

週刊WEB

医療経営

MAGAZINE

Vol.815 2024.4.2

医療情報ヘッドライン

医師数が過去最多の34万3,275人
小児科は減少も産婦人科・産科は増加

▶厚生労働省

「医師の働き方改革」のB・C水準は
当初想定の3分の1程度になる見込み

▶厚生労働省

医師の働き方改革の推進に関する検討会

週刊 医療情報

2024年3月29日号

外来・在宅含めて医療再編へ、
40年見据え

経営TOPICS

統計調査資料

医療施設動態調査

(令和5年11月末概数)

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:人材・人事制度 > サブジャンル:クリニックの人事制度

職能資格等級フレームとは
接遇教育のポイント

発行:税理士法人ネクサス

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

医師数が過去最多の34万3,275人 小児科は減少も産婦人科・産科は増加

厚生労働省

厚生労働省は3月19日、「令和4（2022）年医師・歯科医師・薬剤師統計」の結果を公表。2022年12月31日時点の医師の総数は34万3,275人で、過去最多を更新した。

前回の2020年調査と比べ、3,652人増（1.1%増）となった。薬剤師も過去最多となり、前回は2,176人増（0.5%増）の32万3,690人だった。歯科医師は10万5,267人で前回は2,176人減（2.0%減）だった。

診療科別に見ると、内科が全体の18.7%にあたる6万1,149人と最も多く、次いで整形外科が6.9%の2万2,506人だった。

医師不足が指摘されている小児科は前回調査から216人減（1.2%減）の1万7,781人、外科は312人減（1.1%減）の2万7,634人。

産婦人科・産科は155人増（1.3%増）の1万1,833人だった。

■女性医師が初めて8万人を突破

「医師・歯科医師・薬剤師統計」は、厚労省が2年ごとに実施。「医師・歯科医師・薬剤師の性、年齢、業務の種別、従事場所、診療科名（薬剤師を除く）などによる分布を明らかにし、厚生労働行政の基礎資料を得ることを目的」としている。

今回の結果で目を引くのが、女性医師の増加だ。前回比で3,593人、4.6%も増えており、8万1,139人と初めて8万人を突破。

歯科医師、薬剤師も増えているが、歯科医師は前回比500人増（1.9%増）の2万7,413人、薬剤師は前回比1,767人増（0.9%増）の19万9,507人で、医師数の増加が顕著であることがわかる。

なお、今後さらに女性医師は増えていく見

込みだ。

背景にあるのは、2018年に文部科学省の私大支援事業をめぐる汚職事件をきっかけに発覚した医学部入試での女性差別だ。

東京医科大学や順天堂大学などで不適切な入試が行われていることがわかり、翌年以降是正策がとられてきた結果、2021年度の医学部入試の平均合格率は女性が男性を上回り、2023年度には初めて医学科の入学人数が40.2%と4割を超えている。

■都道府県の最大格差は約1.86倍

「医療施設に従事する人口10万人当たりの医師数」は、全国平均で262.1人と前回調査に比べて5.5人増加。ただ、都道府県別に見ると長年の課題となっている地域格差が解消されているとは言い難い。

最も多いのは徳島県で335.7人、次いで高知県335.2人、京都府334.3人。最も少ないのは埼玉県で180.2人、次いで茨城県202.0人、千葉県209.0人。最多の徳島県と最少の埼玉県の間には約1.86倍の格差がある（前回調査も同じく最多は徳島県で最少は埼玉県で、その格差は約1.90倍だった）。

なお、施設種別で医師数を見ると、病院が16万426人と最も多く、診療所は10万7,348人、大学病院など医育機関附属の病院は5万9,670人。平均年齢をみると、病院が47.6歳、医育機関附属の病院は39.6歳、診療所は60.4歳となっている。

とりわけかかりつけ医機能を担う診療所の医師は、2010年以降上昇が続いており、2018年に60歳を突破。高年齢化に歯止めがかからない状況となっている。

「医師の働き方改革」のB・C水準は当初想定の3分の1程度になる見込み

厚生労働省 医師の働き方改革の推進に関する検討会

厚生労働省は3月14日の「医師の働き方改革の推進に関する検討会」で、医療機関勤務環境評価センター（以下、評価センター）への評価受審申込が3月11日時点で483件であることを明らかにした。同省は、医師の時間外労働の上限を1,860時間にできるB・C水準の指定を受ける医療機関を約1,500施設と見込んでいたが、現時点では3分の1以下になることが確定した。

■受審申込から評価結果まで約4カ月

4月から「医師の働き方改革」がスタートし、いわゆる36協定（時間外・休日労働に関する労使協定）において医師の時間外労働は施設に応じてA・B・C水準に分類される。

全ての施設が対象となるA水準は、上限が年間960時間（ちなみに、一般の労働者は原則として月45時間・年360時間。特別な事情があって労使が合意していても上限は720時間）。B水準の高次救急医療施設やがん拠点施設、連携B水準の地域医療確保のため医師派遣を行う施設、C-1水準の臨床研修医や専門研修医の雇用施設、C-2水準の特定高度技能研修者の雇用施設はいずれも上限が1,860時間となっている。

ただし、B・C水準となるには、都道府県から「特定労務管理対象機関」の指定を受けなくてはならない。前述のとおり、「特定労務管理対象機関」の指定を受けるには評価センターの評価を受ける必要がある。

評価センターは、「医療機関に勤務する医師の労働時間の短縮のための取組の状況等について評価を行うこと及び労働時間の短縮の

ための取組について、医療機関の管理者に対して必要な助言・指導を行うことにより、医師による良質かつ適切な医療の効率的な提供に資することを目的」として、2022年4月に日本医師会が厚労省から指定された機関だ。

評価を受けるにあたって、医療機関は「基本情報シート」や2024年4月以降の「医師労働時間短縮計画（案）」などを作成して評価センターへ提出する必要がある。

日本医師会は、受審申込から評価結果が出るまでスムーズに進んでも約4カ月かかるとアナウンスしており、4月の「医師の働き方改革」スタートに間に合わせるには昨年夏がリミットだとしていた。そのため、B・C水準の指定を受ける医療機関は当初想定の3分の1程度となってしまおうというわけだ。

■3年ごとに指定更新があり、評価項目に要対応

なお、評価結果を受け、都道府県の審議を経て「特定労務管理対象機関」の指定を受け、3年ごとに更新をする必要がある。更新の際には、88の評価項目に対応しなければならず、医療機関側の負担は決して軽くない。「働き方改革が進んで、特例水準の指定を受ける必要がなくなった」という意見もあるが、そこまでの手間をかけて指定を受ける意味がないという現実もあるのではないかと。

他方で、大学病院から産科の医師派遣が止められ、分娩受け入れをやめた地域の中核病院が出てきているとの報道もある。リソースを減らしながら、地域医療体制をいかに保つかが本格的に問われることになりそうだ。

医療情報①
 社会保障審議会
 医療部会

外来・在宅含めて医療再編へ、 40年見据え

社会保障審議会の医療部会が21日開かれ、厚生労働省は、高齢化がピークを迎える2040年ごろを見据え、これまでの入院だけでなく、外来や在宅医療をまたぐ新たな地域医療構想の策定を都道府県に求める方針を示した。

高齢化と人口減少の進展に伴う医療ニーズの変化に合わせて医療体制の再編を促すため。

医療団体の幹部や患者代表らによる「新たな地域医療構想等に関する検討会」（仮称）を厚生労働省では立ち上げ、近く議論を始める。

21日の医療部会で、松原由美委員（早稲田大人間科学学術院教授）は「介護を確保できなければ、在宅医療の話など絵に描いた餅になるだけでなく、在宅にいられない高齢者が病院に行ってしまう」と述べ、新たな地域医療構想は、介護の需給バランスをにらみながら作る必要があると指摘した。

新たな地域医療構想は各都道府県が26年度に作り、それに基づく医療提供体制の再編が、27年度に行われる第8次医療計画の中間見直し後に始まる。

厚生労働省は、それに向けて地域医療構想の策定ガイドラインを25年度に示すほか、入院や外来・在宅医療のニーズが40年にかけてどう変化するかを推計も行う。各都道府県は、それらを踏まえて新たな構想を26年度に策定する。

現在の地域医療構想は、人口が多い「団塊世代」の全員が75歳以上になり、高齢化が加速する25年を想定して、各都道府県が「構想区域」ごとに作った。それに沿った医療の再編は病院や有床診療所の病床機能の見直しを中心。

これに対して新たな地域医療構想では、「かかりつけ医機能」の確保や介護との連携の強化を促し、外来や在宅を含む地域医療全体の再編につなげる。人口減少が目立つ地域もあるため、構想区域の見直しも検討する。

神野正博委員（全日本病院協会副会長）は、人口が数万人規模にとどまる構想区域と200万人を超える構想区域が混在しているのは「異常だと言わざるを得ない」と指摘し、人口規模や面積などの明確な基準を示すよう求めた。

検討会では、夏から秋ごろまでに議論を一巡させ、年末の取りまとめを目指す。厚生労働省は、高齢化がピークを迎える40年ごろを見据えて都市部や過疎地ごとに医療提供体制のモデルを示したい考え。病床機能報告の機能区分や報告の基準のほか、地域医療構想に沿った医療の再編を実現させるための都道府県の権限なども検討課題に挙げた。

DPC病院の基礎係数を官報告示

～保険診療係数は24年度の報酬改定で廃止

厚生労働省は21日、DPC対象病院の病院群ごとに6月から適用する基礎係数と、病院ごとの機能評価係数Ⅱの値などを官報告示した。「DPC標準病院群」の基礎係数は、調査期間のデータ数が月90件未満の病院をそれら以外の病院と切り分けて設定する。

DPC標準病院群の基礎係数は、「データ数月90件未満」の103病院を1.0063、それら以外の1,423病院を1.0451にする。また、DPC標準病院群以外の基礎係数は「大学病院本院群」（82病院）が1.1182、「DPC特定病院群」（178病院）は1.0718で、いずれも6月1日から適用し、2026年度の診療報酬改定で見直す。

大学病院本院並みの診療機能があるDPC特定病院群は、22年度の181病院（4月1日現在）から差し引き3病院減る見込み。DPC対象病院全体では22病院増え1,786病院になる。基礎係数は、DPC対象病院の基本的な診療機能を評価する仕組みで、病院群ごとの包括範囲出来高点数とDPC点数表に基づく包括点数の平均値から割り出す。そのため、診療密度の低い病院があると、同じ病院群のほかの病院への評価にも影響が及ぶ。

厚労省の分析によると、1カ月当たりのデータ数が90件以下のDPC対象病院は、ほかの病院に比べて診療密度が相対的に低い傾向にあることが分かり、中央社会保険医療協議会の「入院・外来医療等の調査・評価分科会」の取りまとめでは、24年度の診療報酬改定で「何らかの対応が必要」とされていた。

そのため厚労省は、DPC対象病院の要件に「データ数月90件以上」を追加。この基準をクリアしない病院はほかと切り分けてDPC標準病院群の基礎係数を設定することにした。26年度の報酬改定以降は、この基準でDPC制度への参加・退出を判定する方針。

厚労省はまた、地域医療への貢献度などに応じてDPC対象病院ごとに適用する「機能評価係数Ⅱ」（効率性係数・複雑性係数・カバー率係数・地域医療係数）や「救急補正係数」の値も官報告示した。機能評価係数ⅡのDPC標準病院群での最大値は、「宮崎県立延岡病院」（宮崎県延岡市）の0.1588。一方、救急入院の初期対応で医療資源投入とDPC点数との差をカバーする救急補正係数の最大値は、「新城市民病院」（愛知県新城市）の0.0650になる。

機能評価係数Ⅱと救急補正係数を合わせた値は「大曲厚生医療センター」（秋田県大仙市）の0.1884がトップで、これらの係数はいずれも年度ごとに見直す。

機能評価係数Ⅱには現在、効率性係数・複雑性係数・カバー率係数・地域医療係数のほかに「保険診療係数」と「救急医療係数」があるが、適切なデータの作成などを評価する保険診療係数は24年度の報酬改定で廃止されることになった。一方、救急医療係数は、これまでの評価の枠組みを維持した上で、機能評価係数Ⅱから独立した救急補正係数に移行する。

医療施設動態調査 (令和5年11月末概数)

厚生労働省 2024年1月31日公表

病院の施設数は前月に比べ 4施設の減少、病床数は 796床の減少。
 一般診療所の施設数は 18施設の増加、病床数は 220床の減少。
 歯科診療所の施設数は 48施設の減少、病床数は 増減なし。

1 種類別にみた施設数及び病床数

各月末現在

	施設数		増減数		病床数		増減数
	令和5年 11月	令和5年 10月			令和5年 11月	令和5年 10月	
総数	180 681	180 715	△ 34	総数	1 560 001	1 561 017	△ 1 016
病院	8 121	8 125	△ 4	病院	1 483 877	1 484 673	△ 796
精神科病院	1 056	1 058	△ 2	精神病床	319 182	319 537	△ 355
一般病院	7 065	7 067	△ 2	感染症 病床	1 919	1 917	2
療養病床を 有する病院 (再掲)	3 403	3 408	△ 5	結核病床	3 766	3 796	△ 30
地域医療 支援病院 (再掲)	693	691	2	療養病床	273 976	274 381	△ 405
				一般病床	885 034	885 042	△ 8
一般診療所	105 471	105 453	18	一般診療所	76 064	76 284	△ 220
有床	5 661	5 675	△ 14				
療養病床を 有する一般 診療所(再 掲)	508	515	△ 7	療養病床 (再掲)	4 948	5 004	△ 56
無床	99 810	99 778	32				
歯科診療所	67 089	67 137	△ 48	歯科診療所	60	60	-

2 開設者別にみた施設数及び病床数

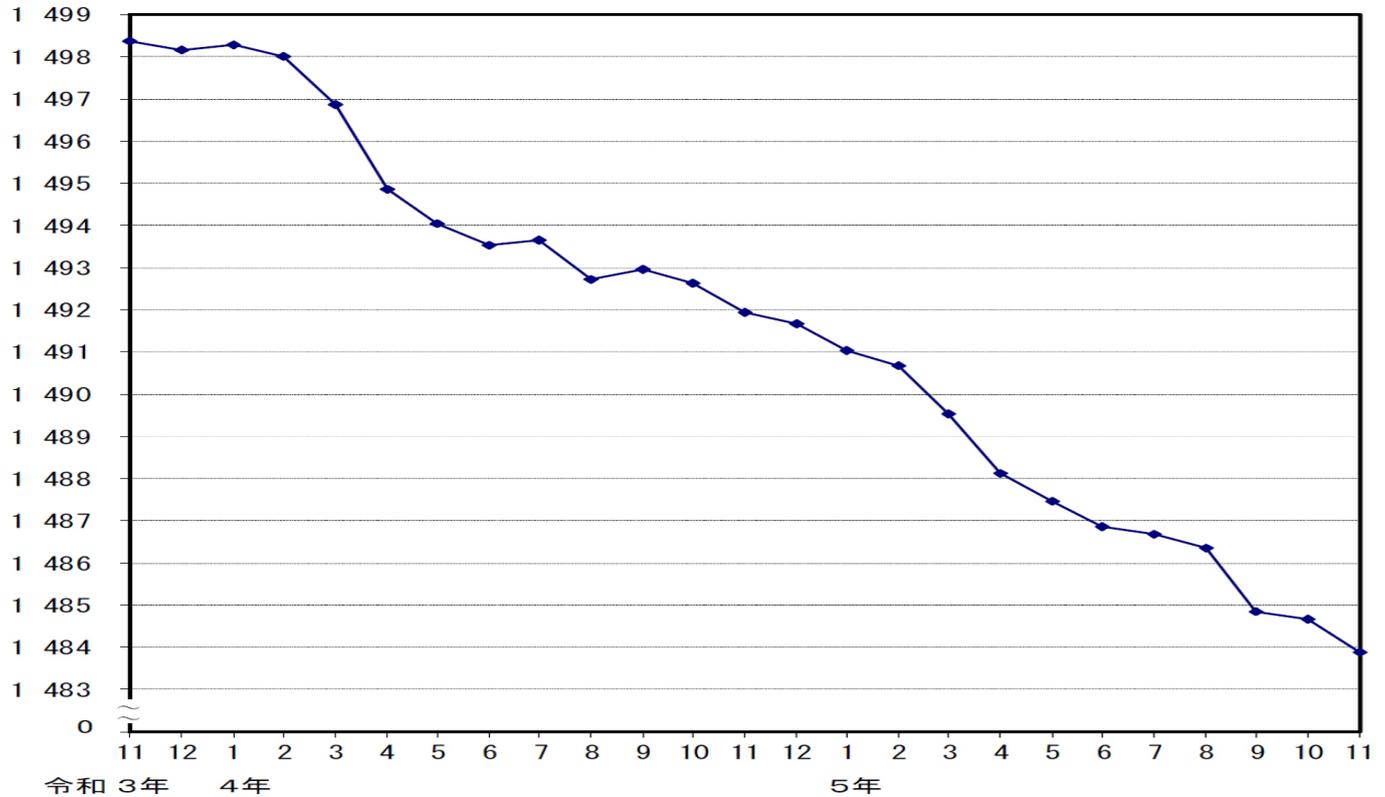
令和5年11月末現在

	病 院		一般診療所		歯科診療所
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数
総数	8 121	1 483 877	105 471	76 064	67 089
国 厚生労働省	14	4 127	20	-	-
独立行政法人国立病院機構	140	52 206	-	-	-
国立大学法人	47	32 720	147	-	-
独立行政法人労働者健康安全機構	32	11 590	1	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 046	-	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	15 249	3	-	-
その他	18	3 372	363	2 159	4
都道府県	186	45 912	287	186	7
市町村	595	119 153	3 397	1 972	247
地方独立行政法人	131	51 864	35	17	-
日赤	91	34 114	204	19	-
済生会	83	22 038	54	10	1
北海道社会事業協会	7	1 622	-	-	-
厚生連	96	30 511	63	44	-
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
健康保険組合及びその連合会	6	1 370	265	-	2
共済組合及びその連合会	39	12 881	134	-	3
国民健康保険組合	1	320	14	-	-
公益法人	187	46 163	467	146	90
医療法人	5 658	833 439	46 925	59 604	16 786
私立学校法人	113	55 786	196	38	15
社会福祉法人	201	33 854	10 468	383	44
医療生協	80	13 048	288	180	48
会社	26	7 681	1 560	7	14
その他の法人	197	40 857	1 233	377	156
個人	108	9 954	39 347	10 922	49 672

参 考

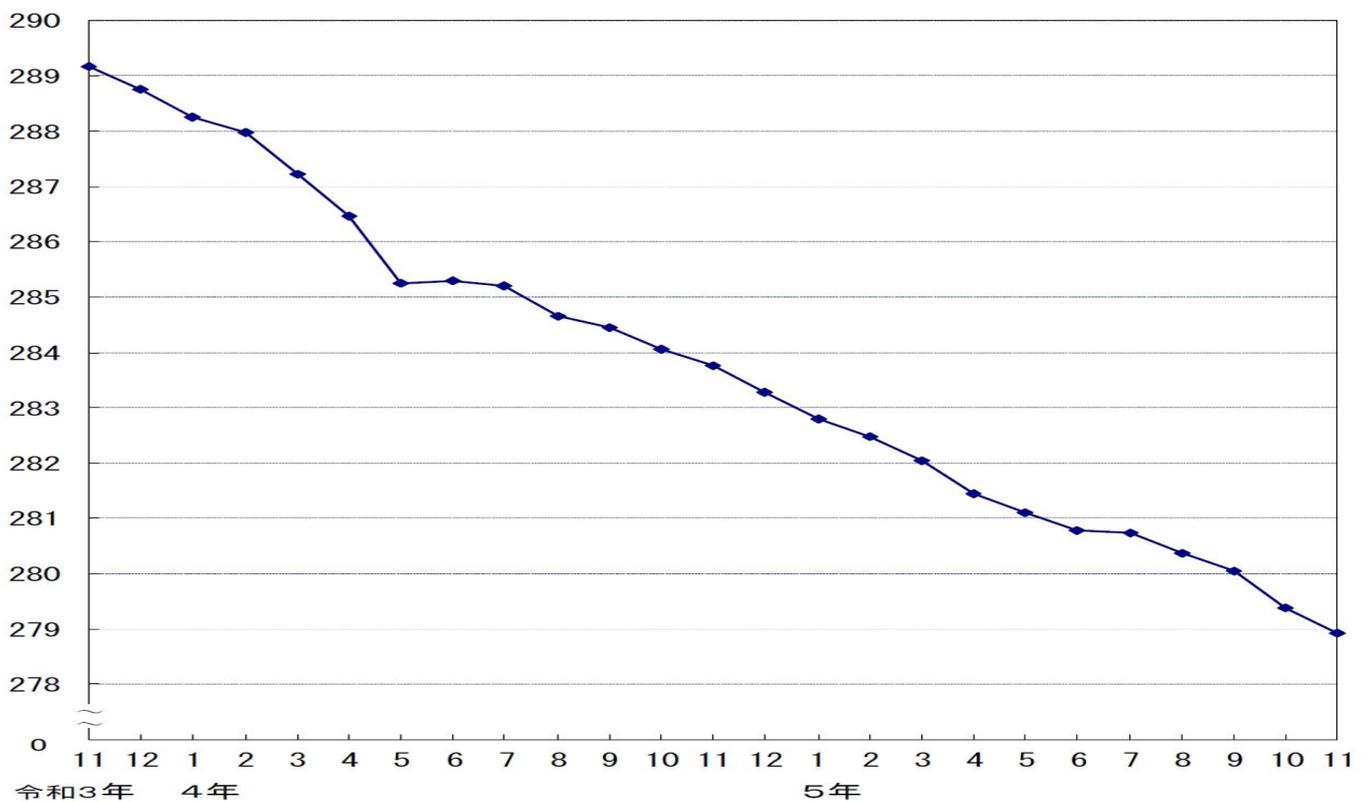
病床（千床）

病院病床数



病床（千床）

病院及び一般診療所の療養病床数総計



医療施設動態調査（令和5年11月末概数）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。

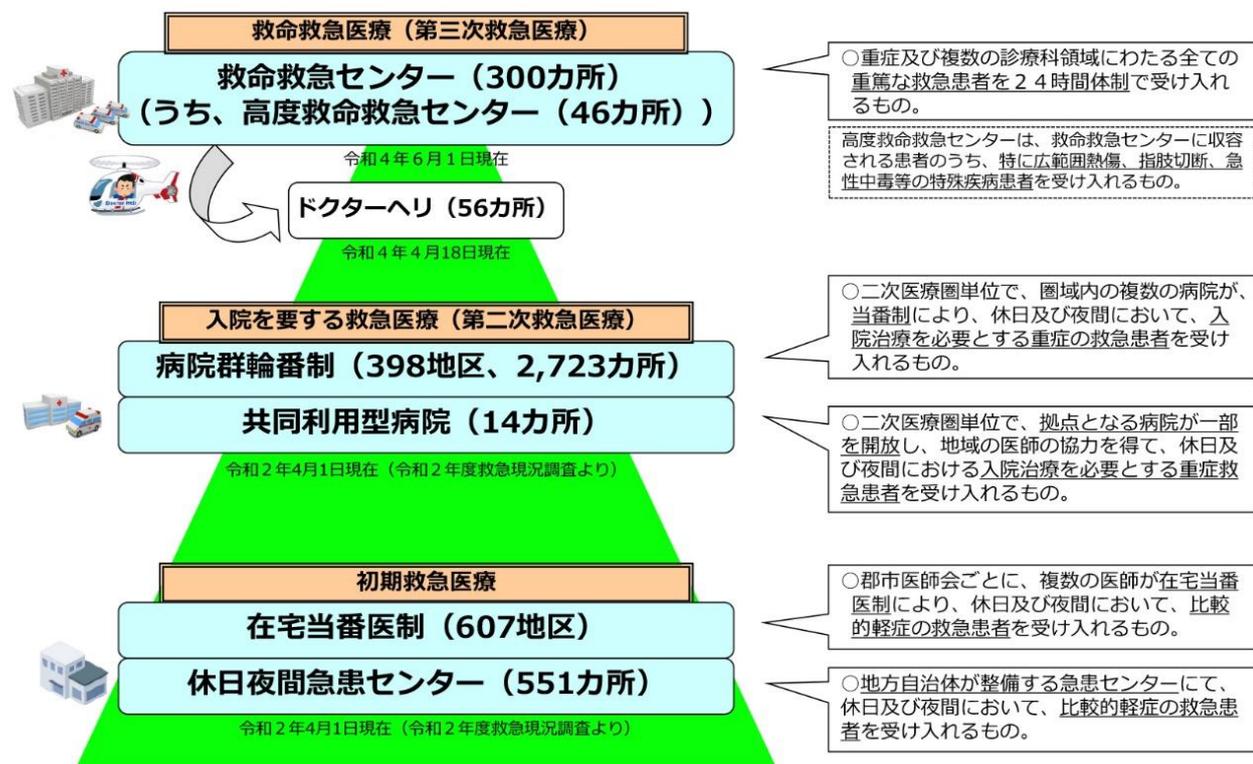
そこで今回は、現代の日本国内における救急医療について解説します。

■ 救急医療の体制と課題

日本の救急医療体制としては、在宅当番医が全国 607 地区に、救急救命センターが 300 力所、そして高度救命救急センターが 46 力所に設置され、これにより、緊急時の迅速な対応が可能とされています。

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。

◆ 救急医療体制体系図



出典：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

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。

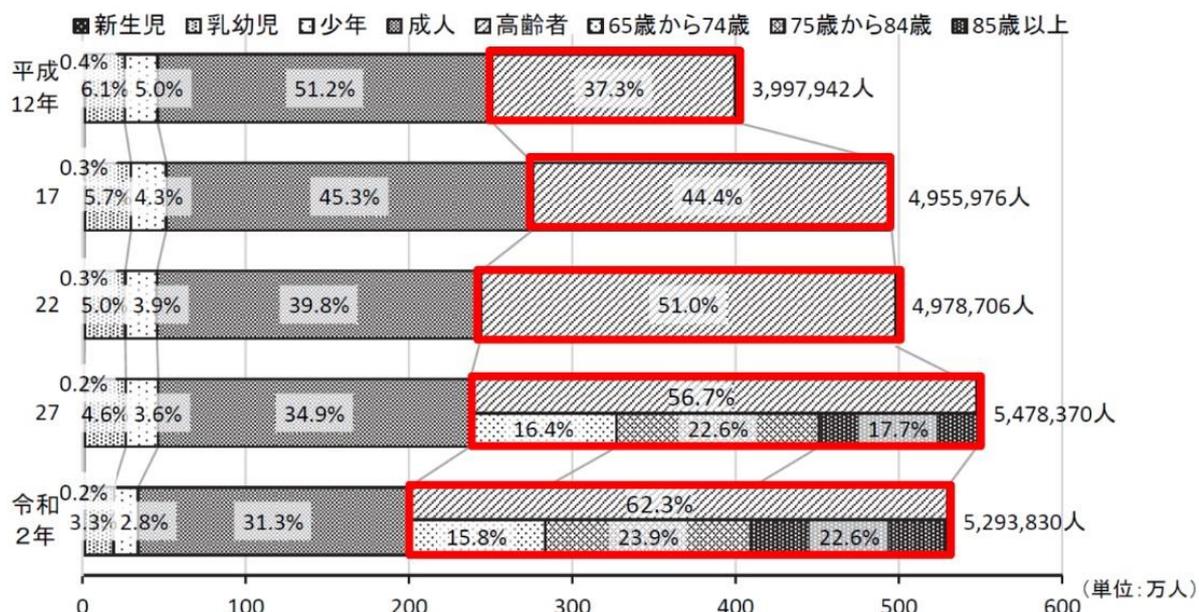
過去数十年間で、救急搬送の数は増加しており、中でも高齢者の割合が特に顕著に増加しています。平成12年に、救急車で搬送された人の総数は3,997,942人でした。この中で高齢者の占める割合は37.3%に過ぎませんでした。しかし、令和2年には、搬送された人の総数は5,293,830人に増加し、高齢者の割合も62.3%と増加傾向にあります。

特に、75歳から84歳、そして85歳以上といった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。

このような現状は、今後の救急医療の提供体制や、高齢者を中心とした医療ニーズへの対応、さらには日常生活での予防策の強化など、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性を迫るものです。

◆ 年齢区分別搬送人員構成比率の推移

○ 高齢者の搬送割合の中でも、特に75歳から84歳、85歳以上の割合が増加傾向にある。



- 割合の算出に当たっては、端数処理（四捨五入）のため、割合・構成比の合計は100%にならない場合がある。
- 東日本大震災の影響により、平成22年は陸前高田市消防本部のデータを除いた数値で集計している。

(出典)令和3年版 救急・救助の現況(総務省消防庁) 第30図

出典：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

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

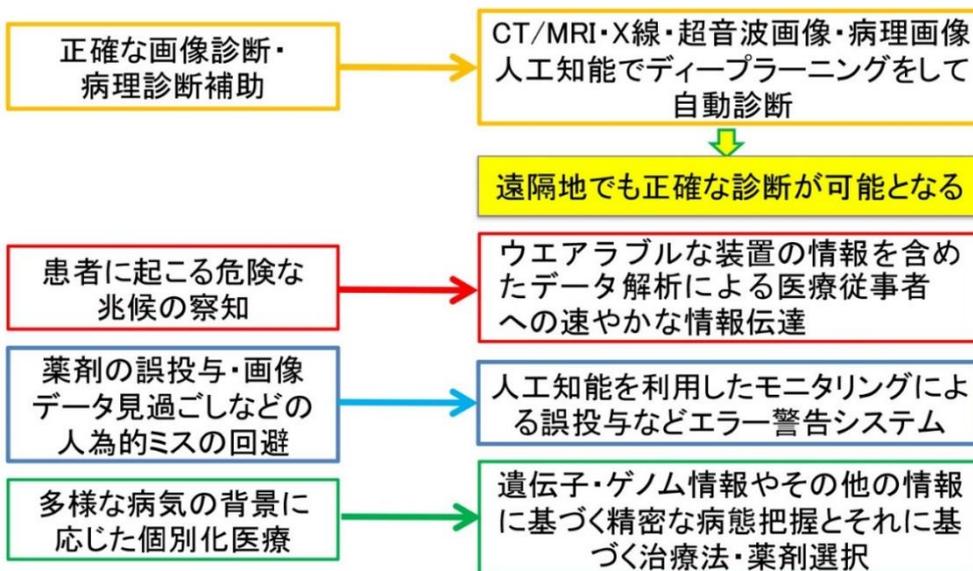
医療の現場は日々、技術の進化とともに変化しています。近年、特に注目されているのが「人工知能（以下、AI）」の活用です。AI を医療に取り入れることで、多くの新しい可能性が開かれているのです。

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少させることができ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。

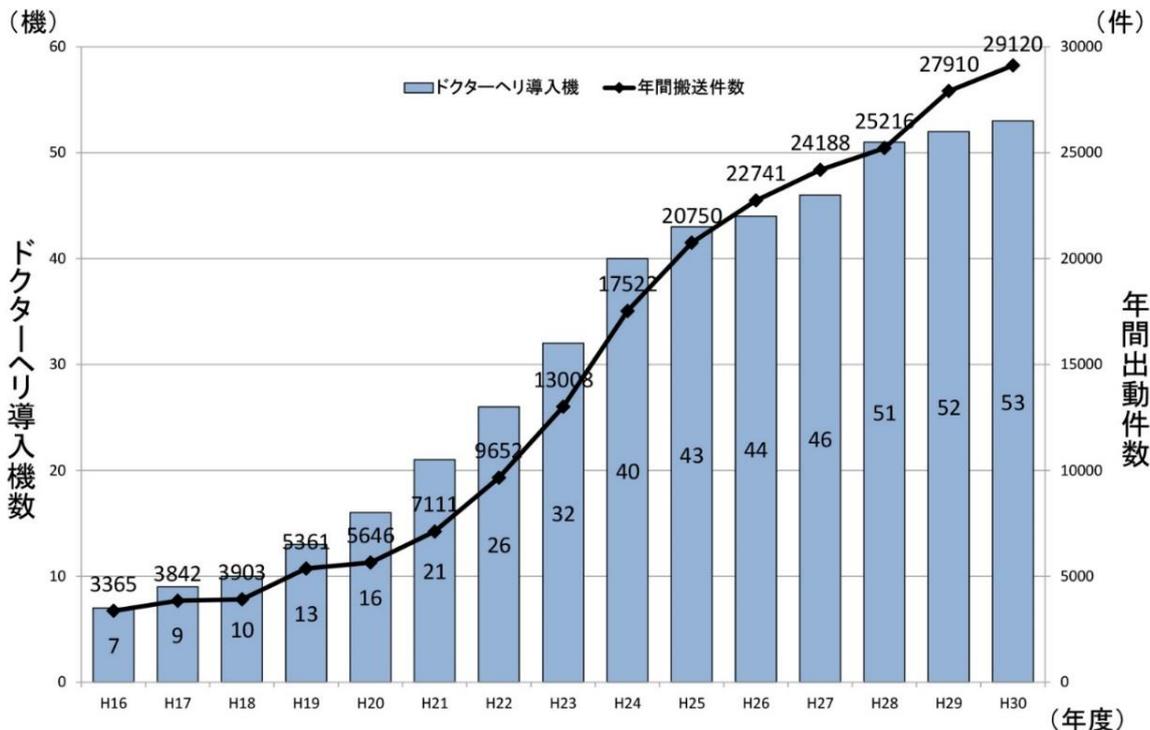
近年のデータによると、ドクターヘリの利用状況は増加傾向にあり、平成 30 年度にはドクターヘリによる年間搬送件数が 29,120 件に達しています。

また、ドクターヘリの導入自体も増加しており、多くの地域での救急医療のバックアップとしての位置づけが強まっています。

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、これらの輸送手段は、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。

◆ドクターヘリの実績推移



出典：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

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:人材・人事制度 > サブジャンル:クリニックの人事制度

職能資格等級フレームとは

**職能資格制度を導入する際、
 何をベースにすればよいでしょうか。**

能力主義人事制度は、職能資格制度を基軸にして、職員一人ひとりの人事考課、能力開発と活用、処遇（配置、賃金）を連動的に展開することで成立します。職能資格制度は職能資格等級がベースですが、各イベントの実施基準としての機能を持たせるためには、職能資格等級フレームという枠組みを設計し、それに沿って他の制度を組み立てていく必要があります。

(1)職能資格等級数の決定

職能資格制度を導入する際は、まず等級の数を決定します。等級の数は、多すぎると等級間の差異を明確に区分することは困難となり、評価は曖昧なものになります。

一方、等級の数が少なすぎると、等級内の能力の幅が広すぎ基準がぼやけてしまいます。

(2)職能区分、職能資格等級

職員の成長、つまり職務遂行能力の発展段階を適切にクラス分けしたもので、院内における能力のグレードを意味します。職能の発展プロセスを一から等級化することは困難なため、まず大きく3段階に区分してから設計に入ります。期待される職務遂行能力の特質から上位層を管理職能、中位層を指導職能、下位層は一般職能と位置付けて表示します。

(3)職能資格定義

全等級の中で、それぞれの等級がどの程度のランクにあるのか、その高さの位置付けを定義として明示したもので、上下間の等級比較ができる程度の短文で書き表します。

(4)対応職位

職能資格と役職との対応関係を示します。

職能資格制度では、資格と役職は直接的には分離しますが、昇格した後で対応職位に適任者が選ばれるという関係だけは維持することを前提とします。

(5)昇格基準

上位等級に昇格するために必要な条件は、昇格基準で明示されます。3つの職能クラスにおいて、何を最も重要視するかが中心となります。

ジャンル:人材・人事制度 > サブジャンル:クリニックの人事制度

接遇教育のポイント

**職員の患者に対する接遇スキル向上のために、
 必要な教育内容を教えてください。**

患者に対する接遇は、医療機関のイメージを決定づける大きな要素の一つです。また、院内におけるマナーのレベル（基準）は、自院の組織風土や職員のモチベーションにも影響をもたらします。このため、自院としての患者接遇のあり方と基準を職員に理解してもらうことが重要であり、またこれを浸透させるためには、受講者参加型による研修教育が有効です。

(1)接遇教育の内容

医療機関はすべて、患者に支えられて初めて存続することができます。このことから、接遇やマナーは正しく身につけることが求められます。

特に、それまで接遇・マナー研修を受講したことがない若手職員や、必ず患者と接する受付・会計担当者は、スキルアップとレベルの維持に努めます。接遇教育の主な内容は、以下のとおりです。

■主要な接遇教育の項目

- 接遇、基本的マナーの習得・スキル向上の必要性
- コミュニケーション改善手法
- 言葉遣い（敬語）、あいさつ
- 来院者（患者・家族・取引先等）対応、電話対応

(2)ロールプレイングの重要性

ロールプレイングとは、実際の患者対応や電話対応の場面を想定して、患者と受付担当者など参加者が様々な役割を演じ、それぞれの問題点や解決法を考えるトレーニングです。

実際の場面を想定した中で、このような「気づき」は大変重要です。これをヒントに、同様のケースだけでなく、他の場面でも応用できるスキルを身に付けることができます。

接遇教育は、知識の習得が目的ではありません。実技を通じて、普段の対応を見直し、改善する必要性を気づかせることが重要なのです。

日常業務において理想的な対応を、体で覚えるまで繰り返し、身につけてもらうように、定期的実施するのが望ましいでしょう。