参考資料
（訂正後）

外来機能報告等に関するガイドライン

令和４年３月 16 日
令和５年３月 31 日
令和５年９月 29 日
最終改正　令和８年９月 30 日

目次

１　はじめに

２　外来機能報告

３　地域の協議の場

４　スケジュール及び具体的な流れ

５　国民への理解の浸透

１．はじめに

○　令和３年５月に「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」（令和３年法律第 49 号）により、地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、外来機能報告等が医療法（昭和 23 年法律第 205 号）に位置づけられた（令和４年４月１日施行)。

○　具体的には、①対象医療機関（Ｐ．３参照）が都道府県に対して、外来医療の実施状況を報告（外来機能報告）する、②当該報告を踏まえて、協議の場（医療法第 30 条の 18 の５に規定する協議の場をいう。以下同じ。)において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議を行う、③当該協議を踏まえて、医療資源を重点的に活用する外来（以下「紹介受診重点外来」という。）を地域で基幹的に担う医療機関として、「紹介受診重点医療機関」を明確化することとした。

○　これは、患者が医療機関を選択するに当たり、外来医療機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中で、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間の増加や勤務医の外来負担等の課題が生じていることから、患者の流れの円滑化を図るため、紹介受診重点外来の機能に着目し、当該外来医療を提供する基幹的な役割を担う意向を有する病院又は診療所として、紹介受診重点医療機関を明確化することとしたものである。

○　紹介受診重点医療機関の明確化については、医療機関が都道府県に対して外来医療の実施状況や紹介受診重点医療機関となる意向の有無等を報告し、当該報告を踏まえて、協議の場において協議を行い、協議が整った医療機関を都道府県が公表することとした。

○　本ガイドラインは、協議の場において外来機能報告を踏まえた協議を円滑に進めるために策定するものであり、都道府県においては、本ガイドラインを参考にしつつ、地域の実情に応じて協議の場を運営すること。その際、「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン～第８次（後期）～」（令和８年５月 28 日医政地発 0528 第１号）も踏まえること。また、外来機能報告等に関しては、令和３年 12 月 17 日に外来機能報告等に関するワーキンググループが取りまとめた「外来機能報告等に関する報告書」も参照されたい。

２．　外来機能報告

２－１　対象医療機関

○　外来機能報告の実施主体は、医療機関機能等報告対象病院等（病院又は診療所であって療養病床又は一般病床を有するものをいう。以下同じ。）であって~~医療機関機能等報告対象病院等（病院であって感染症病床及び結核病床以外の病床を有するもの又は診療所であって療養病床若しくは一般病床を有するものをいう。以下同じ。）であって~~外来医療を提供するものの管理者である。

○　また、患者を入院させるための施設を有しない診療所（以下「無床診療所」という。）の管理者も、外来機能報告を行うことができる。

２－２　報告項目

○　報告項目は、別紙１のとおり。

○　有床診療所については、事務負担を考慮して、紹介・逆紹介の状況及び外来における人材の配置状況（専門看護師、認定看護師及び特定行為研修修了看護師に係るものに限る。）（以下「有床診療所任意報告項目」という。）は任意項目とする。

○　また、外来機能報告を行う無床診療所については、医療機関機能等報告対象病院等ではないこと等も考慮して、有床診療所任意報告項目に加えて、救急医療の実施状況、外来における人材の配置状況（専門看護師、認定看護師及び特定行為研修修了看護師に係るものを除く。）及び高額等の医療機器・設備の保有状況についても任意項目とする。

２－３　報告項目の考え方

（１）　紹介受診重点外来の実施状況

○　紹介受診重点外来の機能に着目し、紹介患者への外来を基本とする医療機関である紹介受診重点医療機関を明確化することとする。具体的には、以下の①～③のいずれかの外来について、紹介受診重点外来とする。

①　医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来

・　次のいずれかに該当する入院を「医療資源を重点的に活用する入院」とし、その前後 30 日間の外来の受診を、「紹介受診重点外来」を受診したものとする（例：がんの手術のために入院する患者が術前の説明・検査や術後のフォローアップを外来で受けた等）。

- Ｋコード（手術）を算定
- Ｊコード（処置）のうちＤＰＣ入院で出来高算定できるもの（※１）を算定

※１： 6000 ㎠以上の熱傷処置、人工腎臓（慢性維持透析）、体幹ギプス包帯等、1000 点以上

- Ｌコード（麻酔）を算定
- ＤＰＣ算定病床の入院料区分
- 短期滞在手術等基本料３を算定

② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来

・ 次のいずれかに該当する外来の受診を、「紹介受診重点外来」を受診したものとする。

- 外来化学療法加算を算定
- 外来腫瘍化学療法診療料を算定
- 外来放射線治療加算を算定
- 短期滞在手術等基本料１を算定
- Ｄコード（検査）、Ｅコード（画像診断）、Ｊコード（処置）のうち地域包括診療料において包括範囲外とされているもの（※２）を算定

※２： 脳誘発電位検査、CT 撮影等、550 点以上

- Ｋコード（手術）を算定
- Ｎコード（病理）を算定

③ 特定の領域に特化した機能を有する外来（紹介患者に対する外来等）

・ 次の外来の受診を、「紹介受診重点外来」を受診したものとする。

- 診療情報提供料Ｉを算定した 30 日以内に別の医療機関を受診した場合、当該「別の医療機関」の外来

（２） 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要な事項

○ 協議の場においては、紹介受診重点医療機関の取りまとめに加えて、紹介元・逆紹介先となる地域の「かかりつけ医機能[1]を担う医療機関」など、地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要な事項について報告を受け、データに基づく議論を行う必要がある。

○ このため、NDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース）で把握で

[1] 「かかりつけ医機能」については、令和５年５月９日に成立した、全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和５年法律第 31 号）により、令和７年４月１日から、かかりつけ医機能が発揮されるための制度整備としてかかりつけ医機能報告制度が施行され、令和８年１月より報告が開始となっている。当該制度の施行後の状況も踏まえ、本ガイドラインにおける取扱いについて必要な見直しを行う予定。

きる項目のうち、地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要な外来・在宅医療・地域連携の実施状況について医療機関から都道府県に報告を行うこととした。具体的な項目は別紙１のとおりであり、当該項目の考え方等については別紙２を参考にすること。

○　別紙２は、報告項目に掲げられた診療報酬の算定要件等を参考として示すものであり、地域の外来機能の明確化・連携の推進に関する協議は、当該報酬の算定状況のみをもって各医療機関の機能を議論するのではなく、地域や各医療機関の実情を踏まえて幅広い議論を行うよう留意すること。

３．協議の場

３－１　議題

○　協議の場の議題は、

・　紹介受診重点医療機関の取りまとめに向けた協議

・　外来機能の明確化・連携に向けた協議

とする。

３－２　協議の場の参加者

○　協議の場の参加者は、医療法上の規定に則って、郡市区医師会等の地域における学識経験者、地域における代表性を考慮して選定した病院・（有床）診療所の管理者、医療保険者、市区町村等とする。

○　これらの参加者に加えて、紹介受診重点医療機関の取りまとめに向けた協議を行う場合、以下の医療機関の出席を求め、意見を聴取すること。

①　「紹介受診重点医療機関」の紹介受診重点外来に関する基準に該当するものの、外来機能報告において「紹介受診重点医療機関」としての役割を担う意向を有しない医療機関

②　「紹介受診重点医療機関」の紹介受診重点外来に関する基準に該当しないものの、外来機能報告において「紹介受診重点医療機関」としての役割を担う意向を有する医療機関

（注）　協議の場がその目的を十分に果たすため、議論が活性化するよう意見交換を重視する運営とすることが望ましい。しかしながら、協議の場に出席者が集まることが現実的ではない場合などにおいては、協議の簡素化のため、地域の実情に応じて、当該医療機関から、紹介受診重点外来に関する基準と意向が合致しない理由等の文書の提出を求める等の柔軟な対応も可能とする。

○　また、協議の場における外来機能の明確化・連携に向けた協議を行う場合、協議をより効果的・効率的に進める観点から、都道府県は、議事等に応じて、追加的に参加を求める関係者を選定するなど、柔軟に協議の場を運営すること。

○　なお、協議の場については、医療法上、地域医療構想調整会議を活用することも可能である。

※　現在、協議の場において外来医療計画に係る協議が行われているが、多くの地域で地域医療構想調整会議が活用されている。

３－３　協議の進め方

○　外来医療においては、医療資源や医療ニーズの状況等が地域によって異なっているため、紹介受診重点医療機関の取りまとめに当たっては、医療機関の特性や地域性を考慮する必要があり、紹介受診重点外来に関する基準を参考にし、当該医療機関の意向に基づき、協議の場で確認することにより、地域の実情を踏まえる仕組みとする。

○　協議は、以下のとおり進めること。

（１）　紹介受診重点医療機関の協議については、外来機能報告により把握した、医療機関ごとの紹介受診重点医療機関となる意向の有無、紹介受診重点外来に関する基準の適合状況、外来医療の実施状況、紹介・逆紹介の状況等を踏まえて議論する。紹介受診重点医療機関の取りまとめにおいては、当該医療機関の意向を第一に考慮すること。その上で、協議に当たっては、当該地域の医療提供体制のあり方として望ましい方向性について、関係者間で十分に協議しつつ、取りまとめに向けた摺り合わせを行うこと。

・　紹介受診重点外来に関する基準の具体的な水準は、

- 初診基準（初診の外来件数のうち「紹介受診重点外来（※）」の件数の占める割合）：40％以上

かつ

- 再診基準（再診の外来件数のうち「紹介受診重点外来（※）」の件数の占める割合）：25％以上

とする。

（※）紹介受診重点外来は、Ｐ．３～４の①～③のいずれかに該当する外来。

・　また、参考にする紹介率及び逆紹介率の定義については、地域医療支援病院の要件として「医療法の一部を改正する法律の施行について」（平成 10 年健政発 639 号厚生省健康政策局長通知）第二の３⑴に定める定義を用いることとし、具体的な水準は、紹介率 50％以上かつ逆紹介率 40％以上とする。

（注）　紹介率は、「紹介患者の数」を「初診患者の数」で除して算出し、逆紹介率は、「逆紹介患者の数」を「初診患者の数」で除して算出する。

（２）　紹介受診重点外来に関する基準を満たした医療機関であって、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を有する場合は、特別な事情がない

限り、紹介受診重点医療機関となることが想定される。

（３）　紹介受診重点外来に関する基準と医療機関の意向が合致しない医療機関については、当該地域の地域性や当該医療機関の特性等を考慮して協議を行う。具体的には、

- 協議の場（１回目）で医療機関の意向と異なる結論となった場合は、当該医療機関において、協議の場での議論を踏まえて再度検討を行い、当該医療機関の再度検討した意向を踏まえ、協議の場（２回目）での協議を再度実施する。
- 紹介受診重点外来に関する基準と医療機関の意向が合致しない医療機関のうち、紹介受診重点外来に関する基準を満たさない医療機関であって、紹介受診重点医療機関となる意向を有する医療機関については、協議の場において、紹介受診重点外来に関する基準に加えて、紹介率・逆紹介率等を活用して協議を行う。
- また、紹介受診重点外来に関する基準を満たす医療機関であって、紹介受診重点医療機関となる意向を有しない医療機関については、当該医療機関の意向を第一に考慮すべきことを踏まえつつ、当該地域の医療提供体制のあり方を協議の上、紹介受診重点医療機関の趣旨等について説明し、２回目の協議に向けて改めて意向を確認すること。
- 協議の場の協議の進め方については、状況に応じて持ち回りとする、文書提出のみとするなどの柔軟な対応も可能とする。

○　医療機関の意向と協議の場での結論が最終的に一致したものに限り、紹介受診重点医療機関とし、都道府県において、協議結果を取りまとめて公表すること。

○　なお、特定機能病院及び地域医療支援病院の多くは、これらの病院の性格上、紹介受診重点外来の基準を満たすことが想定されているところ、当該基準を満たす病院については、原則、紹介受診重点医療機関となることが望ましい。また、特定機能病院又は地域医療支援病院であって当該基準を満たさない病院については、外来機能報告等のデータも活用し、本来担うべき役割（例えば、地域医療支援病院においては医師の少ない地域の支援や地域の医療従事者に対する研修の実施等）を踏まえ、地域の外来医療提供体制における当該医療機関の果たす役割等を協議の場等で確認することとする。

○　令和４年 10 月１日以降、紹介受診重点医療機関のうち、一般病床 200 床以上の病院は、紹介状がない患者等の外来受診時の定額負担の対象となって

いる。この定額負担については、徴収を認められない患者（注１）及び徴収を求めないことができる患者（注２）が定められている。協議の場においては、こうした除外要件も踏まえつつ、地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がない場合など、患者がまずは地域の「かかりつけ医機能を担う医療機関」を受診し、必要に応じて紹介を受けて当該紹介受診重点医療機関を受診するという受診の流れとならない場合について、医療機関の特性も含めて配慮すること。

（注１）救急の患者、国の公費負担医療制度の支給対象者など

（注２）紹介状なしの初診患者であって、地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者、特定健康診断・がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者など

○　外来機能の明確化・連携に向けた協議においては、外来機能報告のデータや既存の統計調査等で明らかとなる地域の外来医療提供体制の現状と課題について、参加する関係者で認識を共有すること。具体的には今後、外来機能報告により入手可能な紹介受診重点外来や紹介・逆紹介等のデータを活用し、地域の外来医療の提供状況について把握するとともに、紹介受診重点医療機関の機能・役割も踏まえ、地域における外来医療提供体制の在り方について、検討を行うこととする。また、令和４年度以降の外来機能報告及び協議の場でのデータや議論の蓄積を踏まえ、具体的な協議事項のポイントや留意点等については、改めて提示する。

３－４　結果の公表

○　患者の流れのさらなる円滑化には、住民の理解が必要であるため、協議プロセスの透明性の確保の観点からも、都道府県において、協議の場に提出された資料のうち、患者情報や医療機関の経営に関する情報（一般的に閲覧可能なものは除く。）は非公開とした上で、その他の資料、協議結果は住民に公表する。

○　紹介受診重点医療機関は、紹介患者への外来を基本とする医療機関であることが患者に分かるよう、紹介受診重点医療機関である旨を広告可能とし、医療機能情報提供制度における報告項目に追加された。なお、特定機能病院や地域医療支援病院についても、紹介受診重点外来に関する基準を満たし、医療機関の意向と協議の場での結論が一致した場合、紹介受診重点医療機関として広告することが可能である。

○　外来機能報告は、各医療機関の紹介受診重点医療機関を担う意向を含め、毎年度都道府県に提出される。こうした中で、年によって、紹介受診重点外来に関する基準の合致状況等が異なることもあり得る。この場合、患者負担が急に変更されることなどにより、地域の住民に対して混乱を生じさせることがないよう、基準への合致状況が一時的なものか恒常的なものかなどを見極めつつ丁寧に協議すること、また、紹介受診重点医療機関の協議の取りまとめに当たっては、地域の住民への周知などについて十分に配慮すること。

４．スケジュール及び具体的な流れ

○　外来機能報告は、医療機関機能等報告と一体的に報告を行う。具体的な年間スケジュールは以下のとおりである。

４月～	・ 対象医療機関の抽出
９月頃	・ 対象医療機関に外来機能報告の依頼 ・ 報告用ウェブサイトの開設
10～11月頃	・ 対象医療機関からの報告
12月頃	・ データ不備のないものについて、集計とりまとめ ・ 都道府県に集計とりまとめを提供
１～３月頃	・ 協議の場における協議 ・ 都道府県に集計結果の提供 ・ 都道府県による紹介受診重点医療機関の公表（原則、次年度の４月１日まで）

５．国民への理解の浸透

○　患者が、まずは地域の「かかりつけ医機能を担う医療機関」を受診し、必要に応じて紹介を受けて、紹介患者への外来を基本とする医療機関である紹介受診重点医療機関を受診するとともに、状態が落ち着いた後に逆紹介を受けて地域に戻るといった、受診の流れと医療機関の機能・役割について、住民に周知啓発を行うことが必要である。

○　厚生労働省においては、外来機能報告や紹介受診重点医療機関等の仕組みや、上記のような「かかりつけ医機能を担う医療機関」を中心とした受診の流れ、医療機関ごとの求められる機能・役割等の周知を行うこととしている。

○　都道府県においては、それらに加えて、地域の医療機関の外来機能の明確化・連携の状況とともに、個々の紹介受診重点医療機関について、都道府県報やホームページによる公表、プレスリリース等によるマスコミへの周知、シンポジウム・講演・SNS 等による周知・呼びかけなど、幅広い世代の住民に行き渡るように周知を行うこと。

○　さらに、令和４年 10 月１日以降、紹介受診重点医療機関のうち、一般病床 200 床以上の病院は紹介状がない患者等の外来受診時の定額負担の対象となっている。具体的には、紹介受診重点医療機関の公表がなされてから、半年経過するまでの間に、当該紹介受診重点医療機関において定額徴収が開始されることとなるため、都道府県において、地域の住民に対する周知を徹底し、医療機関の窓口等での混乱が生じないよう留意すること。

別紙１

外来機能報告　報告項目

一　紹介受診重点外来の実施状況

イ　紹介受診重点外来の実施状況の概況

（１）　初診の外来の実施状況

(i)　初診の外来の患者延べ数

(ii)　初診（情報通信機器を用いた場合に限る。）の外来の患者延べ数

(iii)　紹介受診重点外来の患者延べ数

①　医療従事者又は医薬品、医療機器その他の医療に関する物資を重点的に活用する入院医療と連続して同一患者に対して提供される外来医療の患者延べ数

②　紹介患者に対して提供される外来医療の患者延べ数

③　その他医療従事者又は医薬品、医療機器その他の医療に関する物資を重点的に活用する外来医療の患者延べ数

(iv)　初診の外来の患者延べ数に対する紹介受診重点外来の患者延べ数の割合

（２）　再診の外来の実施状況

(i)　再診の外来の患者延べ数

(ii)　再診（情報通信機器を用いた場合に限る。）の外来の患者延べ数

(iii)　紹介受診重点外来の患者延べ数

①　医療従事者又は医薬品、医療機器その他の医療に関する物資を重点的に活用する入院医療と連続して同一患者に対して提供される外来医療の患者延べ数

②　紹介患者に対して提供される外来医療の患者延べ数

③　その他医療従事者又は医薬品、医療機器その他の医療に関する物資を重点的に活用する外来医療の患者延べ数

(iv)　再診の外来の患者延べ数に対する紹介受診重点外来の患者延べ数の割合

ロ　紹介受診重点外来の実施状況の詳細

（１）　初診の外来医療であって、医療資源を重点的に活用するものの実施状況

(i)　外来化学療法加算を算定した件数
(ii)　外来腫瘍化学療法診療料を算定した件数
(iii)　外来放射線治療加算を算定した件数
(iv)　CT撮影を算定した件数
(v)　MRI撮影を算定した件数
(vi)　PET装置を用いて行う検査を算定した件数
(vii)　SPECT装置を用いて行う検査を算定した件数
(viii)　マンモグラフィ撮影を算定した件数
(ix)　高気圧酸素治療を算定した件数
(x)　画像等手術支援加算を算定した件数
(xi)　悪性腫瘍手術に関連する項目を算定した件数

（２）　再診の外来医療であって、医療資源を重点的に活用するものの実施状況

(i)　外来化学療法加算を算定した件数
(ii)　外来腫瘍化学療法診療料を算定した件数
(iii)　外来放射線治療加算を算定した件数
(iv)　CT撮影を算定した件数
(v)　MRI撮影を算定した件数
(vi)　PET装置を用いて行う検査を算定した件数
(vii)　SPECT装置を用いて行う検査を算定した件数
(viii)　マンモグラフィ撮影を算定した件数
(ix)　高気圧酸素治療を算定した件数
(x)　画像等手術支援加算を算定した件数
(xi)　悪性腫瘍手術に関連する項目を算定した件数

二　紹介受診重点病院又は紹介受診重点診療所（法第三十条の十八の二第一項第二号に規定する病院又は診療所をいう。）となる意向の有無

三　地域における外来医療（紹介受診重点外来を除く。）の実施状況に係る事項並びに人員の配置及び医療機器等の保有状況その他の必要な事項

イ　紹介受診重点外来以外の外来医療及び在宅医療等の実施状況

（１）　生活習慣病管理料を算定した件数

（２）　特定疾患療養管理料を算定した件数
（３）　糖尿病合併症管理料を算定した件数
（４）　糖尿病透析予防指導管理料を算定した件数
（５）　機能強化加算を算定した件数
（６）　小児かかりつけ診療料を算定した件数
（７）　地域包括診療料を算定した件数
（８）　地域包括診療加算を算定した件数
（９）　往診料を算定した件数
(10)　在宅患者訪問診療料（Ｉ）を算定した件数
(11)　在宅時医学総合管理料を算定した件数
(12)　施設入居時等医学総合管理料を算定した件数
(13)　診療情報提供料（Ｉ）を算定した件数
(14)　連携強化診療情報提供料を算定した件数
(15)　地域連携診療計画加算を算定した件数
(16)　がん治療連携計画策定料を算定した件数
(17)　がん治療連携指導料を算定した件数
(18)　がん患者指導管理料を算定した件数
(19)　外来緩和ケア管理料を算定した件数

ロ　救急医療の実施状況

（１）　休日に受診した患者延べ数
（２）　休日に受診した患者延べ数のうち、診察後直ちに入院となった患者延べ数
（３）　夜間・時間外に受診した患者延べ数
（４）　夜間・時間外に受診した患者延べ数のうち、診察後直ちに入院となった患者延べ数
（５）　救急車の受入件数

ハ　紹介率及び逆紹介率

ニ　外来医療等における医療従事者の配置状況

医師並びに外来医療を担う薬剤師、助産師、看護師、専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師、准看護師、看護補助者、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床工学技士、管理栄養士及び救急救命士の数

ホ　高額等の医療機器・設備の保有状況

（１）コンピュータ断層撮影装置の数

(i)　百二十八列以上の検出器を有するコンピュータ断層撮影装置の数

(ii)　六十四列以上百二十八列未満の検出器を有するコンピュータ断層撮影装置の数

(iii)　十六列以上六十四列未満の検出器を有するコンピュータ断層撮影装置の数

(iv)　十六列未満の検出器を有するコンピュータ断層撮影装置の数

(v)　その他のコンピュータ断層撮影装置の数

（２）　磁気共鳴画像診断装置の数

(i)　静磁場強度が三テスラ以上の磁気共鳴画像診断装置の数

(ii)　静磁場強度が一・五テスラ以上三テスラ未満の磁気共鳴画像診断装置の数

(iii)　静磁場強度が一・五テスラ未満の磁気共鳴画像診断装置の数

（３）　血管連続撮影装置の数

（４）　SPECT装置の数

（５）　PET装置の数

（６）　ガンマナイフの数

（７）　サイバーナイフの数

（８）　強度変調放射線治療（IMRT）を行うための機器の数

（９）　遠隔操作式密封小線源治療装置の数

(10)　内視鏡手術用支援機器の数

(11)　マンモグラフィの数

別紙２

地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要な
外来・在宅医療・地域連携の実施状況　（令和８年９月時点）

報告項目	算定要件	参考とする考え方
生活習慣病管理料	脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に算定。	生活習慣病の患者に対する総合的な医療
特定疾患療養管理料	生活習慣病等を主病とする患者についてプライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合に算定。	かかりつけ医師による医療
糖尿病合併症管理料	糖尿病足病変ハイリスク要因を有し、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた患者に対して、医師又は医師の指示に基づき看護師が当該指導を行った場合に算定。	糖尿病の患者の合併症に対する継続的な医療
糖尿病透析予防指導管理料	糖尿病の患者であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた患者に対して、医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に算定。	糖尿病の患者に対する多職種共同による医療
機能強化加算	外来医療における適切な役割分担を図り、より的確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関において初診料を算定する場合に加算。	かかりつけ医機能を有する医療機関における医療
小児かかりつけ診療料	かかりつけ医として患者の同意を得た上で、未就学の患者の診療について緊急時や明らかに専門外の場合等を除き継続的かつ全人的な医療を行った場合に算定。	かかりつけ医による継続的、全人的な医療
地域包括診療料	脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎不全又は認知症のうち２以上の疾患を有する患者に対して、療養上	複数の慢性疾患を有する患者に対する継続的、全人的な医療

	必要な指導及び診療を行った場合に算定。	
地域包括診療加算	脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎不全又は認知症のうち２以上の疾患を有する患者に対して療養上必要な指導及び診療を行った場合に再診料に加算。	複数の慢性疾患を有する患者に対する継続的、全人的な医療
往診料	患者又は家族等患者の看護等に当たる者が、保険医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該保険医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに患家に赴き診療を行った場合に算定。	（定期的、計画的ではない）患者等の求めに応じ、可及的速やかに実施される医療
在宅患者訪問診療料（Ｉ）	在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合に算定。	在宅医療
在宅時医学総合管理料	在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を策定し、定期的に訪問診療を行い、総合的な医学管理を行った場合に算定。	在宅医療
施設入居時等医学総合管理料	施設において療養を行っている患者等であって通院が困難なものに対して、個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を策定し、定期的に訪問診療を行い、総合的な医学管理を行った場合に算定。	在宅医療
診療情報提供料（Ｉ）	保険医療機関が、診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、患者の同意を得て診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合や、保健・福祉関係機関に対して必要な情報提供を行った場合に算定。	医療機関間や保険医療機関と保健・福祉関係機関の連携
連携強化診療情報提供料	かかりつけ医機能を有する医療機関等からの求めに応じ、患者の同意を得て、当	医療機関間の連携

	該患者に関する診療状況を示す文書を提供した場合に算定。	
地域連携診療計画加算	患者の退院日の属する月又はその翌月に、連携する保険医療機関を退院した患者の同意を得て、当該連携保険医療機関に対して、診療状況を添えて当該患者の地域連携診療計画に基づく療養に係る必要な情報を提供した場合に、診療情報提供料（Ⅰ）に加算。	医療機関間の連携
がん治療連携計画策定料	入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため、計画策定病院があらかじめがんの種類やステージを考慮した地域連携診療計画を作成し、がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、かつ、入院中又は退院後 30 日以内に当該別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に算定。	がん治療に関わる医療機関間の連携
がん治療連携指導料	がん治療連携計画策定料１又は２を算定した患者に対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行うとともに、計画策定病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に算定。	がん治療に関わる医療機関間の連携
がん患者指導管理料	医師が看護師等と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合等に算定。	がん患者に対する多職種共同による医療
外来緩和ケア管理料	緩和ケアを要する患者に対して、医師、看護師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場合に算定。	緩和ケアを要する患者に対する多職種共同による医療