

医療分野における規制改革に係る当会議の考え方

- 1．中央社会保険医療協議会（中医協）の在り方の見直し
- 2．医療のＩＴ化の加速
- 3．医療機関情報の公開義務化と診療情報の開示促進

規制改革・民間開放推進会議 医療WG

平成 17 年 11 月 21 日

1. 中央社会保険医療協議会（中医協）の在り方の見直し

- 年間 30 兆円超にも及ぶ国民医療費の配分を事実上左右することになる診療報酬点数の決定は、それに相応しい公正・中立・透明な組織で行われるべき。
- 「中医協の在り方に関する有識者会議」の報告書「中央社会保険医療協議会の新たな出発のために」(平成 17 年 7 月 20 日)に示された改革の内容は、当会議の主張と方向を同じくするものの、例えば、以下のような改革の根幹に関わる重大な問題も残されている。

① 中医協の機能を限定するとの方針は明示されたが、具体的な運用でその方針が曖昧になりかねない点

例えば当会議から厚生労働省に7月上旬に意見した「明細付き領収証の無償交付での義務化」について、迅速に対応されるがあまり、基本的な医療政策と考えられる本件が社会保障審議会の審議を経ず、先に中医協で審議が行われる事例も発生。

(当会議の指摘後、社会保障審議会医療部会及び医療保険部会で議論が始まった。)

② 団体推薦制が残る上、医師会を介したこれまで通りの団体推薦制が明確な理由なく維持される点

有識者会議の審議：“「病院団体が直接推薦をするべき」という意見が大勢”
厚生労働大臣私案：“医師の職能を代表する医師会を介した推薦方法”

③ 病院の意見を反映できる医師の数が医療提供シェア等の実態を反映していない点

	【診 療 所】		【 病 院 】
¹ (医療費)	7 兆 4000 億円	<	1 6 兆 9000 億円
² (医師数)	9 万人	<	1 6 万人
³ (患者数)	3 4 5 万人	=	3 3 3 万人
⁴ (施設数)	96,050 施設	>	9,122 施設 (1 病院 約 17 医師)

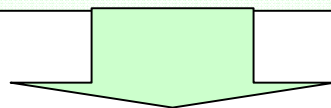
1. 平成 1 5 年医療費の動向 厚生労働省

2. 平成 1 4 年 医師・歯科医師・薬剤師調査 厚生労働省

3. 平成 1 4 年患者調査 厚生労働省

4. 平成 1 5 年度医療施設調査 厚生労働省

今後、中医協が真に国民から信頼される組織に生まれ変わり、医療の効率化と医療の質の向上という医療政策上の基本的な要請の実現に寄与するためには、機能、組織の両面から次のような改革を徹底すべき。



当会議の考える具体的な改革案

- ① 中医協外で審議・決定された基本的な医療政策や診療報酬改定率に沿って、診療報酬点数の改定案を審議、答申することに中医協の権能・役割を限定するとの方針が示されたが、これをより明確化し、具体化するための必要な措置を講ずること。
- ② 公正、中立な立場から審議・決定が行われるようにするため、
 - ・ 支払側及び診療側委員の団体推薦枠制は廃止すること。
 - ・ 公益委員が過半数を占めるようにすること。仮に団体推薦枠制を維持する場合であっても、当該団体の推薦は他団体を介することなく厚生労働大臣に直接行われること。(特に、病院の意見を反映する委員について、直接推薦とすること。)
- ③ 現在の医療提供シェア等を勘案し、病院の意見を反映できる委員の人数が、一般診療所に依拠する委員の人数を上回るようにすること。(例えば、病院代表を現在の2名から3名以上とすること。)
- ④ 中医協外で審議・決定された基本的な医療政策や診療報酬改定率に沿って中医協において点数設定がなされたかどうかを検証すべく、診療報酬改定結果を客観的データによって公益委員が厳正に事後評価すること。その際、公益委員による事後評価の支援機能を強化すること。

病院代表等診療側委員の推薦方法について

有識者会議報告書

- なお、当該委員の推薦の在り方については、「病院団体が直接推薦をするべき」という意見が大勢であったが、「日本医師会が病院の代表も含めたバランスを考えて推薦をするべき」という意見もあった。いずれにしても、病院の意見を反映できる医師は、国民の目に見え、納得できるような形で選ばれるべきであり、病院団体自身が作成した推薦名簿が透明なプロセスで厚生労働大臣に届けられる仕組みとするべきである。

⇒ 有識者 5 名中 3 名が、「病院団体が直接推薦するべき」との意見。

厚労大臣私案　：　医師を代表する委員の選出方法について

- 医師を代表する 5 名の委員については、厚生労働大臣から、医師の職能を代表する団体である日本医師会に対して、被推薦者の取りまとめを依頼する。
- 上記 5 名の委員のうち 2 名については、病院の意見を反映できる医師とし、その選出が、国民の目に見え、納得できるような形で行われるよう、厚生労働大臣から病院団体に対して、日本医師会に推薦名簿を提出するよう依頼する。
- 日本医師会は、医師の職能を代表する団体として、病院及び診療所のバランス、医師の診療科のバランス等を考慮し、病院団体から提出された推薦名簿を添付した上で、医師を代表する 5 名の委員全体の推薦名簿を提出する。
- なお、病院の意見を反映できる 2 名の委員については、日本医師会は、病院団体の名を併記した上で、推薦名簿の提出を行うこととする。

厚生労働省 医療制度構造改革試案 (抜粋)

(平成 17 年 10 月 19 日)

V 診療報酬体系の在り方の見直し等**(4) 中央社会保険医療協議会の見直し**

- 診療報酬改定における中央社会保険医療協議会 (以下「中医協」という。) の役割
 - ・改定率は内閣で決定する。
 - ・改定に係る基本的な医療政策の審議は、社会保障審議会の医療保険部会及び医療部会が担当し、中医協においては、これに沿いつつ、内閣が決定する改定率を前提とし、具体的な診療報酬点数の設定に係る審議を行う。
 - ・中医協が診療報酬点数の改定案を作成するに至る過程において、広く国民の意見を募集する手続きをとる。
- 委員構成の見直し (※平成18年10月目途より実施)
 - ・支払側8名・診療側8名・公益委員4名となっている委員構成を見直し、中医協の委員数全体の適正を維持するという観点も踏まえつつ、公益委員を支払側委員及び診療側委員のそれぞれと同数程度とする。
- 支払側委員及び診療側委員の団体推薦制の在り方については、引き続き検討する。

経済財政運営と構造改革に関する基本方針2005 (骨太2005) (抜粋) [平成17 年6 月21 日閣議決定]

(中医協改革) 中央社会保険医療協議会 (以下「中医協」という。) について、「中医協の在り方に関する有識者会議」の議論を踏まえ、以下の方向を始めとする改革を行う。

- ① 公益機能を強化し、病院等多様な医療関係者の意見を審議に反映させるため、公益委員の人数など委員構成を見直す。
- ② 診療報酬改定に係る基本的な医療政策の審議は厚生労働大臣の下における他の諮問機関にゆだねた上で、中医協はこの基本的な医療政策や内閣において決められた改定率を前提として個別診療報酬点数の改正案を審議することとし、その機能・役割を明確化する。
- ③ 診療報酬改定の結果を検証する機能を公益委員に担わせる。

第11回 社会保障の在り方に関する懇談会 議事要旨 (抜粋)

(平成17年7月26日)

(尾辻厚生労働大臣) 中医協の在り方の見直しについて御報告申し上げます。

(中略)

それから「医師を代表する5名の委員のうち2名を病院の意見を反映できる医師とする」こととなっており、その推薦をどこにするかは、国民の目に見え、納得できるような形で選出するという提言がされている。

提言は以上だが、具体的な病院代表の推薦方法については、厚生労働大臣から直接、病院団体に対して日本医師会に推薦名簿を提出するように依頼する。すなわち、病院団体に対して直接、厚生労働大臣が依頼する。ただ、形として日本医師会に推薦名簿を出し、日本医師会は、その病院団体から出てきた推薦名簿を添付して、病院団体の名を併記した上で推薦名簿を提出するという私の考え方を示している。

(石委員) 若干誤解がある。そもそも、日本医師会自体を通じてやるのがいけない、という論調もある。

(尾辻厚生労働大臣) 病院団体にはまだ受け皿が明確にできていない。

(石委員) ダイレクトには、なかなか難しいという判断か。

(尾辻厚生労働大臣) 病院団体が11団体あるが、11団体を網羅した明確な組織がない。また、医師会が全体を代表しているため、医師会を通じるが、実質的にはちゃんと病院団体から推薦して欲しいということである。これは、明確にそう言ったつもりであるので、是非そのように御理解いただきたい。

第20回 経済財政諮問会議 議事要旨 (抜粋)

(平成17年10月4日)

(尾辻臨時議員) (中略) 先ほど言及された中医協の新しいメンバーの話だが、9月28日に新たに病院団体が選任した病院の意見を反映できる医師2名を任命した。これについて御批判もあったが、病院団体が直接選んだということにおいて、何ら批判されるような話ではないと思っている。ただ、日本医師会という組織は、日本の医師全体を集めている組織、病院に勤めている勤務医も含めて全体を集めている組織であるからその名前にしたというだけであり、医師会が選んだわけでも何でもない。また、そうしたやり方については、昨年末に村上大臣と私との間で約束した内容そのものだとは私は思っており、何ら言われるようなものではないと思う。

年末の答申に向けた進め方及び基本方針（抜粋）

II．基本方針

3．14の重点検討事項

（3）医療分野における価格決定メカニズム（中医協の在り方）の見直し

- ◇ 診療報酬・薬品・医療材料等の価格を決定する「中央社会保険医療協議会（中医協）」については、厚生労働省外への解体的再設置を含め、機能・組織の両面から、抜本的な見直しを開始する。
- ◇ 当面、以下の措置を早急に講ずる。
 - ① 中医協の機能を、診療報酬点数、薬価、医療材料等の価格決定に限定し、保険適用に関する事項及び診療報酬体系のあり方等の政策に関わる事項について、それぞれ別組織で検討する体制に移行する。
 - ② 支払側委員（8名）、診療側委員（8名）および公益委員（4名）という三者構成の人数比を見直し、公益委員の数を全体の過半数に増やす。
 - ③ 支払側・診療側委員について、関係団体への委員推薦依頼を取りやめる。特に診療側委員については、一般診療所に比べ病院に属する委員の数が上回るよう大幅に見直す。
 - ④ 公益委員も含め委員の任期を原則2期4年以内とする。
 - ⑤ 診療報酬等の改定理由を客観的・科学的に示すとともに、改定結果の事後評価を行う。
 - ⑥ 診療報酬等の決定にあたって、医療の現場や一般国民の声を反映する仕組みを設ける。
- ◇ 上記を含めた中医協の抜本的改革に関する検討は、中医協において行うのではなく、真に中立・公正な立場に立つ者によって、厚生労働省外を含めて、検討・審議されるよう、政府として措置する。

2. 医療のIT化の加速

- 医療のIT化の推進は、医療における最重要課題の一つ。医療の質の向上と効率化等に資するものと捉え、長年にわたり厚生労働省等と協議検討を重ねてきたところ。
- 諸外国においては、米国のEHR (Electronic Health Record) 構想、韓国のレセプトのオンライン請求(達成率90%以上)を始め、医療のIT化を積極的に推進し、大きな進展あり。
- 一方、我が国では、厚生労働省の保健医療情報システム検討会が「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」(平成13年12月)等で提言した導入目標には未だ程遠い状況。
⇒ オンライン請求でない「電子媒体」(フロッピーディスクなど)による提出ですら21.5%のみ。
- 「規制改革・民間開放推進3か年計画(改定)」(平成17年3月25日閣議決定)において、電子カルテ化、電子レセプトによるオンライン請求化の原則が明示されたところ。(参考資料2-1)

	平成16年度までに	平成18年度までに	現在達成状況
【電子カルテ】	全国の2次医療圏毎に少なくとも1施設は電子カルテの普及を図る。	全国400床以上の病院の6割以上に普及、全診療所の6割以上に普及	400床以上の病院の20.9%
【レセプト電子処理システム】	全国の病院レセプトの5割以上に普及	全国の病院レセプトの7割以上に普及	21.5% (注)FD等による提出。オンライン請求の達成率ではない。
IT政策パッケージ2005 (平成17年2月24日、IT戦略本部決定)	医療機関から審査支払機関に提出されるレセプトの電算化及びオンライン化の推進(2004年度末までに開始)		

医療のIT化で想定されるメリット

- 医療の質の向上、効率化
- データに基づく医療政策の実現
- 安全性の向上
- 診療情報の共有による医療機関間の連携の促進
- 検査の重複など無駄な医療の排除
- 業務の効率化・迅速化、事務コストの軽減
- 患者への情報提供の充実
- 医療情報のデータベース構築とその分析による医療技術や質の向上 等

(電子レセプトによるオンライン請求)

- 業務の効率化、迅速化
- 社会全体として年間 2,000 億円超の財政改善効果
(「IT化を活用した診療報酬請求決済システムの構築及び実証実験」(独立行政法人情報処理推進機構、平成 12 年度事業))
- 審査支払事務の効率化、保険者の財政の改善、被保険者・患者の保険料負担の軽減等
- 保険者による直接審査支払の実現
- 医療機関への支払期間の短縮
- 蓄積された電子的データの二次利用による疾病管理の実現、根拠に基づく医療政策の立案
- 審査支払機関の 1 次審査における事務点検、審査事務共助等の業務効率化
(年間 14 億件を超える膨大な件数のレセプトを抱え、審査支払機関は重点審査という形で既に全件審査できていない)

普及促進に係る課題 等

- 行政の各部署などで個別に検討、推進されるに留まり、将来の方向性を戦略的に示し予算執行過程を統一的に把握、管理するなど総合的に検討、推進する機能・組織がない。
- オンライン請求を可能とする法令の改正も必要。
- 電子化により構築されるデータベースの利用手続きの明確化が必要。
- 分析・研究などのレセプトデータの目的外使用の取扱いなど法的な環境整備が必要。
- また、解決すべき技術的問題や費用等の問題に加え、関係当事者が未だ難色を示していることも、電子化、オンライン化が促進しない原因の一つ。

【参考 1】

昭和 58 年に当時の厚労省が「レインボープラン」を公表、レセプト電算処理の方針を打ち出す。しかし、不当・不正請求の排除が目的である、費用負担方法や導入メリットも明確でないと受け止めた関係当事者からの反対が強いことも原因して、結局、レインボープランは実現されることはなかった。その結果、電算システム化は停滞し、各医療機関が個別に対応していくこととなり、標準化が大きく立ち遅れた、との指摘もある。

【参考 2】

健康保険組合連合会と社会保険診療報酬支払基金は、国の特別保健福祉事業の助成金を受けて現在「レセプト情報管理システム」（支払基金から保険組合へレセプトデータを“電子媒体（FD等）”で提供する計画）を進めている。

当該計画において、レセプトの全項目（約 250 項目）中、二次利用可能なテキストデータで渡されるのは約 60 項目のみである。基金がテキストデータを提供可能なものであってもわざわざ画像データ（PDF の様なもの）に戻される。支払基金から保険者へ提供される項目がこのように限定された理由については、当該システムの説明会の資料では医療提供側との関係との説明がなされており、未だ医療提供側が、IT 化の推進に難色を示しているとも推察される。

① 電子レセプトによるオンライン請求化の確実な推進

- 電子レセプトによるオンライン請求化及び実施された医療内容の分析などの二次的利用が可能な電子的データ化の原則を周知徹底すべき。
- 一定期間経過後には、オンラインによる請求以外はこれを受けつけず、止むを得ない場合は、オンライン請求を行えない者から追加費用を徴収するという方針を明示することによって、確実に実行に移すべき。
- 目標達成の阻害要因を明らかにし、その解決に向けた具体的対策と最終達成時期を盛り込んだ具体的かつ明確な工程表を策定すべき。

② カルテの電子化の普及促進

- カルテの互換性・規格の統一、レセプト・カルテ連動のためのコード整備など技術的な課題を解決すべき。
- 具体的な導入促進策や各種の促進手段を明確にし、実行すべき。

③ データベース利用環境の整備

- 電子レセプトによる請求データ、各種医療関係の調査によるデータを民間等が活用するに当たって、過度に厳重な要件を課し利用を制限することのないよう、利用資格・手続き、目的外使用の法的取扱いなど利用環境の整備を図るべき。

④ 健康保険証の券面表示の見直し

- 医療分野のIT化のインフラ整備の一環としてカード化が進められるよう、健康保険証の券面表示の記載項目に係る規制を見直すべき。(事業所名の記載については、早急にこれを表示事項から削除すべき。)

「規制改革・民間開放推進3か年計画（改定）」
(平成17年3月25日閣議決定、医療のIT化部分抜粋)

2 IT化の推進による医療機関の業務の効率化等

(1) 電子カルテシステムの普及促進

- ① 厚生労働省の保健医療情報システム検討会が「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」（平成13年12月）で提言した平成18年度までに全国の診療所の6割以上、400床以上の病院の6割以上に電子カルテシステムを導入させるとした目標を確実に達成できるよう、具体的な実行策を明定し、公表する。併せて、電子カルテシステムの導入負担を軽減し、導入が促進されるよう、地域中核病院等にWeb型電子カルテを導入して診療所等の電子カルテ利用を支援する等、具体的な措置を講ずる。**【平成17年度中に措置】**
- ② 電子カルテシステムが導入された後も、医療機関において継続的に運用されるよう、システム導入後の運用維持も視野に入れ、電子カルテシステムを用いた望ましい診療行為や医療機関の体制の評価を踏まえ、具体的な推進策を策定し、措置する。**【平成17年度中結論、平成18年度中に措置】**
- ③ 電子カルテにおける用語・コードとレセプトにおける用語・コードの整合性を図り、カルテからレセプトが真正に作成される仕組みを構築し、我が国のカルテについて電子カルテ化を積極的に推進することとし、そのための実効性ある方策を講ずる。**【平成17年度中に措置】**
- ④ セカンドオピニオンを取得の際に初めの医療機関で検査した診療情報のすべてを別の医療機関で活用できるようにし、電子カルテシステムが単独の医療機関内での使用にとどまらず、複数の医療機関間で利用されることにより、診療連携に寄与する等、標準的電子カルテ推進委員会に取りまとめられる標準的電子カルテに求められる機能、基本要件等を踏まえ、診療情報の共有に資する標準化の在り方を早期に提示し導入、普及の一層の推進を図る。**【平成17年度中に措置】**

(2) レセプトのオンライン請求の普及促進

レセプトの電子的請求について、厚生労働省が自ら掲げた平成18年度に全国の病院レセプトの7割以上に導入するという達成目標について、それに至る逐年の目標値を明確にし、当該目標の確実な達成を図るとともに、目標達成に阻害となる要因が発生した場合には、これを検証し、速やかに対策を講ずる。また、7割が最終目標ではあり得ないことから、その後の原則電子化の推進のスケジュールも明確にする。ここにいう電子的請求とはオンライン化を原則とする方針を明確にし、周知徹底を図るとともに、一定期間経過後は、オンライン請求に参加しない医療機関に関しては、その参加を確実に推進するための実効性ある措置を講ずる。【平成17年度中に措置】

(3) 電子カルテ等診療情報の医療機関外での保存の推進

電子カルテ等診療情報の医療機関外での保存については、情報の安全確保等、外部保存受託機関として満たすべき技術及び運用管理上の要件を示したガイドラインを速やかに開示、周知徹底し、診療情報の電子化及び患者の診療継続等のための医療機関間での情報共有を推進する。【ガイドラインの周知徹底は平成17年度早期に措置、その後逐次実施】

レセプトのオンライン請求に関する 総理発言**○ IT戦略本部（平成 17 年 10 月 25 日）**

「お陰様で最先端のIT国家になったんですから、これからも上げ続けるということですが、先ほどの遅れているレセプトの電子化は何とか奨励して進めるように具体策を考えていただきたいと思います。」

○ 経済財政諮問会議（平成 17 年 10 月 27 日）

「レセプトの電算化については、韓国の例も参考にして、強力に進めてほしい。一時的な電算化の費用があっても、全体及び将来を見れば、すごく経費が削減できるから。また、医療の質の向上にもつながると思うので、是非お願いしたい。」

3. 医療機関情報の公開義務化と診療情報の開示促進

- 患者本位の医療の実現には、医療機関情報の公開と診療情報の一層の開示が不可欠。
- 医療機関等が持つ情報には、患者が医療機関や治療方法等を選択するために絶対的に必要な情報も含まれおり、これまでの広告という医療機関側の「任意」による情報提供の在り方を、患者本位及び患者参加の医療の実現という観点から、抜本的に見直すことが必要。
- 患者が的確な診療を受けられるよう、医療機関が確かな情報を自ら責任をもって公開することは本来の使命の一つであり、患者に対する責務。
- したがって、医療機関情報の公開を「広告」として医療機関の「任意」に委ねるのではなく、患者の医療機関等の選択に資する情報に関しては、医療機関の「義務」として、より積極的に公開させ、早急に患者本位の医療、患者参加の医療の礎を築くことが必要。
- 医療機関情報の公開は、患者のみならず、医療機関にとっても有益。
 - ・ 地域医療における自身の役割を住民等に明らかにすることが可能。
 - ・ 他医療機関との連携を通じて地域一体となった医療提供を行うためにも有益。
 - ・ 他の医療機関との比較や患者による評価を可能とすることによって、より質の高い医療を提供するための改善の契機に。
 - ・ 医師が公開された情報を用いて患者と対話することによって、医師のより適確な判断、患者の意志を尊重した適確な医療機関や治療方法の選択に寄与。
- 医療機関による患者への診療情報の開示も未だ不十分であり、個人情報保護に配慮しつつ、その充実が必要。

① 医療機関情報の公開義務化等

ア 医療機関情報の公開義務化

- 患者が医療機関や治療方法を選択するために不可欠な事項、選択に資すると思われる事項については、医療機関による公開を「義務」づけ、早急に改善すべき。（⇒別紙参照）

イ アウトカム情報の公開

- 各医療機関の特殊性や重症度等を踏まえ、アウトカム情報の指標を策定し、指標に基づき算定されるアウトカム情報の公開を医療機関に義務づけるべき。
- アウトカム情報の公開に当たっては、客観的で検証可能な事実そのものを公開することを原則とすべき。
- まず病院を対象に数個の主要な疾患から、直ちに開始すべき。

ウ 情報公開ルールの整備

- 医療機関が義務として公開する情報の提供方法等を定めるべき。
- 情報を集約してすべてを公開し、且つ、患者、医療関係者等が容易に制約なく閲覧・取得・利用できるようにすべき。

エ 情報活用のための患者支援の充実

- 公開された情報は、患者に適切に理解、活用される必要があるため、情報公開と併せ、公開された情報を患者が正確に理解し活用できるよう、患者支援の方法を充実すべき。

② 医療機関による「広告」の原則自由化

- 公開義務化の対象とならずに医療機関が「任意」に公開する事項の範囲については、制限を付さないこととすべき。（なお、虚偽、誇大、誤解を与える事項の公開禁止は当然である）

③ 明細付き領収証の交付の義務化

- 記載項目や記載方法等の規格を整備しつつ、「行われた医療行為等とその所要費用が明瞭になる明細付きの領収証」の無償交付を医療機関の当然の行為として義務づけるべき。

患者が医療機関や治療方法を選択するに当たり、不可欠な事項、選択に資すると思われる事項の例

（施設・設備、医師・看護体制などの基本情報）

- ・ 医療機関の理念、基本方針、地域における役割など組織運営に関する事項
- ・ 医療機関の沿革
- ・ 診療科名、医療機関の名称、電話番号、所在地、診療日、診療時間、交通手段など患者のアクセス等に関わる事項
- ・ 医師数（常勤医師・非常勤医師）、看護師数、その他スタッフの職種と人数
- ・ 特定承認保険医療機関など施設認定、基準許可に係る事項
- ・ 入院設備の有無、個室病室、病床数、診査機器など施設・設備に関する事項
- ・ 専門外来の有無
- ・ セカンドオピニオンの実施に関する事項
- ・ DPC（Diagnosis Procedure Combination、診断群分類別包括評価）など包括支払方式の導入の有無
- ・ 電子カルテ、電算レセプトの導入に関する情報
- ・ バリアフリーに関する事項
- ・ カルテ開示の実績に関する事項
- ・ インフォームドコンセントの実施とその方法に関する事項

（院内管理体制等）

- ・ リスクマネジメント委員会、臨床症例病理検討会の設置、研修・教育体制など医療の質と安全の向上への取組に関する事項
- ・ 院内感染対策に関する事項
- ・ 個人情報保護、診療情報の管理に係る取組に関する事項
- ・ 治療に関する相談窓口の有無
- ・ クレーム対応窓口の有無とその内容開示に関する事項
- ・ 入院治療計画、クリニカルパスの実施実績

（医療機関の実績、治療方針）

- ・ 標榜科毎の専門にしている分野とその治療方針

- ・ 行われている診療、治療方法（高度先進医療などを含む）
- ・ 実施可能な検査、画像診断の方法とその件数
- ・ 得意とする診療、手術など医療機関の特色

（医師の経歴・実績、診療、治療についての情報）

- ・ 診療に従事する全ての医師、歯科医師の性別及び略歴、専門医資格、認定資格の有無、及び得意とする診療領域

（入院、外来に関する情報）

- ・ 外来件数
- ・ 平均待ち時間に関する事項
- ・ 手術件数（入院外来別、全身麻酔・部分麻酔別、疾患別、ステージ別、治療法別）
- ・ 主要な疾患毎の平均在院日数
- ・ アメニティ、プライバシー保護に関する設備、入院食、面会時間など入院環境に関する事項
- ・ 差額ベッド代など保険外費用に関する事項
- ・ 通訳、対応できる言語に関する事項
- ・ 夜間、時間外の受入・当直体制に関する事項
- ・ 在宅支援・訪問看護の実施に関する事項

（他医療機関との連携に関する情報）

- ・ 専門医療機関、他医療施設への紹介実施の有無
- ・ 治療において協力関係にある医療機関の有無

（治療成績、アウトカム情報、評価に関する事項）

- ・ 死亡率、治癒率、術後生存率、再入院率など治療成績に関する事項
- ・ 患者満足度調査の実施の有無、及び実施している場合にはその結果
- ・ 日本医療機能評価機構の認定の有無と審査結果の概要

