

2011.5.24

週刊WEB

医業経営マガジン

1 医療情報ヘッドライン

特定看護師の業務範囲など「枠組み」で基本合意
チーム医療推進のための看護業務検討WG開く

厚生労働省 医政局
厚労省、チーム医療の推進などを盛り込む改革案を提示
政府の検討会議へ社会保障制度改革の方向性と具体策示す
厚生労働省

2 経営TOPICS

統計調査資料

最近の医療費の動向 平成22年12月号

3 経営情報レポート

新たな審査体制に対応する
レセプト算定強化対策

4 経営データベース

ジャンル: 医業経営 サブジャンル: 接遇向上

第一印象を高くするポイント
言葉遣いの改善

発行



本社 京都市南区吉祥院九条町 30 番地 1 江後経営ビル
TEL 075-693-6363 FAX 075-693-6565
滋賀支社 滋賀県草津市野路 1-4-5 センゾビル BLDG ZEN 5F
TEL 077-569-5530 FAX 077-569-5540
大阪支社 大阪市北区梅田 2-5-6 桜橋八千代ビル 6F
TEL 06-6344-1683 FAX 06-6344-1578

特定看護師の業務範囲など「枠組み」で基本合意 チーム医療推進のための看護業務検討WG開く

厚生労働省医政局は5月16日、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(WG)を開き、23年度からスタート予定の特定看護師(仮称)の業務範囲および要件について議論を行った。WGは特定看護師(仮称)に関する枠組みで基本合意した。

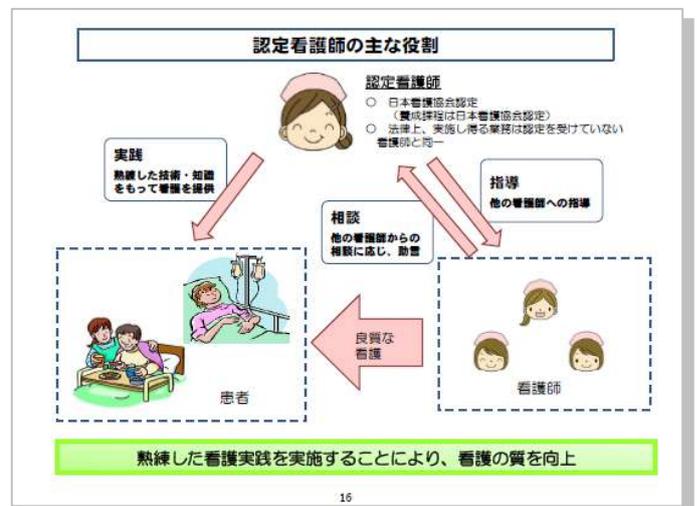
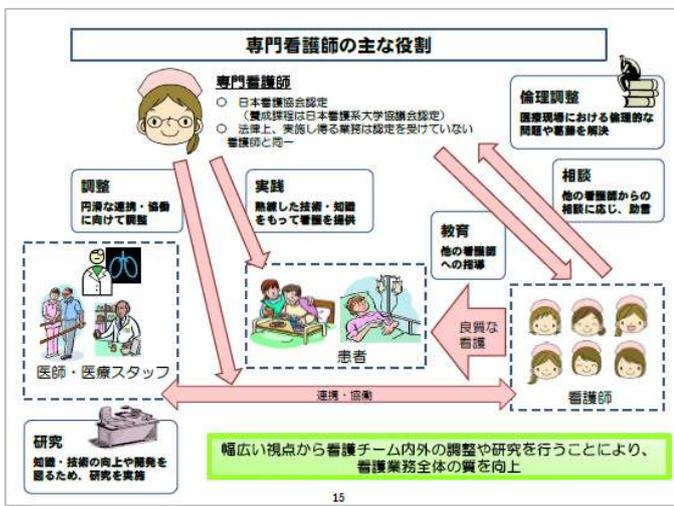
この日、WGに対して厚労省が示した枠組みは、(1)看護師免許を持っていること、(2)実務経験が5年以上、(3)厚労相の指定を受けた養成課程を修了していること、(4)厚労相から知識、能力、技術の確認・評価を受けることを要件とし、これらを満たした看護師の専門能力を公的に認証するというもので、養成課程は2年制と8か月制の2種類を設け、その業務範囲に差を設ける。

基本的な枠組みは、「一定の要件を満たした看護師を『特定看護師』として公的に評価する認証制度を創設」というものであり、その実施可能な業務範囲については、それ以外の看護師との能力の差に応じて、医師の指示のあり方や組織の安全管理体制などに差を設けることが中心となっている。保助看法の

改正の必要性を示した。

これまでの議論の経過は、(1)看護師に対する医師の指示のあり方、(2)医療現場における専門看護師・認定看護師の役割が整理されている。(1)については、「具体的指示」と「包括的指示」の違いなどを整理し、そのなかで、具体的指示は保健師助産師看護師法に規定される指示であり、一方、包括的指示はチーム医療の推進に関する検討会取りまとめに盛り込まれた「看護師が患者の状態に応じて柔軟に対応できるように、医師が、患者の病態の変化を予測し、その範囲内で看護師が実施すべき行為を一括して指示すること」と定義づけている。

(2)については、専門看護師と認定看護師の役割をそれぞれ図解したうえで、専門看護師には「幅広い視点から看護チーム内外の調整や研究を行なうことにより、看護業務全体の質を向上」させる役割があること、一方、認定看護師は「熟練した看護実践を実施することにより、看護の質を向上」させる役割を担っていることが整理されている。



厚労省、チーム医療の推進などを盛り込む改革案を提示 政府の検討会議へ社会保障制度改革の方向性と具体策示す

厚生労働省は5月12日、省としての社会保障制度改革案の方向性と具体策を、政府の「社会保障改革に関する集中検討会議」へ示した。これは、政府が検討している社会保障・税の一体改革案の原案に位置づけられ、政府の社会保障と税の一体改革をめぐる「集中検討会議」は、厚労省案などを受けて今月末に改革案をまとめる見通しとなっている。改革の基本的な方向性は、「全世代対応型・未来への投資」「参加保障・包括的支援」、「普遍主義、分権的・多元的なサービス供給体制」、「安心に基づく活力」の4つを柱としている。

厚労省案は、東日本大震災が社会保障制度改革に及ぼした影響は大きい、という前提に立ち、「これまで以上に、給付の重点化、選択と集中、優先順位の明確化が求められている」と指摘している。

医療・介護分野については、住み慣れた地域で医療・介護サービスを継続的・一体的に受けられる「地域包括ケアシステム」の確立と在宅医療の体制強化を課題として示した。

介護サービスの提供体制では、在宅サービスの充実・強化や、サービス付き高齢者住宅などの居宅系サービスの整備などにより、介護サービスを量的に拡充して、特別養護老人ホームの待機者を解消するよう提言した。さらに、介護職員の人材確保と資質向上のため、キャリアパスの整備や処遇改善などを進めるべきだと提言した。

具体的には、(1) 医師確保・医師の偏在是正、(2) 拠点病院や救急医療の機能強化と、病院・病床の機能分化、(3) 在宅医療体制の

強化、(4) チーム医療の推進、(5) 地域包括ケアの確立とケアマネジメントの機能強化、(6) 介護サービスの量的拡大を通じた特養ホーム待機者の解消、(7) 介護予防・重症化予防への重点化、(8) 介護職員の処遇改善・キャリアパス整備、(9) 国保財政の広域化、(10) 高度医療・高額かつ長期の医療への対応と重点化、(11) 高齢世代と現役世代の公平な負担、(12) レセプト電子化による審査支払事務の効率化、(13) 後発医薬品の更なる使用促進などについて、診療報酬・介護報酬の改定に適切に盛り込むことを提案している。地域包括ケアシステムは被災地域の新たな町づくりの中に取り込むなど、「新たな安心地域モデル」を提示し、全国に先駆けた体制整備を検討するよう提案した。

費用負担の観点では、低所得者対策として、「社会保障・税の共通番号制度の導入・定着」という前提を置いた上で、制度横断的な負担上限（利用者負担総合合算制度）を検討するとしている点が特色となっている。

東日本大震災からの復興については、「震災前の姿を復旧・復元することにとどまらず、少子高齢化が進むこれからの日本社会の先進的モデルになるような『新たなまちづくり』などを構築しなければならない」と指摘したうえで、地域包括のような「新たな安心地域モデル」を実現し、全国に先駆けた体制整備を検討するよう提言している。しかし改革に伴う費用の推計など改革実現の原資については「財政試算は集中検討会議での議論を踏まえた上で行う」としている。

最近の医療費の動向

平成22年12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18年度	32.4	17.2	9.4	4.9	4.5	7.9		13.8		1.4
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
4～9月	17.4	8.9	4.9	2.6	2.3	4.0	0.6	7.7	6.0	0.8
10～3月	17.8	9.2	5.1	2.7	2.4	4.1	0.7	7.8	6.1	0.9
平成22年4～12月	27.4	13.9	7.6	4.0	3.6	6.2	1.1	12.2	9.5	1.4
4～9月	18.1	9.1	5.0	2.7	2.4	4.1	0.7	8.0	6.3	0.9
10～12月	9.3	4.7	2.6	1.4	1.2	2.1	0.4	4.1	3.2	0.5
11月	3.1	1.6	0.9	0.4	0.4	0.7	0.1	1.4	1.1	0.2
12月	3.1	1.6	0.9	0.5	0.4	0.7	0.1	1.4	1.1	0.2

注1. 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における審査分の医療費（算定ベース）である。

注2. 医療保険適用70歳以上には、長寿医療の対象（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を含む。

注3. 「公費」欄には、医療保険適用との併用分を除く、公費負担のみの医療費を計上している。

2 種類別概算医療費

●医療費の推移

(単位：兆円)

	総計					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
		診療費	医科 入院	医科 入院外	歯科						
平成 18 年度	32.4	32.4	26.8	12.2	12.1	2.5	4.7	0.8	0.05	13.0	16.9
平成 19 年度	33.4	33.4	27.4	12.5	12.4	2.5	5.2	0.8	0.06	13.4	17.5
平成 20 年度	34.1	34.1	27.7	12.8	12.4	2.6	5.4	0.8	0.06	13.6	17.8
平成 21 年度	35.3	35.3	28.5	13.2	12.7	2.5	5.9	0.8	0.07	14.0	18.6
4～9月	17.4	17.4	14.1	6.5	6.3	1.3	2.8	0.4	0.04	6.9	9.2
10～3月	17.8	17.8	14.4	6.7	6.4	1.3	3.0	0.4	0.04	7.1	9.4
平成 22 年 4～12 月	27.4	27.4	22.2	10.5	9.7	2.0	4.5	0.6	0.06	11.1	14.2
4～9月	18.1	18.1	14.7	7.0	6.4	1.3	2.9	0.4	0.04	7.4	9.4
10～12月	9.3	9.3	7.5	3.5	3.3	0.7	1.6	0.2	0.02	3.7	4.9
11月	3.1	2.5	1.2	1.1	0.2	0.5	0.1	0.01	1.2	1.6	0.2
12月	3.1	2.5	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、入院時食事療養の費用額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、入院時食事療養の費用額に入院時生活療養の費用額を合算している。

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							歯科計	保険 薬局	訪問 看護 サービス
		医科 病院	大学 病院	公的 病院	法人 病院	個人 病院	医科 診療所				
平成 18 年度	0.1	▲ 0.2	▲ 0.4	3.0	▲ 2.0	0.9	▲ 12.6	0.3	▲ 2.8	3.4	12.5
平成 19 年度	3.1	2.3	2.4	4.2	1.4	3.5	▲ 12.3	2.0	▲ 0.2	8.9	8.4
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	▲ 0.7	7.9	10.8
4～9月	3.9	3.3	3.5	6.4	3.4	3.3	▲ 3.1	2.6	▲ 0.7	9.0	10.4
10～3月	3.1	2.7	3.3	4.8	3.2	3.4	▲ 5.4	1.2	▲ 0.7	6.8	11.3
平成 22 年 4～12 月	3.8	4.1	5.6	8.0	5.8	5.3	▲ 6.0	0.8	2.3	2.9	12.4
4～9月	3.9	4.3	5.7	7.9	5.9	5.4	▲ 5.4	1.2	1.4	3.0	12.7
10～12月	3.6	3.8	5.4	8.4	5.5	5.1	▲ 7.0	0.0	4.3	2.7	11.7
11月	6.4	6.0	7.3	10.0	7.6	6.8	▲ 5.1	3.3	8.4	7.0	14.8
12月	3.6	3.6	5.1	7.4	5.4	4.8	▲ 7.2	0.3	3.7	3.2	10.8

注1. 病院は経営主体別に分類している。

注2. 「大学病院」には、病院のうち、医育機関である医療機関を分類している。

注3. 「公的病院」には、病院のうち、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（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分類している。但し、医育機関を除く。

注4. 医療費には、入院時食事療養の費用額及び入院時生活療養の費用額を含んでいる。

(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	診療科別								
		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 18 年度	0.3	0.4	2.3	▲ 3.1	1.2	▲ 1.1	▲ 0.9	▲ 3.7	1.5	3.7
平成 19 年度	2.0	2.2	▲ 2.4	▲ 0.3	4.1	0.1	0.5	1.0	0.9	5.2
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
4～9月	2.6	3.4	1.2	1.4	4.4	0.3	▲ 1.9	0.9	1.8	2.7
10～3月	1.2	2.0	▲ 1.3	▲ 0.0	3.8	0.2	▲ 2.6	0.5	▲ 5.2	2.2
平成 22 年 4～12 月	0.8	0.2	▲ 0.5	▲ 3.3	1.9	2.3	1.0	2.5	6.4	1.5
4～9月	1.2	1.1	3.3	▲ 3.1	1.3	2.1	0.5	2.3	3.2	1.7
10～12月	0.0	▲ 1.5	▲ 6.3	▲ 3.7	2.9	2.7	2.0	2.9	12.4	1.0
11月	3.3	0.9	▲ 5.5	▲ 0.6	7.7	9.5	5.3	6.1	22.5	4.7
12月	0.3	▲ 0.7	▲ 0.6	▲ 3.6	2.1	0.4	1.4	1.7	9.3	0.8

注. 医科診療所ごとの主たる診療科別に医科診療所を分類して、医療費を集計している。

(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	病院タイプ			
		大学病院	公的病院	法人病院	個人病院
平成 18 年度	0.5	2.2	▲ 0.6	0.7	▲ 2.3
平成 19 年度	4.2	3.9	3.9	3.9	1.7
平成 20 年度	2.9	3.1	2.8	2.6	▲ 1.0
平成 21 年度	4.0	4.5	4.4	3.6	2.9
4～9月	4.1	4.7	4.6	3.4	3.5
10～3月	4.0	4.3	4.2	3.7	2.3
平成 22 年 4～12 月	7.8	8.5	8.2	6.6	6.3
4～9月	7.7	8.6	8.1	6.7	5.9
10～12月	7.8	8.3	8.5	6.6	7.3
11月	9.2	9.1	10.2	7.8	9.0
12月	7.3	6.6	7.9	6.1	7.8

注. 医療費には、入院時食事療養の費用額及び入院時生活療養の費用額を含んでいる。

新たな審査体制に対応する レセプト算定強化対策

ポイント

- 1 進むレセプト請求のオンライン化
- 2 強化される審査体制
- 3 査定・返戻対策に向けた具体的な取り組み



1 進むレセプト請求のオンライン化

■ 電子レセプト請求に向けたスケジュール

平成18年4月10日付で請求に関わる省令が改正され、保険医療機関及び保険薬局による診療報酬等の請求方法として、オンラインによる方法が追加されました。平成23年度までにオンラインによる請求の義務化が打ち出されたものの、民主党を中心とする政権により、「全施設におけるオンラインの義務化」という当初の目的は、同党のマニフェスト記載の原則論に従うこととなったものです。その結果、オンライン請求と電子媒体（MOやFD、CD-R等）請求を同列として扱うとともに、レセプトコンピュータ（以下、「レセコン」）未導入施設等には特例措置が取られることとなりました。

◆ 電子レセプト移行スケジュール(省令改正後)

医科	条件1	条件2	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度～	
病院①	レセコン有 +レセ電無 +非レセスタ		電子レセプトによる請求 (22.7.1～)						
		+レセコン購入 届出済	電子レセプト請求以外による請求猶予期間 (購入日から5年経過または保守契約終了月末まで)						
		+レセコンリース 届出済	(リース契約終了月末まで)						
病院②	レセコン無 届出済	免 除							

医科	条件1	条件2	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度～	
病院①	レセコン有		電子レセプトによる請求 (22.7.1～)						
		+高齢該当 届出済	電子レセプト請求以外による請求免除 (65歳未満の常勤者を雇用した場合⇒速やかに届出)						
		+レセコン購入 届出済	(購入日から5年経過または保守契約終了月末まで)						
		+レセコンリース 届出済	(リース契約終了月末まで)						
病院②	レセコン無 高齢該当 届出済	免 除							

(参考：厚生労働省資料)

(2)オンライン請求導入のメリット

①審査支払機関での受付時間の延長

従来の請求におけるレセプトの提出は、原則として毎月10日が期限と定められていました（基本的に毎月9日までは土・日・祝日を除く17時まで、10日はこれら休日を含めた17時までを受付時間とする）。

一方、オンライン請求では、審査支払機関側において処理の効率化を図ることができ、請求の受付時間を延長したため、休日を含めて毎月9日までは21時まで、提出期限の10日は24時まで請求が可能となりました。従って、提出までの期間にほぼ丸1日間の猶予が生まれ、より点検作業に時間を割くことができます。

②費用削減効果と編綴(てつ)作業の省力化

紙レセプトの場合、すべてが単票になるとは限らず、特に入院施設がある出来高算定の医療機関では、数枚から数十枚にも及ぶ場合があります。近年のレセコンでは、オーバーレイ印刷が標準となり、専用レセプトを準備する必要はなくなりましたが、印刷用紙は必要であることから、インク代(プリンタートナーカートリッジやインクリボン購入代金)や消耗品費は必ず支出していました。しかしオンライン請求では、このような消耗品に係る費用を削減することができます。

また、コスト面だけでなく、総括業務の一つである編綴(てつ)に要する作業が省力化されます。この結果、ほとんどの月次統計資料は当月に出力できるようになり、経営会議の開催も早期に行えることが期待されます。

③レセプト提出方法の安全性向上

既存の請求では、レセプトを審査支払機関へ搬送(窓口へ持参または送付)しているため、搬送時に破損や紛失や遅配などの問題が発生するリスクがあり、実際にそれによって診療報酬が1か月も支払われない事態も発生していました。

しかし、オンライン請求では、セキュリティを確保したネットワーク回線を使用することから安全かつ確実に請求することが可能となりました。

以上のようなメリットがある一方で、システム導入に係る初期費用やオンライン使用による通信費は新たに発生する経費となるため、特にレセコンを導入していない医療機関では、まずレセプト発行フェーズから対応する必要があり、それらが歯科や一部の医科診療所における普及率の伸びを抑制しているハードルのひとつとして挙げられています。

2 強化される審査体制

■「支払基金サービス向上計画」とは

平成23年1月、社会保険診療報酬支払基金は「支払基金サービス向上計画」を打ち出しました。

この計画において支払基金は、今後電子レセプトシステムに対応した審査体制を整備し、支払基金におけるコスト削減に向けた取り組みを進めるとともに、診療報酬請求のさらなる適正化を目指すことが示されました。

◆電子レセプト審査の流れ(抜粋)

- 紙レセプトでは、レセプトを並べ替えたり、取り出したりすることが極めて困難であり、突合しての審査などが行えなかった。
- 電子レセプトでは、抽出や並べ替えが容易であり、電子的なチェックが行われることにより、全てを目視しなければならないという人間の負担が軽減。前月分以前のレセプト情報も記憶可能であるため、突合審査や縦覧審査を行うことも可能。
- 審査事務と審査は、画面で審査。その際、抽出機能、レセプトの並べ替え機能、集計機能や審査参考情報の表示機能を活用。

(出典：社会保険診療報酬支払基金)



サービス向上計画 対象期間 平成23年度～27年度

- ①コンピュータチェックの充実
- ②突き合わせ点検及び縦覧点検の実施
- ③ワイド画面を活用した画面審査システムへの移行

3 査定・返戻対策に向けた具体的な取り組み

■ サービス向上計画実施スケジュールと医療機関の対応

「支払基金サービス向上計画」に基づく点検等の実施については、当初、平成 23 年 4 月から順次施行されるスケジュールとなっていました。

点検項目	実施（審査）年月
医科と調剤の突き合わせ点検	平成 23 年 4 月～
歯科と調剤の突き合わせ点検	平成 23 年 7 月～
当月分と過去分の縦覧点検（医科・DPC・歯科）	平成 23 年 4 月～
入院分と入院外分の通覧点検（医科・DPC・歯科）	平成 23 年 7 月～

（出典：社会保険診療報酬支払基金）

(1) 査定・返戻対策としての診療報酬適正化委員会の実施

審査側の体制強化に伴い、査定・返戻のリスクは今後さらに増大することが予想されます。それらリスクに対抗し、発生を防止するためには、今まで以上に査定・返戻の原因を十分に認識し、院内における情報の共有化を進め、さらに医事担当職員のスキルアップを進める必要があります。

したがって、情報の発生源である医師との連携は必要不可欠であり、その連携を強化すべく開催する診療報酬適正化委員会等は必須であるとともに、これらの委員会活動を通じ、適切な診療報酬の請求を目指すことが求められます。

一方、診療報酬適正化委員会を開催しても、単なる報告会に留まり、その後の査定減等になかなか結び付く動きにならない医療機関は少なくありません。この原因としては、医事課側の医師への動機づけが弱いことが一番の原因と思われます。

診療報酬適正化委員会を本来の目的達成に向けて機能させるためには、以下のような点に注意すべきです。

- ① 医事課主導により、レセプト提出後速やかに、かつ毎月実施する。
- ② 実施に際し、十分に医事担当部署内にて情報を共有化し、内容の検討を行う。
- ③ 医師の参加を促し、し全員の参加のもとに実施する。
- ④ 報告内容はシンプルに、グラフ等を活用し、視覚に訴える。
- ⑤ 医師に問題を丸投げするのではなく、医事担当側のアンサーをもとに進める。
- ⑥ 欠席した医師には、後日速やかに個別で報告する。

経営データベース ①

ジャンル: 医療経営 > サブジャンル: 接遇向上



第一印象を良くするポイント

来院する患者や家族に対する第一印象を良くするポイントを教えてください。



他人に対する第一印象を良いものにするためには、次のようなポイントがあります。

① 感じのよい挨拶、元気な返事、さわやかな言動をする

挨拶という漢字は「襟を開いて迫る、押し広げて近づける」という意味を持っています。これは、いわば人間関係において、もっともベースになる行為とっていい姿勢です。心を相手に近づけなければ、相手との関係づくりは何も始まりません。

したがって、「挨拶一つ満足にできずに偉そうなことを言うものではない」といわれるのは、正しい考え方だといえます。

もう一つ大切なのは「礼」です。相手を敬い、大切に思う気持ちが礼には込められています。物事は礼に始まり礼に終わります。美しい礼を心がければ、心も正されてきます。これらに注意した上で、明るく、元気に、さわやかな言動を心掛けます。

アメリカの言語学者メラビアンによれば、「人は相手からのメッセージを、言語による部分は7%、残りの93%を準言語であるトーン、イントネーションや顔の表情などのボディランゲージから受け取る」という研究結果が示されています。

つまり、「明るさ、元気、さわやか」という良いイメージは、相手にメッセージを伝える際に与える印象の大部分を占めているのですから、それだけで人間の大きな魅力になるのです。

② まず、形からはいる

「姿形ではなく心」という考え方もありますが、実際には、その人の姿や行動が印象を大きく左右していることは否めません。「あの病院は良い雰囲気だ」と思うとき、人はその職員1人ひとりの言動を見て、そう感じているのです。

もちろん心が重要であることは、「内容は形式を規定する」ものです。この考え方は日本に古くからあったもので、剣道や柔道、茶道、華道も「道」と称されるものはすべて形を大事にし、形を整えることから自己修養を果たそうとしています。形から入ることで磨かれた内容は、さらに磨かれた形となって現れるのです。

美しい礼の本質的な目的は、「自分を磨くこと」です。例えば服装を整えることで、外面的な第一印象をよくすることはできますが、それはあくまでも一時的なものにすぎません。本当のセンスの良さやその人の魅力は、自分を磨き、内面を充実させるところから生まれてくるものです。

このような意識を持つことによって、人と接する際に相手に与える印象は、良いものになるはずですよ。

経営データベース ②

ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: 接遇向上



言葉遣いの改善

職員の電話を聞いていると、言葉遣いにだいぶ乱れがあるように感じます。どのように改善したらよいでしょうか。



言葉遣いの乱れは、正しい話し方や敬語を知らない場合と、知っていても院内では誰も使用していないから「これでいいんだ」と思っている場合と2つあると思われます。そのため、言葉の重要性を伝えることと（波及効果）、再度基本的な言葉を確認して、適切に用いることができるように意識付けすることが必要です。

外部から講師を招いて研修会を行うことも方法の一つですが、院内でも実施できます。基本用語を例示し、常時目に触れるようにして、意識を促します。そして、院長または先輩職員が気づいた都度、こまめに指摘をすることが大切です。

「心のもち方」がエチケットであり、マナーはそれをどう表現していくのかの「作法」です。これら双方が兼ね備わってこそ、適切な患者対応が実践できるのです。

●覚えておきたい電話の基本的な丁寧語

わたし	わたくし
誰	どちら様
わかりました	かしこまりました
すみませんが	恐れ入りますが
知りません	存じません
ないです	ございません
電話してください	お電話いただけますでしょうか
少し待ってください	少々お待ちください
早く来てもらえませんか	お早めにおいでください
あとで行きます	後ほどお伺いいたします
聞いておきます	承ります
今席にいません (会議中、外出中、 見当たらない)	ただ今席をはずしております (何時に戻る、折り返し電話をする、用件を承る)のどれかを必ず言う。相手は用事がありかけてきたのだから。 これによって印象は格段にアップする。
さっき来ました	先程お見えになりました
失礼します	お電話ありがとうございました。失礼致します (感謝の言葉は相手に良い印象を与えるばかりでなく、インパクトの強い余韻を残す言葉である)