

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.884 2025.9.2

医療情報ヘッドライン

ベースアップ評価料の賃上げ率は**3.40%**
創設時目標の**4.5%**に届かず

▶厚生労働省

精神医療の「オンライン初診」を検討
対面診療と同等の有用性とのエビデンスも

▶厚生労働省

週刊 医療情報

2025年8月29日号
社会医療法人372法人に、
7月1日現在

経営TOPICS

統計調査資料

病院報告

(令和7年5月分概数)

経営情報レポート

AIの活用などによる地域差の解消へ
救急医療の現状と未来への展望

経営データベース

ジャンル: 医療制度 > サブジャンル: 広報戦略

クリニックにおける広報戦略

看板・パンフレット作成のポイント

医療情報
ヘッドライン
①

ベースアップ評価料の賃上げ率は 3.40% 創設時目標の 4.5%に届かず

厚生労働省 入院・外来医療等の調査・評価分科会

厚生労働省は、8月21日の「入院・外来医療等の調査・評価分科会」で、2024年度・2025年度のベースアップ評価料届出医療機関の賃上げ率が3.40%だったことを明らかにした。2024年度にベースアップ評価料を新設したときの目標は4.5%（2024年度2.5%、2025年度2.0%）だったため、1ポイント以上届かなかった計算となる。

2年連続で春闘での賃上げ率が5%を超えている中、医療界が乗り遅れている状況が浮き彫りとなった形だ。

■診療所で届出をしているのは約4割

ベースアップ評価料は、「看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者を除く）について賃上げを実施していくための評価」として、2024年度診療報酬改定で新設された。

外来および在宅医療に患者に係る評価は「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」（以下、評価料（Ⅰ））で、初診料および再診料に評価を上乗せする形となっている（初診時6点、再診時2点、訪問診療時は同一建物居住者等以外の場合28点、それ以外の訪問診療時は7点）。

また、無床診療所で賃上げ率が1.2%に満たない場合は、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」を追加で算定できる。

前述したように、今年7月7日時点で評価料（Ⅰ）の届出を行っている病院は全体の約9割（89.6%）、診療所は38.8%。「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」の届出

をしているのは、評価料（Ⅰ）の届出をしている医療機関の約4%だった。

届出をしていない病院（全体の1割程度）について、厚労省はベースアップ評価料の届出有無ごとの設立母体および許可病床数を示している。それによれば、届出をしていない病院は、公立病院や医療法人（社会医療法人は含まない）、許可病床数100床未満が多いことが明らかになっている。

■届出をしない理由の最多は「届出が煩雑」

ベースアップ評価料の届出をしていない理由は何か。厚労省が実施した「令和6年度入院・外来医療等における実態調査」によれば、もっとも多かった回答は「届出内容が煩雑なため」で55.27%だった。次いで多かったのは「次回改定後もベースアップ評価料が存続するのか不明のため」で38.98%、「患者への説明が難しいため」が12.14%となっている。

なお、届出手続きの煩雑さを解消するため、2025年1月から評価料（Ⅰ）の届出添付書類は大幅に簡素化されている。

厚労省の「ベースアップ評価料特設ページ」からダウンロードできる専用届出様式（Excelシート）は、「別添」「計画書」「届出書」の3つのシートがあるが、「別添」のシートに入力するだけで「計画書」「届出書」はほぼ自動的に完成するようになっている。

厚労省の公表資料によれば、直近1か月の初再診料の算定回数と1か月当たりの賃金見込み額を入力するだけなので、今後周知が進めば診療所の届出状況が改善することは期待できそうだ。

医療情報
ヘッドライン
②

精神医療の「オンライン初診」を検討 対面診療と同等の有用性とのエビデンスも

厚生労働省 精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会

厚生労働省は 8 月 20 日の「精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会」で、情報通信機器を用いた「オンライン精神療法」の現状と課題を整理した。現状、精神医療では認められていない「初診からのオンライン精神療法」の解禁に向け、具体的な検討に入るものとみられる。

■オンライン診療の届出医療機関は3年で3.5倍増

オンライン診療はもともと「遠隔診療」と呼ばれ、離島や僻地の患者など「やむを得ない場合」にのみ適用されてきた。つまり原則的に禁止されていたが、2015 年 8 月に厚生労働省が発出した「情報通信機器を用いた診療（いわゆる「遠隔診療」）について」で事実上解禁。2018 年度の診療報酬改定で「オンライン診療料」が創設されて保険適用されたが、初診は対面が原則。点数も 71 点と、当時の再診料（73 点）よりも低い設定だった。

この状況が大きく変わったのは 2020 年。コロナ禍の時限的特例措置として、初診からのオンライン診療が解禁される。2022 年度の診療報酬改定で正式に初診からのオンライン診療が認められ、情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関は急増。2022 年 4 月 1 日時点では 3,722 施設だったのが、今年 4 月 1 日時点では 13,357 施設と 3 年間で 3.5 倍以上に増えた。

しかし、前述のように、初診からのオンライン精神療法は認められていない。その理由について、2022 年度の厚生労働省障害者総合福祉推進事業で策定された「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」に明らかだ。

具体的には、「精神療法の実施においては、非言語的なコミュニケーションが特に重要であるとされていることを踏まえれば、オンライン精神療法を実施する場合、得られる情報が限定される」「十分な情報が得られず、信頼関係が前提とされない初診精神療法について、医療提供者および患者双方から不安の声がある現状において、情報通信機器を用いることは難しいものと考えられる」などと記されている。

■規制改革実施計画は初診解禁を迫る

一方、今年 3 月の「精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会」で慶應義塾大学医学部特任教授の岸本泰士郎氏は、オンライン診療と対面診療で治療効果に差がなかったとする研究成果を示した。同様の見解が盛り込まれているのが、昨年 6 月に閣議決定された規制改革実施計画だ。「患者団体や研究者から必要性が求められている」「英米等では初診からオンライン診療を実施している」「精神疾患に対するオンライン診療が対面診療と同等の有用性を示すエビデンスが国内外において示されている」などを理由に、初診からのオンライン精神療法の解禁を迫っている。

こうした中、厚労省はこの日の会合で、血液検査や心理検査などが実施できないデメリットを挙げつつ、「参考」として初診からのオンライン診療で休職の診断書を即日発行している医療機関があることや、「対面診療の割合が 5 割未満の医療機関で適応障害等の診療が行われている」ことを明示。解禁の方向で検討を進める意向をにじませている。

医療情報①
厚生労働省
認定

社会医療法人 372 法人に、 7 月 1 日現在

厚生労働省によると、救急医療やへき地医療などを提供する社会医療法人として都道府県の認定を受けた医療法人は 7 月 1 日現在、全国に 372 法人あり、1 月 1 日時点の 370 法人から 2 法人増えた。1 月 2 日以降では、以下の日付で認定された。

- ▼函館脳神経外科病院を運営する「函館脳神経外科」（北海道函館市）が 3 月 1 日付
- ▼中村病院の「みどり会」（大阪府枚方市）が 7 月 1 日付
- ▼百島診療所や佐木島診療所の「心海会百島診療所」（広島県尾道市）が 2 月 3 日付
- ▼亀井病院の「尽心会」（徳島県徳島市）が 4 月 1 日付

一方、厚労省によると、法人側の意向で認定を取り消されたケースや、吸収合併に伴い法人が消滅したケースがあり、1 月 1 日からは差し引き 2 法人の増になった。

社会医療法人が運営する医療機関は、都道府県が医療計画に盛り込む救急医療等確保事業として、「救急医療」「災害医療」「へき地医療」「小児救急医療」「周産期医療」「精神科救急医療」「新興感染症発生・まん延時の医療」のうちいずれか 1 つ以上を行う。社会医療法人として都道府県に認定されるには、それら 7 つの事業ごとに国が定める基準をクリアする必要がある。

これまでに富山を除く 46 都道府県で認定されている。

救急医療等確保事業のうち「新興感染症発生・まん延時の医療」は 2024 年 4 月に追加され、感染者を受け入れるための病床の確保や発熱外来の実施の医療措置協定を都道府県と締結することなどが社会医療法人の要件になった。

厚労省によると、この事業で認定を受けた社会医療法人はまだないという。

医療情報②
医道審議会
臨床研修部会

広域連携プログラム、 医師多数県の 61 病院が届け出

2026 年度に始まる医師臨床研修の「広域連携型プログラム」について、厚生労働省は 21 日、医師多数県にある 61 の連携元病院が届け出たことを医道審議会の医師臨床研修部会で明らかにした。定員数は 138 人で、連携先は延べ 210 病院となる。

広域連携型プログラムは、東京都など「医師多数県」にある基幹型病院（連携元病院）の研修医が「医師少数県」などの臨床研修病院（連携先病院）で一定期間研修する仕組みで、26年度にスタートする。厚労省では、この新たなプログラムを通じて医師の偏在解消につなげたい考え。

同省によると、26年度の連携元病院からの届け出は61カ所で、都道府県別では東京18カ所（定員63人）、大阪32カ所（32人）、福岡6カ所（20人）、岡山3カ所（9人）、京都2カ所（14人）。また、連携先の延べ210病院を都道府県ごとに見ると、長野が24病院と最も多く、次いで岩手（19病院）、茨城（18病院）、山形や三重（共に17病院）などの順だった。一方、福井や岡山は共に1病院で、群馬や島根、福岡はそれぞれ2病院。同プログラムでは、医師多数県でも県内に医師少数区域がある場合、その区域の病院は連携先病院の対象となる可能性がある。

21日の医師臨床研修部会で厚労省の担当者は、連携先病院について「東北地方から南の地方まで比較的分散されている」と述べた。（以降、続く）

医療情報③
全国自治体
病院協議会

診療報酬の大幅引き上げ 求める

全国自治体病院協議会など2団体は20日、物価や人件費の上昇を踏まえて2026年度に診療報酬を大幅に引き上げるなど4項目の緊急要望書を厚生労働省と総務省に出した。その中で2団体は、医療の高度化への対応に伴う負担増で急性期病院の経営が壊滅的な状況にあるとして、特に入院基本料の大幅な引き上げを求めた。

全自病の望月泉会長はこの日の記者会見で、このままでは「廃院せざるを得ない病院が出てくると思う」と国に伝えたことを明らかにした。全自病の調べでは、全国の自治体や地方独立行政法人が運営する657病院の24年度の経常収支は、物価や人件費の上昇の影響を受けて全体で3,633億円の赤字になり、赤字病院の割合が86%（562病院）と9割近くを占めた。

それを受けて全自病は20日、公立病院を運営する自治体トップらの全国自治体病院開設者協議会と連名で、26年度の改定で診療報酬を大幅に引き上げるなど4項目の緊急要望書を厚労省と総務省に出した。

診療報酬の引き上げのほかに、以下の大幅な引き上げを求めた。（以降、続く）

- ▼物価と人件費の上昇に対応するための国庫補助金や交付金による緊急の財政支援
- ▼不採算地区の公立病院などに対する地方交付税措置の拡充
- ▼公立病院の施設整備費で地方交付税措置の対象になる建築単価の上限
（現在は1平米当たり59万円）

週刊医療情報（2025年8月29日号）の全文は、当事務所のホームページよりご確認ください。

病院報告 (令和7年5月分概数)

厚生労働省 2025年8月13日公表

1. 1日平均患者数(各月間)

	1日平均患者数(人)			対前月増減(人)	
	令和7年5月	令和7年4月	令和7年3月	令和7年5月	令和7年4月
病院					
在院患者数					
総数	1 116 621	1 136 641	1 153 739	△ 20 020	△ 17 098
精神病床	254 687	254 099	254 117	588	△ 18
感染症病床	149	182	252	△ 33	△ 70
結核病床	852	865	832	△ 13	33
療養病床	227 846	229 243	229 731	△ 1 397	△ 488
一般病床	633 088	652 253	668 807	△ 19 165	△ 16 554
外来患者数	1 145 714	1 211 228	1 184 514	△ 65 514	26 714
診療所					
在院患者数					
療養病床	1 438	1 450	1 473	△ 12	△ 23

注) 数値は四捨五入しているため、内訳の合計が総数に合わない場合もある。

2. 月末病床利用率(各月末)

	月末病床利用率(%)			対前月増減(%)	
	令和7年5月	令和7年4月	令和7年3月	令和7年5月	令和7年4月
病院					
総数	73.9	76.0	76.1	△ 2.1	△ 0.1
精神病床	80.9	80.7	80.0	0.2	0.7
感染症病床	6.6	7.2	11.4	△ 0.6	△ 4.2
結核病床	24.7	25.2	24.7	△ 0.5	0.5
療養病床	85.2	85.5	85.3	△ 0.3	0.2
一般病床	68.2	71.8	72.3	△ 3.6	△ 0.5
診療所					
療養病床	40.1	40.7	39.8	△ 0.6	0.9

注) 月末病床利用率 = $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$

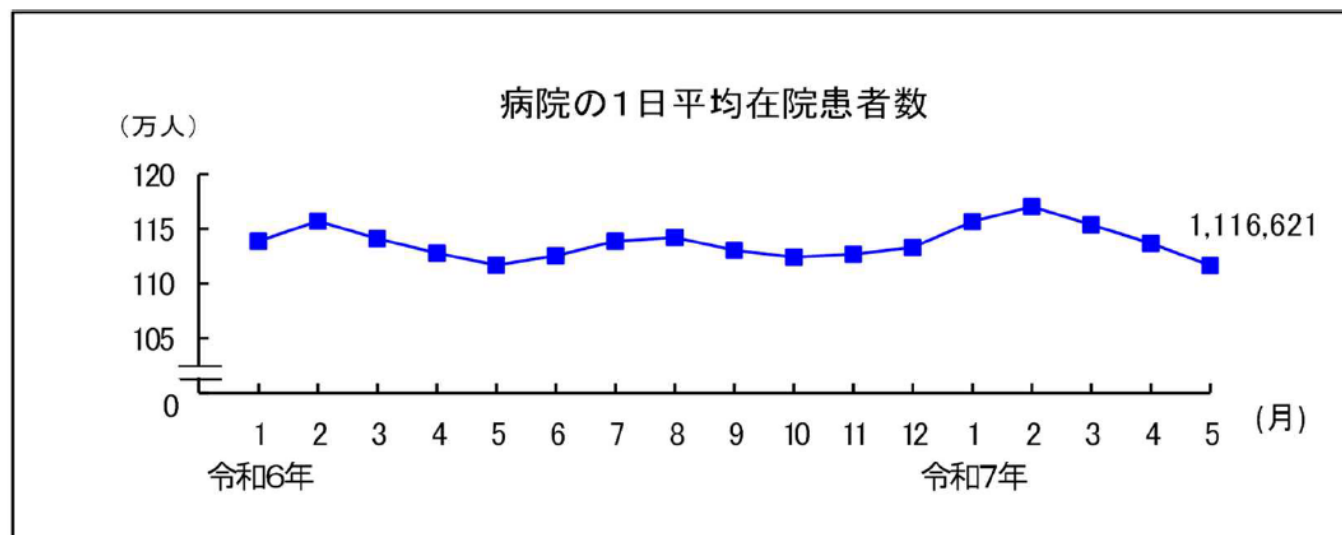
3. 平均在院日数(各月間)

	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	令和7年5月	令和7年4月	令和7年3月	令和7年5月	令和7年4月
病院					
総数	25.8	25.0	25.8	0.8	△ 0.8
精神病床	247.1	240.8	247.6	6.3	△ 6.8
感染症病床	10.4	9.7	10.4	0.7	△ 0.7
結核病床	58.9	57.5	54.0	1.4	3.5
療養病床	118.8	110.1	113.1	8.7	△ 3.0
一般病床	15.5	15.3	15.9	0.2	△ 0.6
診療所					
療養病床	104.7	102.5	99.4	2.2	3.1

注) 平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$

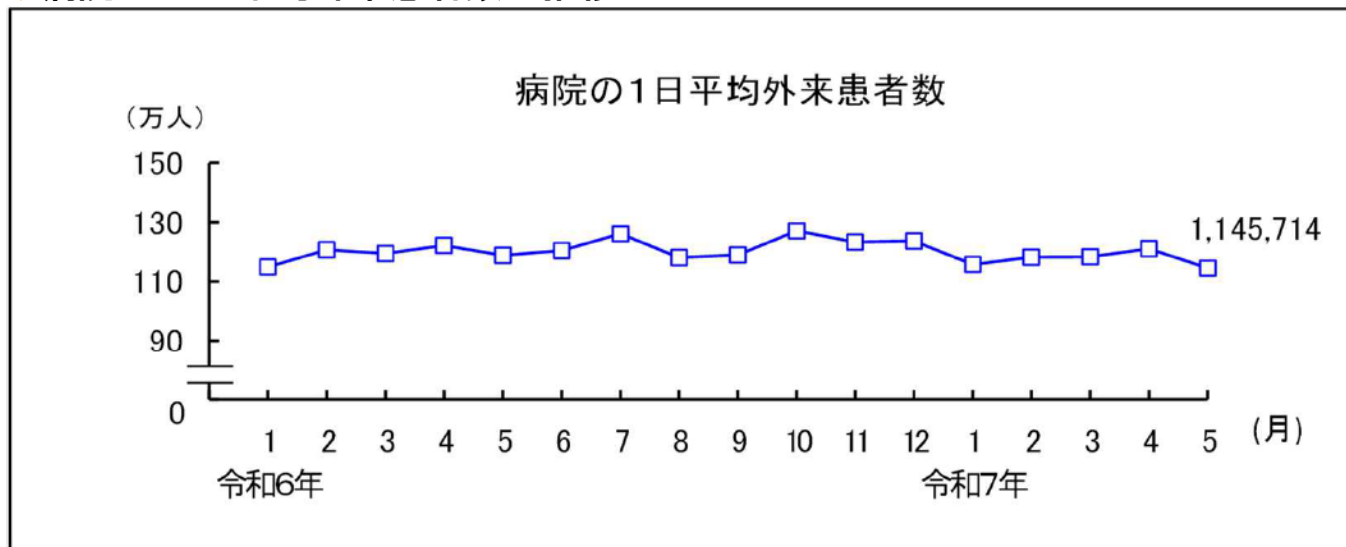
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)}$

◆病院:1日平均在院患者数の推移

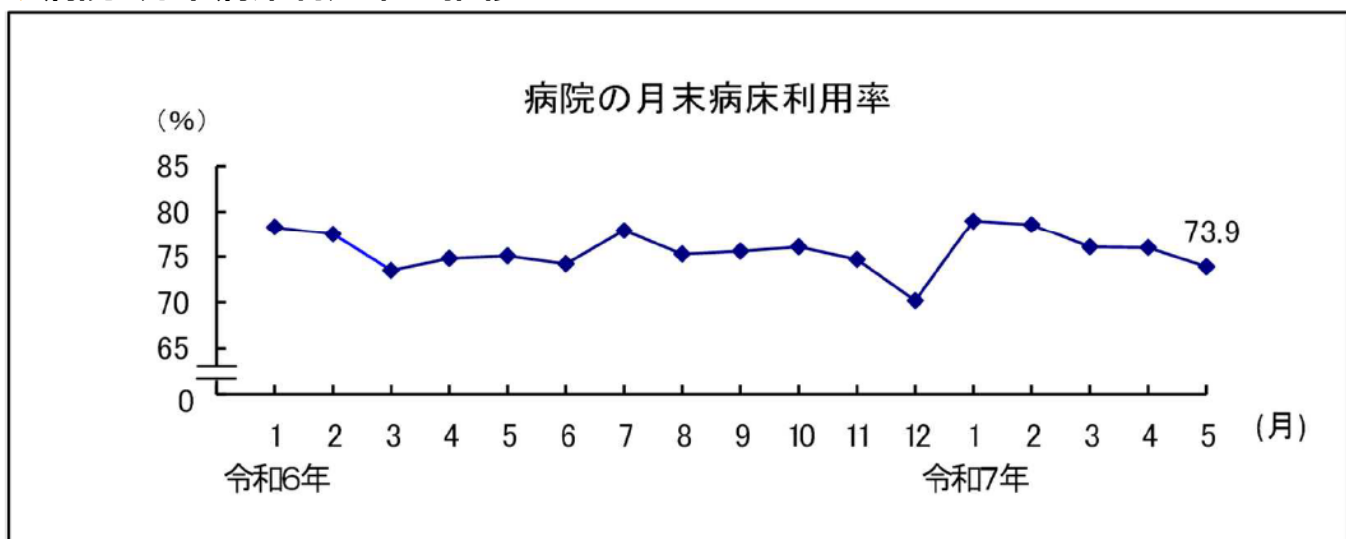


注) 数値は全て概数値である。(以下同)

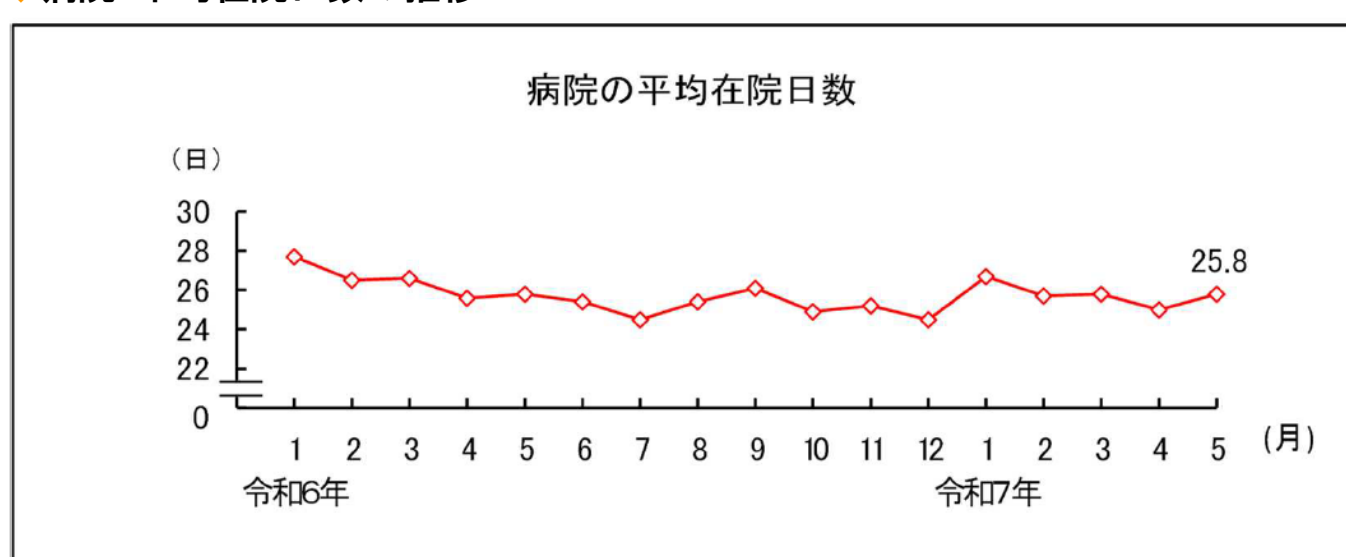
◆病院：1日の平均外来患者数の推移



◆病院：月末病床利用率の推移



◆病院：平均在院日数の推移



病院報告（令和7年5月分概数）の全文は
当事務所のホームページの「医業経営 TOPICS」よりご確認ください。



経営情報
レポート
要約版



医 業 経 営

AIの活用などによる地域差の解消へ 救急医療の現状と 未来への展望

1. 救急医療の進化と現在の挑戦点
2. 高齢者の救急医療における特性と対策
3. AIとデジタル技術がもたらす医療の変革
4. 緊急搬送手段としてのドクターカー・ヘリの貢献



■参考資料

【厚生労働省】：「救急医療について」 令和5年度第1回医療政策研修会 「AI ホスピタルシステムの構築と課題」 第16回 保健医療分野 AI 開発加速コンソーシアム

1

医業経営情報レポート

救急医療の進化と現在の挑戦点

近年、日本の医療業界は様々な変革の波に直面しています。中でも、救急医療の領域は、急速に高齢化が進む日本社会において、高齢者特有の疾患や事故に対応するための在り方が問われています。一方で、それをサポートするべくデジタルトランスフォーメーション（DX）やAI技術の進展が、救急医療の現場に新しい風を吹き込んでいます。

これらの技術は、迅速で的確な対応を求められる救急の場面で、どのような役割を果たすのでしょうか。また、移動手段としてのドクターカーやドクターヘリは、広大な地域や離島へのアクセスを可能にし、救急医療の「現場」を大きく拡張しているといった実態もあります。

そこで今回は、現代の日本国内における救急医療について解説します。

■ 救急医療の体制と課題

日本の救急医療体制は、令和7年4月1日現在、救急救命センターが312カ所、高度救命救急センターが50カ所、地域救命救急センターが20カ所に設置されており、緊急時の迅速な対応を可能にしています。

しかし、一部地域での救急車到着の遅延や専門スタッフ不足、さらには夜間や休日の対応力不足も大きな課題として挙げられており、体制の強化や人材確保が急務とされています。

■ 地域ごとの救急医療の実態

実は日本の救急医療の体制は、地域によって大きな違いがあります。特に都市部と地方の間での救急医療の実態の違いを考えると、一層その差が明確になります。

まず、都市部では、医療機関が密集しており、緊急の場面でも多様な医療ニーズに対応できる環境が整っています。

したがって、患者は迅速に適切な治療を受けることが可能ですし、救急車の到着も速やかで、結果として緊急時の対応もスムーズです。

一方、地方、特に人口過疎地域では、医療機関の不足が顕著であり、最寄りの病院までの距離が長く、救急車の到着や患者の搬送に時間がかかるといったケースが多くみられます。

この遅れが原因で、救命に必要な「ゴールデンタイム」を逃す可能性も十分に考えられます。

令和5年救命救急センター充実段階評価の結果（都道府県別）のデータをみると、全304施設のうちS評価を受けた医療機関は98カ所、A評価を受けた医療機関は200カ所となっています。これらから日本全体の救急医療の質が高いことを示しています。

ただ、結論として、都市部と地方での救急医療の実態には大きな違いがあることがわかります。

2

医業経営情報レポート

高齢者の救急医療における特性と対策

■ 高齢者が直面する主な救急疾患

日本の高齢化が急速に進む中、その影響は救急医療の現場にも明らかに表れています。

過去数十年間で、救急搬送の数は増加しており、中でも高齢者の割合が特に顕著に増加しています。平成15年には、救急自動車で搬送された人の総数は457万5,325人でした。

この中で高齢者の占める割合は41.4%に過ぎませんでした。

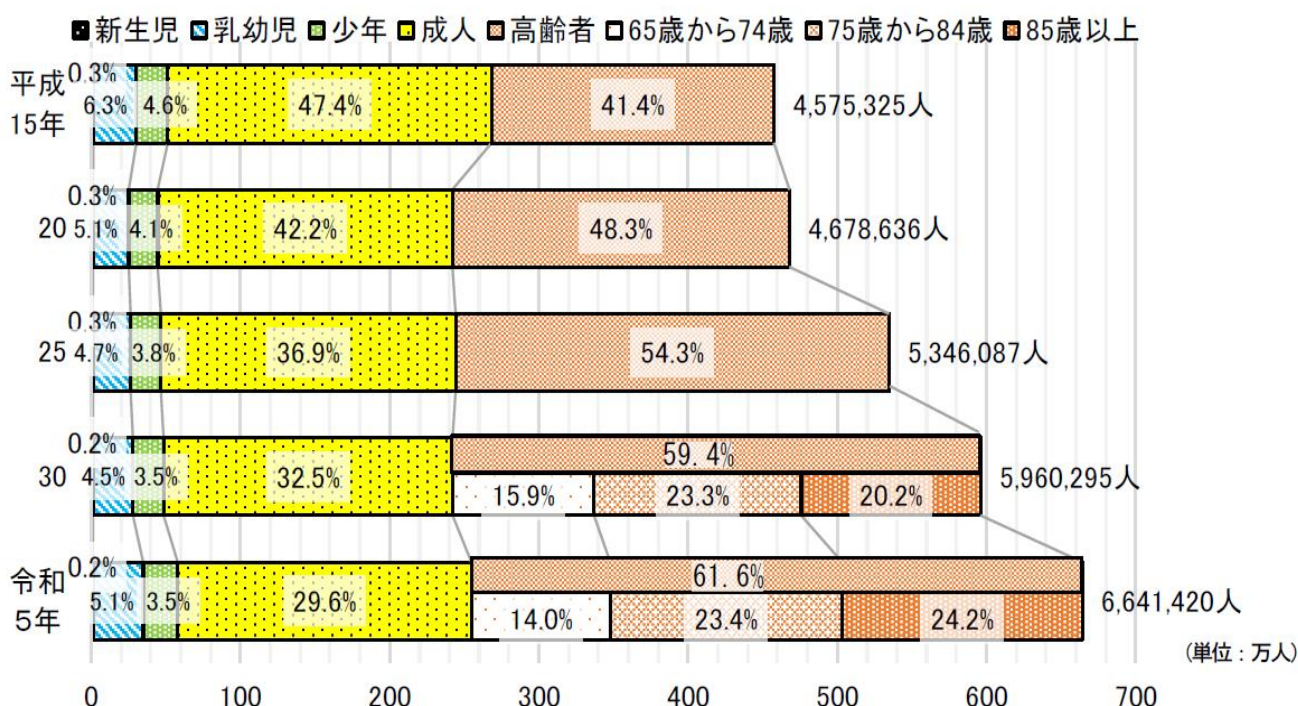
しかし、令和5年に搬送された人の総数は664万1,420人（対前年比42万4,137人増、6.8%増）で、高齢者の割合も61.6%に増加しています。

特に、75歳から84歳、そして85歳以上の後期高齢者の搬送割合の増加が目立ちます。

これは、日本の社会全体としての高齢人口の増加だけでなく、高齢者特有の疾患や怪我が増えていること、さらには高齢者が日常生活での危険にさらされやすいことなど、様々な要因が絡み合っていると考えられます。

このような現状を踏まえ、救急医療の提供体制、高齢者を中心とした医療ニーズへの対応、日常生活での予防策の強化に加え、地域包括ケアシステムに見られるような医療・介護の枠を超えた多方面での取り組みを、より一層強化する必要があります。

◆ 年齢区分別の搬送人員と構成比の5年ごとの推移



(注) 割合の算出に当たっては、端数処理（四捨五入）のため、割合の合計は100%にならない場合がある。

出典：総務省 消防庁（令和7年1月24日）報道資料より

3

医業経営情報レポート

AIとデジタル技術がもたらす医療の変革

■ AI技術の救急医療への応用例

医療の現場は日々、技術の進化とともに変化しています。近年、特に注目されているのが「人工知能（以下、AI）」の活用です。

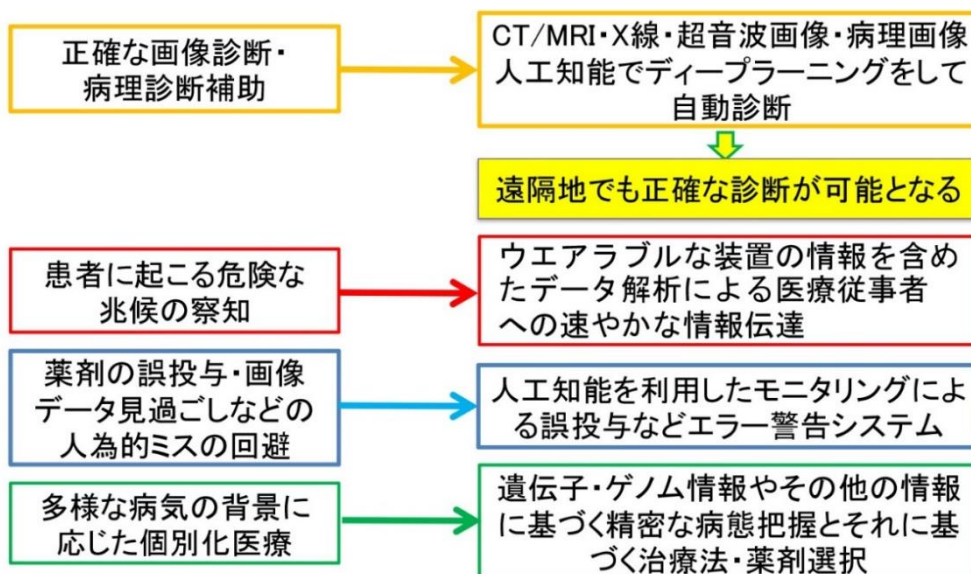
AIを医療に取り入れることで、多くの新しい可能性が開かれています。

画像診断の分野では、CTやMRI、X線、超音波画像、さらには病理画像において、AIのディープラーニング技術を活用することで自動診断が行えるようになりました。これにより、診断の精度が格段に向上し、病気の早期発見や治療方針の決定に役立てられるようになりました。

また、医療の現場では過去にも誤投与や誤診といった悲しい事故が報告されてきましたが、AIのモニタリングやエラー警告システムを導入することで、これらの人為的ミスを大幅に減らせるようになりました。

これらの技術の導入により、医療の質は大きく向上しています。しかし、それを可能とするためにはAIの力だけではなく、それを活用する医療従事者の知識や経験、そして患者とのコミュニケーションが不可欠です。医療とAIの融合は、今後も更なる進化を遂げることでしょう。

◆医療現場で必要な人工知能機能



出典：厚生労働省：「AIホスピタルシステムの構築と課題」第16回 保健医療分野 AI開発加速コンソーシアム

■ デジタル技術による診断・治療の効率化

救急医療の現場での迅速な対応は、命を救うだけでなく、患者の後遺症のリスクを低減するためにも非常に重要です。特に、ある種の疾患や急性の症状に対しては、2時間以内に治療を開始することで、患者が後遺症を残さずに回復する可能性が高まると言われています。

4

医業経営情報レポート

緊急搬送手段としてのドクターカー・ヘリの貢献

■ ドクターカーとドクターヘリの活用状況

日本の医療現場では、ドクターカーやドクターヘリといった救急輸送手段が重要な役割を果たしています。これらは、患者の命を救うための時間を守る大切なツールであり、特に遠隔地や災害が発生した場所、医療資源が少ない地域での救命活動において、欠かせない輸送手段となっています。近年のデータによると、ドクターヘリは46都道府県に57機が導入（令和7年2月1日現在）されており、令和3年度には年間搬送件数が26,921件に達しています。

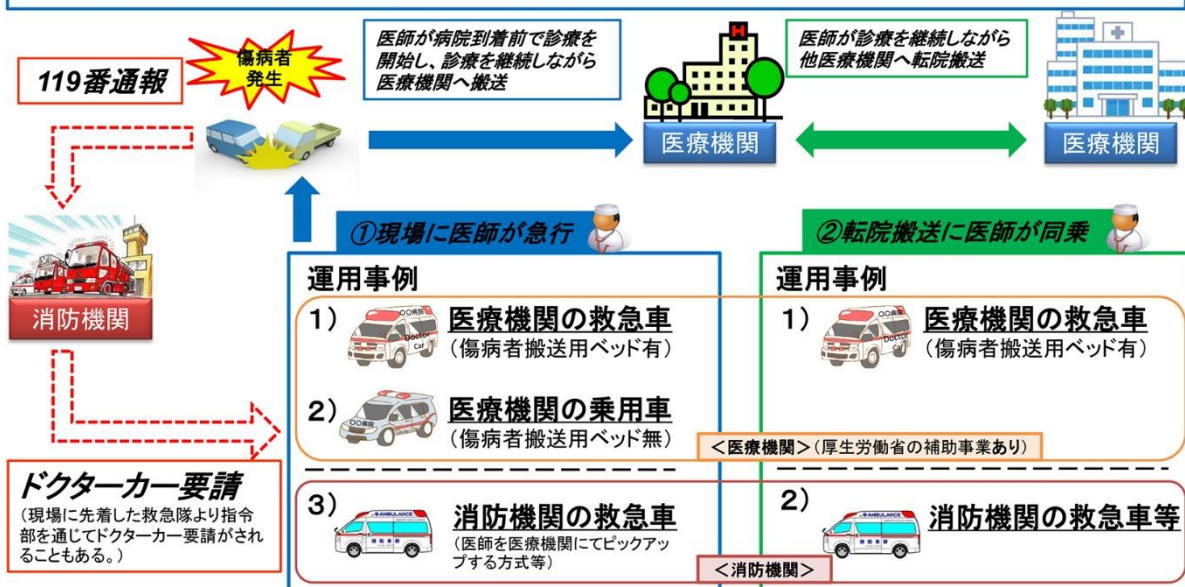
また42府県において29の協定が締結され、ドクターヘリの都道府県境を越えた広域連携が行われています。

一方で、ドクターカーについては、異なる動向が見られます。平成29年度までは、その台数や年間運航件数は増加していましたが、その後は減少傾向にあります。

しかし、ドクターカーやドクターヘリの存在は、多くの人々の命を救うための大切なものであり、これらの輸送手段が時間との戦いの中で、患者を適切な医療施設へ迅速に搬送するという役割を考えれば、引き続き救急医療に対するインフラとしての維持・強化策が望まれます。

◆ドクターカーとは

- ドクターカーは、過去の研究において「診療を行う医師を派遣するための緊急走行が可能な車両」(※)と定義されており、医師が病院到着前に早期に診療を開始することができ、また、搬送中の診療の継続を可能とするものである。
(※)「ドクターカーの活用と類型化についての研究」より（平成28年度厚生労働科学研究：分担研究者 高山隼人ら）
- 現場に医師が急行する場合や転院搬送に医師が同乗する場合など多様な運用事例がある。今後、どのような患者に対して運用されているか、また、時間帯、気象状況や地理的条件による運用方法等について、令和4年度より実施する「ドクターカーの運用事例等に関する調査研究事業」において把握・分析し、今後の活用方法について検討していく。



出典：厚生労働省「救急医療の体制について」令和5年度第1回医療政策研修会

レポート全文は、当事務所のホームページの「医業経営情報レポート」よりご覧ください。



ジャンル:医療制度 > サブジャンル:広報戦略

クリニックにおける広報戦略

クリニックが展開する広報戦略としては、
どのようなものが有効なのでしょうか？

クリニックにおける広報戦略は、来院患者をいかに増やすかという目的のもとに策定するのが一般的です。

医療機関の行う広報・宣伝活動では、その有効性を検証することにより、広報戦略における広告の位置づけを見直す必要が生じるかも知れません。

他院では、下記のような広報活動が行われており、看板等の一般的な広告から、WEBの活用、ブランド化、地域連携等多岐にわたる項目があります。

従って、どの戦略が自院に有効なのか、広報方針の転換が必要なのか等を検討することが重要です。

【増患を目指す広報戦略】

■広告

- ・診療圏での地域広報 ⇒ 看板・電話帳広告・新聞など

■WEBの活用

- ・HPの作成 ⇒ 診療内容等他院との差別化をアピール
- ・メールマガジンの配信 ⇒ 新しい治療等を効果的に伝達
- ・ウェブログの活用 ⇒ 院長の人柄・経歴、院内の雰囲気を理解してもらう

■クリニック・院長のブランド化

- ・クリニックのロゴ・キャラクター製作 ⇒ 親近感の醸成
- ・書籍出版、メディア活用 ⇒ 院長のブランド化

■地域連携

- ・診診連携および病診連携の支援
- ・院内イベントの開催（講演会・勉強会の企画）
- ・患者向けツールの開発（広報誌・パンフレット企画製作）

■地域へ存在を発信するツール

規模や戸建・テナントなどの業態に関わらず、近年の医療機関にとっては、地域ニーズに応えながら自院の担う役割を示していくことが重要になっています。

いわゆる地域密着型の業態では、看板やパンフレットなどによる広告が有効とされていますが、医療機関においても、自院の存在感を示していくためには、地域住民の目に長期間触れることになるこれらの広報ツールについては、十分に検討して作成しなければなりません。

ジャンル:医療制度 > サブジャンル:広報戦略

看板・パンフレット作成のポイント

広報ツールを作成するにあたって、
留意すべき点について教えてください。

■看板で伝えたい情報と作成ポイント

看板は、広告手段のなかでは地味な存在ながら、一定の長期間、同じ情報を発信し続けることができるという特長によって、地域住民へ浸透を図るためには有効なツールだといえます。

【看板による広告のポイント】

①CI(コーポレートアイデンティティ)のデザイン

②掲載項目の選定

⇒ 物理的に掲載スペースが限られるため、医療機関の基本情報のほか、アピール項目に優先順位をつけて文字情報を選定する

③レイアウトの工夫

⇒ 項目の羅列に終始せず、優先順位の高い文字情報を明確に示すレイアウト

④色やデザイン、形状の工夫

⇒ 目を引き、視覚に訴える工夫(スペースの活用、カラーリング等)が必要

⑤設置場所・掲示位置の検討

⇒ 目線を意識した位置と定期的メンテナンスを想定して設置場所を選定

■メッセージ性と個性でパンフレットの差別化を図る

院外に配布するためのパンフレットは、看板とは異なり、健康上の不安を抱えている人が手に取り、目を通すケースが多いと考えられるからです。ただし、自院の個性を打ち出そうとするあまりに、院内の施設・設備や交通面等のメリットを強調することのみでは、単なる情報の羅列という印象を与えてしまうでしょう。

具体的な方法としては、自院の診療理念や院長の紹介などを簡潔に伝え、初めて自院とつながりを持つ人を主体とした表現の工夫と、「不安にはこのように対応する」というメッセージ性を打ち出すことで、「想い」を伝えるツールとして他院との差別化を図ることができます。

【パンフレット作成のポイント】

①手に取った人を主体とする表現と構成 ⇒ 初めて自院と接点を持つ

②読みやすいレイアウト

③主観的な形容詞は避ける ⇒ 広告規制の対象になる可能性

④スペースに余裕をもったデザイン

⑤Iメッセージをこめる ⇒ 「私(私たち)はこう考えます」