供する」ことも保険医療機関が指示できるよう見直す。
2. 残薬対策に係る保険医療機関と保険薬局との連携を強化する観点から、留意事項通知の調剤報酬点数表に関する事項において、以下の内容を規定する。
  - 薬局において薬剤を減量して調剤した場合は、
    - ・患者の残薬の状況、その理由及び実際に患者へ交付した薬剤の数量並びに患者への説明内容等について、原則、翌営業日までに保険医療機関に情報提供すること。
    - ・数量を減じて調剤した旨を、手帳に記載すること。

医療DX

# (新設) 遠隔電子処方箋活用加算

オンライン診療における電子  
処方箋の活用の推進

## 改定案

### (新) 遠隔電子処方箋活用加算 **10点** (医学管理等通則)

#### [対象患者]

情報通信機器を用いた医学管理等を算定する患者

#### [算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた診療の際に電子処方箋を発行した場合、遠隔電子処方箋活用加算として、**月に1回**に限り、**10点**を所定点数に加算する。

#### [算定要件 (通知)]

遠隔電子処方箋活用加算は、情報通信機器を用いた医学管理を実施した場合であって、以下のアからウまでの全てを満たした場合に**月に1回**に限り算定できる。

ア 電子処方箋システムにより薬剤情報を確認し、重複投薬等チェックを実施すること

イ 患者に対し事前に調剤する保険薬局を聴取し、当該保険薬局の電子処方箋の対応状況を確認すること

ウ 電子処方箋 (引換番号が印字された紙の処方箋を除く。) を発行すること。

#### [施設基準]

電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制を有していること。

・オンライン診療の更なる利便性の向上と、電子処方箋システムを活用した質の高い処方薬を評価する観点から、オンライン診療による医学管理を行った際に重複投薬等チェックを行い、電子処方箋を発行した場合の評価を新設

安定供給

# (新設) 地域支援・医薬品供給対応体制加算 (入院)

改定案

医薬品の安定供給に資する体制に係る評価の新設

## (新) 地域支援・医薬品供給対応体制加算

**地域支援・医薬品供給対応体制加算 1 87点**

**地域支援・医薬品供給対応体制加算 2 82点**

**地域支援・医薬品供給対応体制加算 3 77点**

・後発医薬品の使用が定着しつつある一方、主に後発医薬品において不安定な供給が発生することが課題となっており、医療機関で追加的な業務が生じている状況を踏まえ、医薬品の安定供給に資する体制をもつ医療機関への評価を新設し、後発医薬品使用体制加算を廃止

### [算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、地域支援・医薬品供給対応体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。

### [施設基準（通知）]

(1) 病院では、薬剤部門において後発医薬品の品質、安全性及び安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ薬事委員会等で後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。

有床診療所では、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性及び安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。

(2) 当該保険医療機関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について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、地域支援・医薬品供給対応体制加算1にあつては**90%以上**、地域支援・医薬品供給対応体制加算2にあつては**85%以上90%未満**、地域支援・医薬品供給対応体制加算3にあつては**75%以上85%未満**であること。

・通知（1）～（7）は後発医薬品使用体制加算の基準として設定されていた内容  
・短冊には、カットオフ値基準に関する記載はない（3月発出予定の通知で要確認）

安定供給

# (新設) 地域支援・医薬品供給対応体制加算 (入院)

## 改定案

医薬品の安定供給に資する体制に係る評価の新設

(3) 後発医薬品の規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品

ア 経腸成分栄養剤

エントール配合内用剤、エントールP乳幼児用配合内用剤、エンシュア・リキッド、エンシュア・H、ツインラインNF配合経腸用液、ラコールNF配合経腸用液、エネーボ配合経腸用液、ラコールNF配合経腸用半固形剤及びイノラス配合経腸用液

イ 特殊ミルク製剤

フェニアラニン除去ミルク配合散「雪印」及びロイシン・イソロイシン・バリン除去ミルク配合散「雪印」

ウ 生薬（薬効分類番号510）

エ 漢方製剤（薬効分類番号520）

オ その他の生薬及び漢方処方に基づく医薬品（薬効分類番号590）

(4) 入院及び外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の入院受付、外来受付及び支払窓口の見やすい場所に掲示していること。

(5) 医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されていること。

(6) (5) の体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤が変更となる可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

(7) (4) 及び (6) の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

(8) 個々の医薬品の価値及び流通コストを無視した値引き交渉を慎むこと。また、原則として全ての品目について単品単価交渉とすること。

(9) 医薬品の流通の効率化及び安定供給の確保のため、常に適正な在庫量を維持し、卸売販売業者への頻回配送、休日夜間配送及び急配に係る過度な依頼を慎むこと。

(10) 厳格な温度管理を要する医薬品及び在庫調整を目的とした医薬品等については卸売販売業者への返品を慎むこと。

(11) 医薬品の流通改善及び安定供給の観点から、地域の保険医療機関、保険薬局及び医療関係団体と連携し、取り扱う医薬品の品目について、あらかじめ取決めを行っておくことが望ましい。

・通知(8)～(11)は流通改善ガイドラインの内容を踏まえた要件

後発医薬品  
バイオ後続品促進

# バイオ後続品使用体制加算

バイオ後続品使用体制加算  
の見直し

現 行	改 定 案
<p>【バイオ後続品使用体制加算】 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、バイオ後続品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって、バイオ後続品のある先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品を使用する患者について、バイオ後続品使用体制加算として、<b>入院初日</b>に限り所定点数に加算する。</p>	<p>【バイオ後続品使用体制加算】 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、バイオ後続品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって、バイオ後続品のある<b>先行</b>バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する<b>先行</b>バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品を使用する患者について、バイオ後続品使用体制加算として、<b>退院の日に1回</b>に限り所定点数に加算する。</p>

・入院初日以降にバイオ医薬品を患者に使用する場合の算定方法を明確化する観点から、算定日を入院初日から退院日に変更

後発医薬品  
バイオ後続品促進

# バイオ後続品使用体制加算

バイオ後続品使用体制加算  
の見直し

現 行	改 定 案
<p>【バイオ後続品使用体制加算】 第26の2の3 バイオ後続品使用体制加算 1 バイオ後続品使用体制加算の施設基準 (1) (略) (2) <u>直近1年間におけるバイオ後続品のある先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。以下「先発バイオ医薬品」という。）及びバイオ後続品の使用回数の合計が100回を超えること。</u> (3) 当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該薬剤を合算した規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合について、ア及びイを満たすこと。</p>	<p>【バイオ後続品使用体制加算】 第26の2の3 バイオ後続品使用体制加算 1 バイオ後続品使用体制加算の施設基準 (1) (略) (削除)</p> <p>・バイオ後続品のある先行バイオ医薬品及びバイオ後続品の使用回数の合計に係る要件を廃止</p> <p>(2) 当該保険医療機関において調剤した<b>先行バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先行バイオ医薬品は除く。以下同じ。）</b>及びバイオ後続品について、当該薬剤を合算した規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合について、ア及びイを満たすこと。<b>なお、ア又はイに掲げるそれぞれの成分について、直近1年間に当該保険医療機関において調剤した先行バイオ医薬品及びバイオ後続品の規格単位数量の合計が50未満の場合においては、当該成分に限り、ア又はイに定める基準未満であっても差し支えないが、ア又はイに掲げる成分のうち少なくとも1つ以上の成分については、規格単位数量の合計が50以上であること。</b></p>

・バイオ後続品のあるバイオ医薬品のうち少なくとも1つ以上の成分で、直近1年間の調剤数量合計が50以上であることを要件に追加（直近1年間の調剤数量の合計が50未満の成分に限り、数量割合を満たしていなくても差し支えない）

後発医薬品  
バイオ後続品促進

# バイオ後続品使用体制加算

バイオ後続品使用体制加算  
の見直し

現 行	改 定 案
<p>【バイオ後続品使用体制加算】</p> <p>ア 次に掲げる成分について、当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合が80%以上であること。ただし、直近1年間における当該成分の規格単位数量の合計が50未満の場合を除く。</p> <p>(イ)～(ニ) (新設) (新設) (新設) (新設)</p> <p>イ 次に掲げる成分について、当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合が50%以上であること。ただし、直近1年間における当該成分の規格単位数量の合計が50未満の場合を除く。</p> <p>(イ)～(チ) (略) (リ) ラニビズマブ (新設) (新設) (新設)</p>	<p>【バイオ後続品使用体制加算】</p> <p>ア 次に掲げる成分について、当該保険医療機関において調剤した先行バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合がそれぞれ80%以上であること。</p> <p>(イ)～(ニ) (略) ・50%基準から移行 (ホ) ラニビズマブ (ハ) インスリングルルギン ・(ハ)～(チ)追加 (ト) ダルベポエチン (チ) フィルグラスチム</p> <p>イ 次に掲げる成分について、当該保険医療機関において調剤した先行バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合がそれぞれ50%以上であること。</p> <p>(イ)～(チ) (略) (リ) アフリベルセプト ・追加 (ヌ) ウステキヌマブ (ル) ペグフィルグラスチム (ヲ) トシリズマブ</p>

・2026年3月末時点加算を届け出ている医療機関は、(ホ)～(チ)については2027年5月末まで経過措置  
ただし、アの(イ)～(ニ)、イの(イ)～(チ)までのうち少なくとも1つ以上の成分について、直近1年間に調剤した先行バイオ医薬品及びバイオ後続品の規格単位数量の合計が50以上である必要がある

・80%基準に移行

・追加

後発医薬品  
バイオ後続品促進

# バイオ後続品使用体制加算

バイオ後続品使用体制加算  
の見直し

現 行	改 定 案
<p>【バイオ後続品使用体制加算】</p> <p>(4) 入院及び外来においてバイオ後続品の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。</p> <p>(5) (略)</p>	<p>【バイオ後続品使用体制加算】</p> <p>(3) 入院及び外来においてバイオ後続品の使用に積極的に取り組んでいる旨<b>及びバイオ後続品の導入に関する説明を積極的に行っている旨</b>を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。</p> <p>(4) (略)</p>

・掲示内容に「バイオ後続品導入の説明を積極的に行っている旨」の追加

## 〔経過措置〕

令和8年3月31日時点で、現にバイオ後続品使用体制加算の届出を行っている保険医療機関にあつては、令和9年5月31日までの間に限り、1の(2)のアの(ホ)から(チ)まで及びイの(リ)から(ヲ)までに掲げる成分について、1の(2)のア又はイに定める割合の基準を満たしているものとみなす。ただし、本文の規定により基準を満たす保険医療機関にあつては、アの(イ)から(ニ)まで及びイの(イ)から(チ)までのうち少なくとも1つ以上の成分について、直近1年間に当該保険医療機関において調剤した先行バイオ医薬品及びバイオ後続品の規格単位数の合計が50以上である必要がある。

後発医薬品  
バイオ後続品促進

# 一般名処方加算（処方箋料）

処方箋料の見直し

現 行	改 定 案
<p>【処方箋料】 注1～5（略） 6 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 一般名処方加算1                    <u>10点</u> ロ 一般名処方加算2                    <u>8点</u> 7・8（略）</p>	<p>【処方箋料】 注1～5（略） 6 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 一般名処方加算1                    <b>8点</b> ロ 一般名処方加算2                    <b>6点</b> 7・8（略）</p>

・後発医薬品の置き換えの進展等を踏まえ、評価を見直し

後発医薬品  
バイオ後続品促進

# 一般名処方加算（処方箋料）

処方箋料の見直し

現 行	改 定 案
<p>【処方箋料】</p> <p>(12)「注6」に規定する一般名処方加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、後発医薬品のある医薬品について、薬価基準に記載されている品名に代えて、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載（以下「一般名処方」という。）による処方箋を交付した場合に限り算定できるものである。交付した処方箋に含まれる医薬品のうち、後発医薬品のある全ての医薬品（2品目以上の場合に限る。）が一般名処方されている場合には一般名処方加算1を、1品目でも一般名処方されたものが含まれている場合には一般名処方加算2を、処方箋の交付1回につきそれぞれ加算する。品目数については、一般的名称で計算する。ただし、投与経路が異なる場合は、一般的名称が同一であっても、別品目として計算する。</p> <p>なお、一般名処方とは、単に医師が先発医薬品か後発医薬品かといった個別の銘柄にこだわらずに処方を行っているものである。</p> <p>また、一般名処方を行った場合の(6)の取扱いにおいて、「種類」の計算に当たっては、該当する医薬品の薬価のうち最も低いものの薬価とみなすものとする。</p> <p>・バイオ後続品のあるバイオ医薬品を対象に追加</p>	<p>【処方箋料】</p> <p>(12)「注6」に規定する一般名処方加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、後発医薬品のある医薬品<b>及びバイオ後続品のあるバイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先行バイオ医薬品は除く。以下この項において同じ。）</b>について、薬価基準に記載されている品名に代えて、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載（以下「一般名処方」という。）による処方箋を交付した場合に限り算定できるものである。交付した処方箋に含まれる医薬品のうち、後発医薬品のある全ての医薬品<b>及びバイオ後続品のあるバイオ医薬品</b>（2品目以上の場合に限る。）が一般名処方されている場合には一般名処方加算1を、1品目でも一般名処方されたものが含まれている場合には一般名処方加算2を、処方箋の交付1回につきそれぞれ加算する。品目数については、一般的名称で計算する。ただし、投与経路が異なる場合は、一般的名称が同一であっても、別品目として計算する。</p> <p>なお、一般名処方とは、単に医師が先発医薬品若しくは後発医薬品<b>又は先行バイオ医薬品若しくはバイオ後続品</b>といった個別の銘柄にこだわらずに処方を行っているものである。</p> <p>また、一般名処方を行った場合の(6)の取扱いにおいて、「種類」の計算に当たっては、該当する医薬品の薬価のうち最も低いものの薬価とみなすものとする。</p>

後発医薬品  
バイオ後続品促進

# 療担規則

バイオ後続品使用促進に係る  
薬局体制整備の推進

現 行	改 定 案
<p>【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 （診療の具体的方針） 第二十条（略） 二 投薬 イ～ハ（略） ニ 投薬を行うに当たっては、<u>医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第十四条の四第一項各号に掲げる医薬品（以下「新医薬品等」という。）とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第十四条又は第十九条の二の規定による製造販売の承認（以下「承認」という。）がなされたもの（ただし、同法第十四条の四第一項第二号に掲げる医薬品並びに新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であつてその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。）</u>（以下「後発医薬品」という。）の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない。</p>	<p>【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 （診療の具体的方針） 第二十条（略） 二 投薬 イ～ハ（略） ニ 投薬を行うに当たっては、<b>次に掲げる医薬品</b>の使用を考慮するとともに、患者に<b>当該医薬品</b>を選択する機会を提供すること等患者が<b>当該医薬品</b>を選択しやすくするための対応に努めなければならない。</p> <div data-bbox="1301 986 1958 1079" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px;"> <p>・バイオ後続品の使用促進に係る規定を追加</p> </div>

後発医薬品  
バイオ後続品促進

# 療担規則

バイオ後続品使用促進に係る  
薬局体制整備の推進

現 行	改 定 案
<p>【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 (新設) (新設)</p> <p>・バイオ後続品の使用促進に係る規定を追加</p> <p>ホ～ト (略) 三 (略) 四 注射 イ (略) □ 注射を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない。</p>	<p>【保険医療機関及び保険医療養担当規則】</p> <p><b>(1) 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第十四条の四第一項各号に掲げる医薬品（以下「新医薬品等」という。）とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第十四条又は第十九条の二の規定による製造販売の承認（以下「承認」という。）がなされたもの（新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であつてその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。以下「後発医薬品」という。）</b></p> <p><b>(2) 遺伝子組換え技術を応用して製造される新医薬品等と同等の品質、有効性及び安全性を有する医薬品として承認がなされたもの（以下「バイオ後続品」という。）</b></p> <p>ホ～ト (略) 三 (略) 四 注射 イ (略) □ 注射を行うに当たっては、後発医薬品<b>又はバイオ後続品</b>の使用を考慮するよう努めなければならない。</p>

後発医薬品  
バイオ後続品促進

# 長期収載品の選定療養

長期収載品の選定療養の  
更なる活用

現 行		改 定 案	
【保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法】 別表第二		【保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法】 別表第二	
<p>厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養(平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号)第二条第十五号に規定する後発医薬品(下欄において単に「後発医薬品」という。)のある同号に規定する新医薬品等(下欄において単に「先発医薬品」という。)の処方等又は調剤に係る療養</p>	<p>上欄の療養に係る所定点数から当該療養に係る診療報酬の算定方法別表第一区分番号F200に掲げる薬剤その他の診療報酬の算定方法に掲げる別に厚生労働大臣が定める点数を控除した点数に、当該療養に係る医薬品の薬価から、先発医薬品の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に四分の一を乗じて得た価格を控除して得た価格を用いて当該各区分の例により算定した点数を加えた点数</p>	<p>厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養(平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号)第二条第十五号に規定する後発医薬品(下欄において単に「後発医薬品」という。)のある同号に規定する新医薬品等(下欄において単に「先発医薬品」という。)の処方等又は調剤に係る療養</p>	<p>上欄の療養に係る所定点数から当該療養に係る診療報酬の算定方法別表第一区分番号F200に掲げる薬剤その他の診療報酬の算定方法に掲げる別に厚生労働大臣が定める点数を控除した点数に、当該療養に係る医薬品の薬価から、先発医薬品の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に<b>二分の一</b>を乗じて得た価格を控除して得た価格を用いて当該各区分の例により算定した点数を加えた点数</p>
<p>・特別の料金を「差額の4分の1」から「差額の2分の1」に見直し</p>			
【療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等】 第一の一の三 療担規則第五条第二項、薬担規則第四条第二項並びに療担基準第五条第二項及び第二十六条の四第二項の厚生労働大臣が定める額 第一の一の二に規定する療養に係る厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第十五号に規定する後発医薬品(以下「後発医薬品」という。)のある同号に規定する新医薬品等(以下「先発医薬品」という。)の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に四分の一を乗じて得た価格を用いて診療報酬の算定方法の例により算定した点数に十円を乗じて得た額		【療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等】 第一の一の三 療担規則第五条第二項、薬担規則第四条第二項並びに療担基準第五条第二項及び第二十六条の四第二項の厚生労働大臣が定める額 第一の一の二に規定する療養に係る厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第十五号に規定する後発医薬品(以下「後発医薬品」という。)のある同号に規定する新医薬品等(以下「先発医薬品」という。)の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に <b>二分の一</b> を乗じて得た価格を用いて診療報酬の算定方法の例により算定した点数に十円を乗じて得た額	

本資料は、2026年2月13日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 処方箋料

処方箋料の見直し

現 行	改 定 案
<p>【処方箋料】                      (1)～(8) (略)                      (9) 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは、原則として認められない。                      また、注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認められない。</p>	<p>【処方箋料】                      (1)～(8) (略)                      (9) 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは、原則として認められない。<b>ただし、緊急やむを得ない事態が生じ、このような方法による投薬を行った場合は、「F000」調剤料及び「F100」処方料は算定せず、院内投薬に係る「F200」薬剤及び処方箋料を算定し、当該診療報酬明細書の「摘要欄」に、その日付並びに理由を記載すること。ここでいう「緊急やむを得ない事態」とは、常時院外処方箋による投薬を行っている患者に対して、患者の症状等から緊急に投薬の必要性を認めて臨時的に院内投薬を行った場合又は常時院内投薬を行っている患者に対して、当該保険医療機関で常用していない薬剤を緊急かつ臨時的に院外処方箋により投薬した場合をいう。</b>                      また、注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認められない。</p>

- ・同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内処方し、他の薬剤を院外処方することは原則として認められていないが、緊急にやむを得ずこのような投薬を行った場合の取扱いについて明確化
- ・緊急やむを得ない事態 ⇒ 常時院外処方を行っている患者に、患者の症状等から緊急に投薬の必要性を認めて臨時的に院内処方を行った場合  
 又は 常時院内処方を行っている患者に、医療機関で常用していない薬剤を緊急かつ臨時的に院外処方する場合
- ・緊急やむを得ない事態の取扱い ⇒ 調剤料と処方料は算定せず、院内処方分の薬剤料と処方箋料を算定し、レセプトの摘要欄に日付と理由を記載

適切な評価

# 除外薬剤・注射薬（基本診療料）

入院料に包括されない 除外薬剤・注射薬の  
範囲の見直し

現 行	改 定 案
<p>別表第五の一の二 <u>特定入院基本料、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料の注6、注13及び注14の点数並びに有床診療所療養病床入院基本料に含まれない除外薬剤・注射薬並びに特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、認知症治療病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の除外薬剤・注射薬</u></p> <p><u>インターフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。）</u></p> <p><u>抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH I V感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）</u></p> <p><u>血友病の患者に使用する医薬品（血友病患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。）</u> (新設)</p> <p>・血友病の患者に使用する医薬品について、血友病類縁疾患に使用する場合を含める（「血友病の患者」から「血友病等の患者」に見直し）</p>	<p>別表第五の一の二 <b><u>次の一から三までに掲げる入院基本料等に含まれない除外薬剤・注射薬</u></b></p> <p>一 <b><u>緩和ケア病棟入院料に含まれない除外薬剤・注射薬</u></b> <b><u>インターフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。）</u></b> <b><u>抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH I V感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）</u></b> <b><u>血友病等の患者に使用する医薬品（血友病等の患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。）</u></b></p>

本資料は、2026年2月13日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

適切な評価

# 除外薬剤・注射薬（基本診療料）

入院料に包括されない 除外薬剤・注射薬の  
範囲の見直し

現 行	改 定 案
(新設)	<p><b>二 特定入院基本料、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料の注6、注13及び注14の点数並びに有床診療所療養病床入院基本料、地域包括医療病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料、認知症治療病棟入院料、特定一般病棟入院料及び短期滞在手術等基本料に含まれない除外薬剤・注射薬</b></p> <p><b>別表第五の一の二の一に定める薬剤</b></p> <p><b>抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）</b></p> <p><b>疼痛コントロールのための医療用麻薬</b></p> <p><b>エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）、ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）及びエポエチンベータペゴル（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）</b></p> <p><b>H I F - P H 阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）</b></p> <p><b>生物学的製剤（免疫・アレルギー疾患の治療のために入院前から投与が継続されており、他の治療薬で代替不能な場合に限る。）</b></p> <p><b>J A K 阻害薬（免疫・アレルギー疾患の治療のために入院前から投与が継続されており、他の治療薬で代替不能な場合に限る。）</b></p>

- ・特定入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、認知症治療病棟入院料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の除外薬剤・注射薬に下記薬剤を追加（地域包括ケア病棟入院料等と包括範囲が統一される）
  - 抗悪性腫瘍剤 ○疼痛コントロールのための医療用麻薬 ○エリスロポエチン等の腎性貧血に対して使用する薬剤
- ・各入院料共通の除外薬剤に、生物学的製剤とJAK阻害薬を追加  
 （いずれも免疫・アレルギー疾患の維持期の治療に用いられており、他の治療薬で代替不能な場合に限る。）



本資料は、2026年2月13日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

適切な評価

## 除外薬剤・注射薬（基本診療料）

入院料に包括されない 除外薬剤・注射薬の  
範囲の見直し

現 行	改 定 案
（新設）	<p><b>三 精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料に含まれない除外薬剤・注射薬</b>  <b>別表第五の一の二の一及び二に定める薬剤</b>  <b>クロザピン（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定しているものに対して投与された場合に限る。）</b>  <b>持続性抗精神病注射薬剤（投与開始日から起算して六十日以内に投与された場合に限る。）</b></p>

・精神病棟で算定される特定入院料の除外薬剤・注射薬に、抗悪性腫瘍剤、疼痛コントロールのための医療用麻薬及びエリスロポエチン等の腎性貧血に対して使用する薬剤を追加

・「令和6年度診療報酬改定による恒常的な感染症対応への見直しを踏まえた新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の取扱い等について」（令和6年3月5日厚生労働省保険局医療課事務連絡）に示された、抗ウイルス剤（新型コロナウイルス感染症の効能又は効果を有するものに限る。）に係る取扱いについて、令和8年5月31日をもって終了

## 医薬品の保険給付（たん白アミノ酸製剤）

栄養保持を目的とした医薬品の保険給付の適正化

現 行	改 定 案
<p>【第5部 投薬】 通則 (新設)</p>	<p>【第5部 投薬】 通則 <b>6 入院中の患者以外の患者に対して、<u>栄養保持を目的とした医薬品を投薬した場合は、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる調剤技術基本料は算定しない。ただし、当該患者が、手術後の患者である場合又は経管により栄養補給を行っている患者である場合はその旨を、必要な栄養を食事により摂取することが困難な患者である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該栄養保持を目的とした医薬品の投与が必要であると判断した患者に投薬する場合はその理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。</u></b></p>

・保険給付の適正化の観点から、薬効分類が「たん白アミノ酸製剤」に分類される医薬品のうち、効能又は効果が「一般に、手術後患者の栄養保持」であり、用法及び用量に「経口投与」が含まれる栄養保持を目的とした医薬品を外来患者に処方する場合について、以下の患者に対する使用に限り保険給付の対象を明確化する（処方箋とレセプトに理由の記載が必要）

手術後の患者

経管により栄養補給を行っている患者

疾病の治療のために必要であり、他の食事では代替できないなど、医師が特に医療上、栄養保持を目的とした医薬品の使用の必要があると判断した患者



日医工がお届けする  
医療行政情報

# スタジー Stu-GE

医療従事者の方のための医療行政情報サイトです。

ご覧頂ける  
テーマ別  
情報一覧

- 診療報酬改定に関連する速報情報
- 調剤報酬改定に関連する速報情報
- 認定薬局制度等（地域連携薬局・専門医療機関連携薬局）の情報
- DPC／PDPS制度に関連する情報
- その他 医療行政に関連する情報など

会員登録は **無料**

いますぐ、会員登録を!!

QRコードからスマートフォンで簡単登録



URLからパソコンで簡単入力

<http://stu-ge.nichiiko.co.jp/registrations/index>

会員特典①

メールマガジンの配信  
(希望者)

会員特典②

会員限定コンテンツ  
の閲覧