

2012.12.18

週刊WEB

発行

株式会社 常陽経営コンサルタンツ

医業経営マガジン

1 医療情報ヘッドライン

「長期収載品と後発品」問題で 特例的に引下げも
中医協専門部会中間とりまとめ

厚生労働省 中医協 薬価専門部会
年金・高齢者医療焦点に 国民会議が2回目会合

これからは「医療・介護制度の横断的な議論必要」

社会保障制度改革国民会議

2 経営TOPICS

統計調査資料

最近の医療費の動向(平成24年7月号)

3 経営情報レポート

在宅医療移行促進の切り札！

看護師特定能力認証制度の現状と行方

4 経営データベース

ジャンル:医業経営 サブジャンル:広報戦略

医療機関におけるホームページ活用

ホームページ作成のポイント

医療情報

ヘッドライン ①

厚生労働省
中央社会保険医療協議会
薬価専門部会

「長期収載品と後発品」問題で 特例的に引下げも 中医協専門部会中間とりまとめ

厚生労働省は12月5日、中医協（中央社会保険医療協議会）の薬価専門部会を開き、「長期収載品と後発品」問題について、中間とりまとめを行い、厚労省が提示した内容を薬価専門部会は大筋で了承した。長期収載品とは後発医薬品のある先発医薬品のことで、中でも注目される提案は長期収載品の薬価について、一定期間を経過した後も後発品への置き換えが進まなかった場合、特例的に引き下げる新しいルールの導入などが盛り込まれた点である。これに合わせて「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」（新薬創出加算）の本格導入に向けた議論も併せて行うことが含まれた。ただし、新ルールは業界に大きな影響を与えかねないとする企業経営の側面への検討も意見として出ている。

■「中間とりまとめ」の要旨

（1）後発医薬品と先発医薬品の薬価差

市場実勢価格を反映することを原則とし、先発品（長期収載品を含む）と後発品の薬価差を許容する。「最初に後発医薬品が出たときの先発品と後発品の薬価差」については、今後検討する。

（2）長期収載品（先発品）の薬価、および後発品への置き換え

長期収載品の薬価は、市場実勢価格を反映することを原則とするが、一定期間を経ても

後発品への適切な置き換えが図られていない場合には、特例的に引き下げを行う。また、新薬創出・適応外薬解消等促進加算の導入についても併せて議論する。

後発品の置き換え率は、〔後発品の数量〕 / （〔後発品のある先発品の数量〕 + 〔後発品の数量〕）と定義する。このうち（2）については、「置き換えが進まない場合には、長期収載品の価格を引下げる」という部分に、「新薬創出等加算の導入についても併せて議論する」旨が付記された。これは11月28日会合における日本製薬団体連合会等からのヒアリング結果を受けてのものであるが、この付記された部分について、委員からは「新薬創出等加算の成果を十分に検証した上で」という文言を追加するよう要望が出されている。

なお、後発品置き換え目標については今後議論することになるが、「当面は、日本に近いフランスの後発品置き換え率を参考にする」との意見があったことが紹介されている。ちなみに、2010（平成22年）の「特許切れ市場における後発品シェア」は、フランスでは60%強、日本では40%弱となっている。

中間とりまとめは、これらの意見を踏まえて修正されたうえで、次回中医協総会に報告される。長期収載品の薬価の新ルールについては同25年秋ごろから、制度設計に向けた議論を開始する予定となっている。

年金・高齢者医療焦点に 国民会議が2回目会合 これからは「医療・介護制度の横断的な議論必要」

年金、医療、介護、少子化対策を議論する「社会保障制度改革国民会議」（会長・清家篤慶応義塾長）の初会合が11月30日に首相官邸で開かれた。初会合で野田佳彦首相は、「来年8月21日までの期限だが、精力的に議論をお願いしたい」と述べて、来夏までに改革案を取りまとめるよう、委員に要請している。

焦点は年金の給付抑制策や高齢者医療制度の見直しで、国民会議は意見集約を急ぐ。首相は国民会議について「社会保障の残された課題を議論し、道筋を付けるための重要な会議だ」と強調するとともに、「世間の一部では増税先行といった誤った批判を受けているが、年金や子育てなど社会保障関連の法律を成立させてきている」と野党の主張に反論した。

国民会議は、社会保障と税の一体改革関連法で来年8月を期限に結論を出すことが定められている。学識経験者ら15人で構成されており、委員の宮本太郎・北海道大大学院教授は「国民に分かりやすい全体像の見える議論をしていくべきだ」と述べた。年金、医療など4分野ごとに分科会を設け、具体論を審議することも検討する。

この国民会議発足は首相が衆院解散の条件に挙げ、民主、自民、公明三党が開催に合意した経緯がある。

野田首相は総選挙目前にして、選挙対応一辺倒ではなく社会保障改革に取り組む姿勢をアピールすることで、一体改革で消費税増税が先行したとの批判をかわしたいとの思惑を指摘されている。

■国民会議、2回目から実質審議に入る

政府は7日、首相官邸において社会保障制度改革国民会議の第2回会合を開き、この日から実質的に審議入りした。医療・介護・年金・子育ての4分野で現状と検討課題をそれぞれ討議し、低所得者対策や高所得者の負担増を検討する際には、医療と介護の制度横断的な議論が必要との声が相次いだ。年金分野では財政の健全化と同時に、低所得者への給付の拡充が必要との意見が上がっている。

社会保障審議会医療保険部会長の遠藤久夫委員（学習院大学教授）は、医療分野の課題の一つとして高齢者医療制度を支える現役世代の間で不公平感があると指摘し、給与の高い大企業側の負担を重くする「総報酬割」を全面導入すべきとの意見が多いと紹介した。

一方、介護保険部会長の山崎泰彦委員（神奈川県立保健福祉大学名誉教授）も「介護の負担金で総報酬割を求める声もあるが、負担増と雇用への影響で強い反対もある」と述べるなど、委員の間でも意見は割れている。

最近の医療費の動向

平成 24 年 7 月号

1 制度別概算医療費

●医療費の推移

(単位：兆円)

	総計	医療保険適用								公費
		70歳未満	被用者保険			国民健康保険	(再掲)未就学者	70歳以上	(再掲)75歳以上	
			本人	家族						
平成 19 年度	33.4	17.4	9.5	5.0	4.5	7.9		14.5		1.5
平成 20 年度	34.1	17.7	9.8	5.2	4.6	7.9	1.3	14.8	11.4	1.6
平成 21 年度	35.3	18.1	10.0	5.3	4.7	8.1	1.3	15.5	12.0	1.7
平成 22 年度	36.6	18.6	10.3	5.4	4.9	8.3	1.5	16.2	12.7	1.8
平成 23 年度	37.8	18.9	10.5	5.5	5.0	8.4	1.5	17.0	13.3	1.9
4～9月	18.6	9.3	5.1	2.7	2.4	4.2	0.7	8.4	6.6	0.9
10～3月	19.2	9.6	5.4	2.8	2.6	4.2	0.8	8.6	6.7	1.0
平成 24 年度 4～7月	12.7	6.3	3.5	1.8	1.6	2.8	0.5	5.8	4.5	0.6
6月	3.2	1.6	0.9	0.5	0.4	0.7	0.1	1.4	1.1	0.2
7月	3.2	1.6	0.9	0.5	0.4	0.7	0.1	1.5	1.1	0.2

注 1. 審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会）で審査される診療報酬明細書のデータ（算定ベース：点数、費用額、件数及び日数）を集計している。点数を 10 倍したものを医療費として評価している。

医療保険及び公費負担医療で支給の対象となる患者負担分を含めた医療費についての集計である。現物給付でない分（はり・きゅう、全額自費による支払い分等）等は含まれていない。

注 2. 「医療保険適用」の「70 歳以上」には後期高齢者医療の対象（平成 19 年度以前は老人医療受給対象）となる 65 歳以上 70 歳未満の障害認定を受けた者に係るデータが含まれる。

「医療保険適用」の「75 歳以上」は後期高齢者医療の対象となる者に係るデータである。

「公費」は医療保険適用との併用分を除く、公費負担のみのデータである。

2 診療種類別概算医療費

●医療費の推移

(単位：兆円)

	総計	診療費	医科			調剤	入院時 食事 療養等	訪問 看護 療養	(再掲) 医科 入院 +医科 食事等	(再掲) 医科 入院外 +調剤	(再掲) 歯科 +歯科 食事等
			入院	入院外	歯科						
平成 19 年度	33.4	27.4	12.5	12.4	2.5	5.2	0.8	0.06	13.4	17.5	2.5
平成 20 年度	34.1	27.7	12.8	12.4	2.6	5.4	0.8	0.06	13.6	17.8	2.6
平成 21 年度	35.3	28.5	13.2	12.7	2.5	5.9	0.8	0.07	14.0	18.6	2.5
平成 22 年度	36.6	29.6	14.1	13.0	2.6	6.1	0.8	0.08	14.9	19.0	2.6
平成 23 年度	37.8	30.3	14.4	13.3	2.7	6.6	0.8	0.09	15.2	19.8	2.7
4～9月	18.6	15.0	7.1	6.5	1.3	3.2	0.4	0.04	7.5	9.7	1.3
10～3月	19.2	15.3	7.3	6.7	1.3	3.4	0.4	0.04	7.7	10.1	1.3
平成 24 年 4～7 月	12.7	10.2	4.9	4.4	0.9	2.2	0.3	0.03	5.1	6.6	0.9
6 月	3.2	2.6	1.2	1.1	0.2	0.5	0.1	0.01	1.3	1.7	0.2
7 月	3.2	2.6	1.2	1.1	0.2	0.5	0.1	0.01	1.3	1.7	0.2

注1. 診療費には、入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額は含まれていない。

注2. 入院時食事療養等には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額の合計である。

3 医療機関種類別概算医療費

(1)医療機関種類別 医療費の動向

●医療費総額の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	総計	医科計	医科 病院					医科 診療所	歯科 計	保険 薬局	訪問 看護 サービス
			大学 病院	公的 病院	法人 病院	個人 病院					
平成 20 年度	1.9	1.1	1.4	4.6	▲ 0.0	2.4	▲14.1	0.3	2.6	5.3	15.9
平成 21 年度	3.5	3.0	3.4	5.6	3.3	3.4	▲ 4.2	1.9	▲	7.9	10.8
平成 22 年度	3.9	4.1	5.4	7.9	5.5	5.0	▲ 5.8	1.2	1.8	3.6	11.8
平成 23 年度	3.1	2.1	2.4	4.3	2.1	2.3	▲ 6.0	1.6	2.6	7.9	9.5
4～9月	2.9	1.8	2.0	4.5	1.7	2.0	▲ 7.1	1.2	2.2	8.1	8.5
10～3月	3.4	2.5	2.7	4.0	2.6	2.7	▲ 4.8	2.0	2.9	7.6	10.5
平成 24 年 4～7 月	2.3	2.3	2.9	4.6	3.4	2.3	▲ 6.3	0.9	2.7	1.9	18.3
6 月	1.2	0.8	0.7	2.2	▲ 0.2	1.2	▲ 6.9	0.9	3.3	1.8	17.0
7 月	3.7	3.5	4.0	6.5	5.2	2.9	▲ 5.1	2.3	3.9	4.4	21.1

注1. 医科病院の種類について、「大学病院」は医育機関をいう。「公的病院」は国（独立行政法人を含む）の開設する医療機関、公的医療機関（開設者が都道府県、市町村等）及び社会保険関係団体（全国社会保険協会連合会等）の開設する医療機関をいう（ただし、医育機関を除く）。

注2. 医療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額が含まれる。

(2)主たる診療科別医科診療所 医療費の動向

●医療費総額の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	医科 診療所									
		内科	小児科	外科	整形 外科	皮膚科	産婦人 科	眼科	耳鼻 咽喉科	その他
平成 20 年度	0.3	▲ 0.7	2.4	▲ 2.4	1.9	2.5	▲ 0.2	1.6	1.7	1.5
平成 21 年度	1.9	2.7	▲ 0.2	0.7	4.1	0.3	▲ 2.3	0.7	▲ 2.0	2.4
平成 22 年度	1.2	0.9	2.5	▲ 3.0	1.6	2.1	0.8	1.9	6.3	1.2
平成 23 年度	1.6	1.5	1.9	▲ 0.1	3.5	2.5	▲ 0.3	1.5	▲ 0.6	2.5
4～9月	1.2	1.1	2.3	▲ 0.6	2.9	1.8	▲ 1.0	0.5	0.6	1.5
10～3月	2.0	1.8	1.6	0.3	4.0	3.3	0.4	2.4	▲ 1.6	3.5
平成 24 年 4～7 月	0.9	0.3	▲ 3.3	▲ 2.3	3.3	0.9	2.1	3.9	0.5	2.2
6 月	0.9	0.4	▲ 6.0	▲ 2.9	3.5	1.0	2.9	4.1	2.2	2.0
7 月	2.3	1.8	0.9	▲ 2.4	3.9	0.8	3.0	4.5	4.9	3.4

(3)入院 医科病院医療費の動向

●1施設当たり医療費の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	医科病院					医科 診療所
		大学病院	公的病院	法人病院	個人病院	
平成 20 年度	2.9	3.1	2.8	2.6	▲ 1.0	0.5
平成 21 年度	4.0	4.5	4.4	3.6	2.9	▲ 1.9
平成 22 年度	7.5	8.2	8.1	6.3	6.3	3.2
平成 23 年度	3.2	2.2	3.9	2.7	2.5	▲ 2.2
4～9月	3.2	2.0	3.8	2.6	3.0	▲ 2.4
10～3月	3.2	2.4	4.0	2.7	2.0	▲ 2.0
平成 24 年 4～7 月	3.4	5.5	4.2	2.4	2.2	0.2
6 月	1.5	3.4	1.1	1.4	1.1	▲ 1.8
6 月	4.0	7.1	5.2	2.6	2.3	0.6

注. 1 医療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額が含まれる。

注. 2 1施設当たり医療費は医療費の総額を審査支払機関に審査支払請求を行った施設数で除して得た値である。

「最近の医療費の動向(平成 24 年 7 月号)」の全文は、
当事務所のホームページの「経営 TOPICS」よりご確認ください。

在宅医療移行促進の切り札！ 看護師特定能力認証制度の 現状と行方

ポイント

1 看護師特定能力認証制度試案の概要

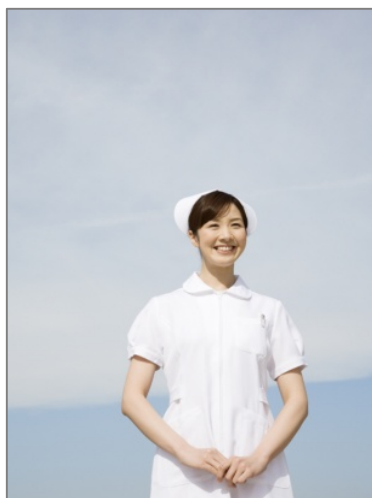
.....

2 先行する認定資格の現状と新制度の行方

.....

3 在宅医療で期待される経営への貢献

.....



1 看護師特定能力認証制度試案の概要

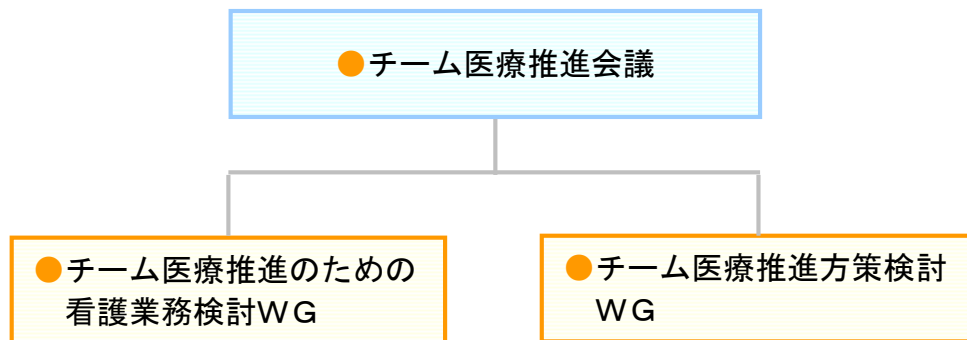
■ 厚生労働省が「看護師特定能力認証制度」試案を提示

(1) 新たな枠組み 看護師特定能力認証制度

「看護師特定能力認証制度」は、高度な臨床実践能力を持つ看護師が、看護実践を基盤として特定の医行為を含む診療補助を提供することで、より患者の状態やニーズに合わせた迅速な医療の提供が可能となる新たな枠組みです。

厚生労働省は、「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ（以下、「WG」）」において、高い専門性を習得した看護師による特定の医行為に関する規定を保健師助産師看護師法に盛り込む「看護師特定能力認証制度」の骨子案を提示し、その後本骨子案をベースに国の関与をめぐる能力認証制度の枠組みに関する「試案」を示しました（本年8月22日開催「第13回チーム医療推進会議」）。

看護師能力認証制度については、今後も検討が続けられ、やがて新たな能力認定制度としてスタートすることになります。



出典：公益社団法人日本看護協会ホームページ

(2) 示された基本的考え方

チーム医療推進会議における意見を踏まえて、厚生労働省が「制度の枠組みの試案」において示した基本的な考え方は、診療補助が実施可能な特定行為の明確化と研修システムの確立の2点です。

◆ 特定行為と実施要件に係る基本的考え方

- ① 診療の補助のうち、高度な専門知識と技能をもって行う必要のある行為を明確化
- ② 当該行為を実施するうえでは、医療安全の観点から教育を付加することが必要
⇒ その研修に係る枠組みを作る

2 先行する認定資格の現状と新制度の行方

■ 日本看護協会による資格認定制度

(1) 既存の資格認定制度の概要 ～目的と役割

公益社団法人日本看護協会が設置した資格認定制度による指定の教育を受け、1996年に「専門看護師」が、1997年には「認定看護師」がそれぞれ誕生しています。

これら制度は、医療現場において高度化、専門分化が進むなかでの看護ケアの広がりや看護の質向上を目的とするもので、その目的に従い、自身が習得した看護分野の知識・技術を実践し、併せて看護職に対する指導・教育を行う役割を担うものです。

◆看護職の資格認定制度 ～目的と役割のキーワード：日本看護協会ホームページより

専門看護師	<u>複雑で解決困難な看護問題を抱える患者らに対し、高い水準の看護ケアを効率的に提供するため、特定の専門看護分野の知識・技術を深め、併せて看護学の向上を図る</u>
認定看護師	<u>特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識により、水準の高い看護実践、看護ケアの広がり・質向上を図る</u>

■ 看護師特定能力認証制度をめぐる今後の論点

(1) 特定行為の法制化と実施要件

現行の保健師助産師看護師法（以下、「保助看法」）において、看護師の業務は「傷病者もしくは褥婦に対する療養上の世話または診療の補助」と定められていますが、これまで「診療の補助」の範囲が明確にされていなかったという背景があります。

今回の骨子案および試案は、保助看法の改正で特定の医療行為が診療の補助に含まれることを明示したうえ、さらに実施方法を看護師の能力に応じて定めることにより、医療安全の確保と、適切かつ効率的な看護業務を実施できる枠組みを構築するねらいがあります。

◆特定行為をめぐる今後の論点

- 指定研修を修了した看護師が特定行為を実施する場合の「医師又は歯科医師の包括的指示」
- 指定研修を修了していない看護師が特定行為を実施する場合の「医師又は歯科医師の具体的指示」要件の軽重
- 指定研修を修了していない看護師が特定行為を実施する場合の「衛生上危害を生ずるおそれのない業務実施体制」要件の軽重

3 在宅医療で期待される経営への貢献

■ 医療現場における行為分類と特定行為を行う看護師の今後

(1) 看護業務と特定行為分類の考え方

厚生労働省・看護業務検討WGでは、看護業務に係る能力認証制度の前提として、医療現場で行われる行為を4つに分類しています。医師のみが実施できる絶対的医行為（A）から、看護師が一般に実施できる行為（C）までのうち、看護師が実施できる特定行為として、「医療行為の侵襲性や難易度が高いもの」（B1）、「医療行為を実施するにあたり、詳細は身体所見の把握、実施すべき医療行為およびその適時性の判断などが必要であり、実施者に高度な判断能力が求められる（判断の難易度が高い）もの」（B2）を想定していました。厚労省試案に示された特定行為は、下記の表のB1・B2に該当するものです。

◆WGによる医療現場で実施される行為の4分類と考え方

	行為の概要	実施の条件と分類の考え方
A	<ul style="list-style-type: none"> ●行為、判断の難易度が著しく高いもの 例) 手術の執刀、全身麻酔の導入 ●法律上「診療の補助」に含まれないことが明確なもの 例) 処方 	患者の状態、看護師の能力や技能に関係なく、医師のみが実施可能な医行為 ：絶対的医行為 ⇒ 医師のみが実施
B1	<ul style="list-style-type: none"> ●行為の侵襲性が相対的に高く、行為の難易度が高いもの 例) 褥瘡の壊死組織のデブリードマン (感染、壊死組織を除去し創を清浄化することで他の組織への影響を防ぐ外科処置) 	診療の補助として看護師が実施する医行為のうち、行為を実施するうえでの判断や技術的な難易度が高く、高度な専門的知識や技能を必要とするため、指定研修(実施しようとする特定行為に応じた研修)を受けたうえで実施することが求められる医行為
B2	<ul style="list-style-type: none"> ●実施者の裁量性が相対的に高く、高度な判断能力を要する(判断の難易度が高い)もの 例) 脱水の判断と補正(点滴) 	⇒ ①認証を受けた看護師が実施 ②医師の具体的指示のもとに、安全管理体制を整え、看護師一般が実施
C	<ul style="list-style-type: none"> ●行為の難易度、判断の難易度ともに看護師一般が実施可能なもの 例) 尿道カテーテル挿入 発熱時の解熱剤投与 等 	診療の補助として看護師が実施する医行為のうち、指定研修を受けなくても看護師免許取得後、実務経験の積み重ねにより十分に実施可能となる医行為 ⇒ 看護師一般が実施

この分類によれば、医師のみが実施する全絶対的医行為としてAに分類される行為を除き、B1からC分類の行為については、看護師が行うことができる範囲の行為であり、また試案によれば、B1・B2に関しては次の2つの条件を満たせば、認証を受けていない看護師も特定行為を行うことができるため、能力認証制度を設けることで、法律上の「診療の補助」の範囲が明確化されることにもなります。

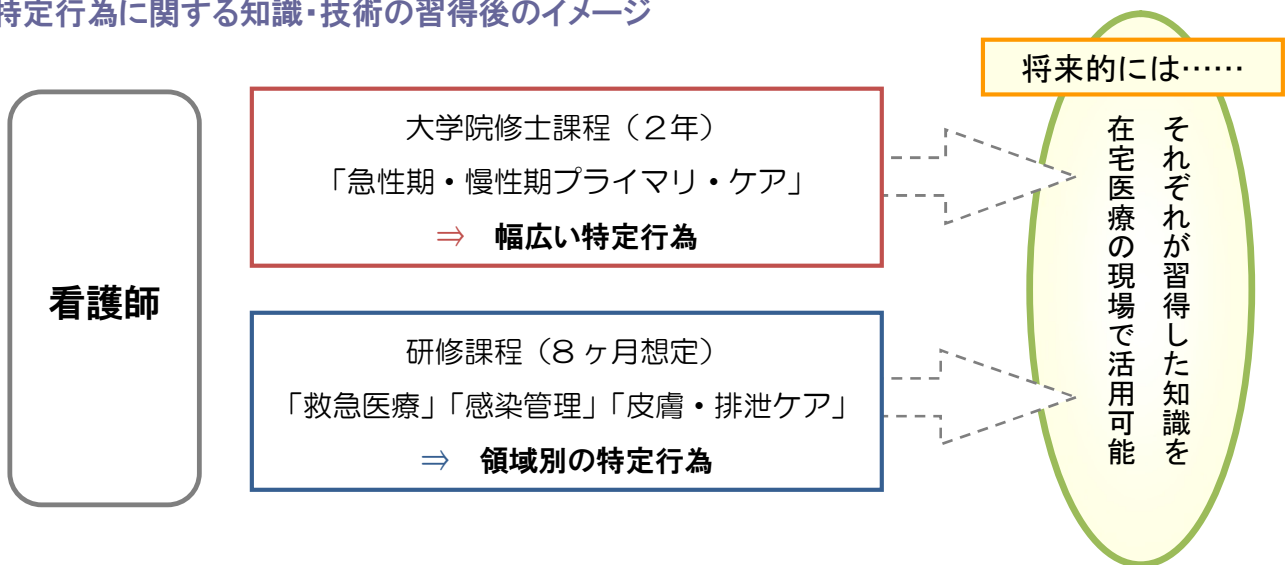
■ 診療所や在宅医療で期待されるこれからの看護師の役割

厚労省の試案では、指定研修のカリキュラムの最低基準として示したものに加えて、大学院や研修機関が自由に教育内容を追加することも提案していますが、現在行われている認定看護師や専門看護師養成課程において、関連する専門領域の特定行為の習得を可能とするなど、認定・専門看護師教育の組み入れも想定しています。

ただし、厚生労働省が大学院修士課程について提示している、急性期と慢性期のカリキュラムを共通とする点については、2年間の修業年限では困難であるという意見が強く、最終的には「在宅医療支援分野」など、関連分野別に区分したカリキュラムに落ち着くのではないかとみられています。

その場合には、現行の在宅療養支援診療所（病院）、あるいは今次診療報酬改定で登場した機能強化型在宅療養支援診療所や、訪問看護ステーションにおいて、認証を受けた看護師の専門性が大きく機能する場になると期待できます。

◆特定行為に関する知識・技術の習得後のイメージ



例えば、訪問看護の場合には、医師の具体的な指示を示すものとして「訪問看護指示書」が必要ですが、認証を受けた看護師が訪問するケースでは、医師の指示は包括的なものでよいとされ、研修課程（8ヶ月間を想定）で皮膚・排泄ケア領域の特定行為に関する研修を修了した看護師が担当することで、医師による個別の具体的な指示を仰ぐことなく、迅速な処置が可能になるはずで

す。また、修士課程で幅広く特定行為を習得した看護師にあっては、在宅療養中の症状悪化や緊急時においても、医師の包括的指示に基づいて総合的な見地から特定行為を行うことができ、的確に対応することができるでしょう。

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。

経営データベース 1

ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: 広報戦略



医療機関におけるホームページ活用

医療機関がホームページを活用するには、どのような工夫が必要でしょうか。



ホームページは、広告規制を受けずに多様な情報を提供できるツールとして、医療機関と患者側双方にとって、もっとも身近な存在のひとつです。自院の存在と診療理念を患者や地域住民に発信するためには、もはや不可欠な存在になっています。

一方で、評判や口コミを耳にしたり、受診歴があっても診療時間を確認したりするなど、自院の認知に向けた「入り口」に位置づけられるため、これを最大限に利用する工夫が必要になってきています。

【情報提供の自由度を活用する】

医療機関がホームページを開設する際には、どのようなコンテンツが求められるのでしょうか。

■ホームページ開設の際に必要なコンテンツ

- ①医療機関の基本情報
- ②集患・増患のための情報

具体的には、上記の2つに大きく分類できますが、それぞれに目的が異なるため、いずれも工夫が必要です。特に②は、他院との比較ができるようにアピール度を高めるとともに、広告規制を受けないホームページだからこそ掲載が可能になるもので構成することを、意識しなければなりません。

広告規制対象ではないために、ホームページのみで発信できる情報があり、かつ更新頻度を高められる点が、ホームページが他の広告手段と比較して大きな効果を期待できる理由です。

■ホームページへの掲載情報

- ①医療機関の基本情報：自院の存在をホームページ閲覧者に示す最低限の情報
 - ⇒ 医療機関名、診療時間、場所とアクセス、連絡先（電話番号等）
- ②集患・増患のための情報：一般的広告で得にくく、閲覧者の注目も高い情報
 - ⇒ 院長ほかスタッフの自己紹介、メッセージ
 - ⇒ 自院で行うことができる治療、診療方針、施設内容、院内風景（画像等）

経営データベース ②

ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: 広報戦略



ホームページ作成のポイント

医療機関におけるホームページ作成の留意点について教えてください。



閲覧者が期待する医療機関のホームページとは、以下のようなものです。

尚、厚生労働省より「医療機関のホームページの内容の適切なあり方に関する指針（依頼）」（平成 24 年 9 月 28 日付）が公表されていますので、これを確認し、示された考え方に沿った内容・構成とする点にも注意が必要です。

■好感度の高い雰囲気

提供する医療のレベルや診療内容だけでなく、診療理念や治療方針等が明確に示されていること、さらに今後足を踏み入れる医療機関施設内の状況がわかることは、受療を予定する人の安心感につながるため、高感度が高くなる傾向にあります。

■専門性の高い情報提供

一般に、高いプライバシー性を有する医療情報については、身近で相談することが困難であるために、閲覧者のニーズが高いといえます。それは、そのまま集患手段にも活用できるため、より正確で専門性の高い情報を掲載し、かつ定期的に更新することで、閲覧者の関心を維持することができます。

【新患を惹きつけるホームページ戦略の展開】

ホームページの集患効果は、検索アクセス数に比例しています。ホームページを開設していても、基本的な情報を掲載しているのみ、あるいはページ更新が滞っているのでは、新患の獲得には直結しません。新患をひきつけ、集患・増患効果に結びつく工夫が求められます。

■ホームページへのアクセスを増やす工夫

① SEO対策

各種インターネット検索エンジンの検索上位に自院のサイトを表示させるために、効果的なキーワードを盛り込む。所在地、診療科目、医療関連トピックス等を本文中に多用する、タイトル部分にキーワードを盛り込むなどで、相互リンクを増やすのも一考。

② 定期的な更新

動きがあるサイトに閲覧者は注目し、定期的に訪れる傾向がある。コラムやトピックスなど発信型情報ページは、定期的に更新すると関心を維持することができる。

③ 携帯電話対応サイトの開設

携帯電話のインターネット機能からのアクセスに対応する工夫も検討。診療時間や連絡先等の確認が容易なものに便利を感じるとされる。