

医療情報
ヘッドライン

地域における医療構想と包括ケアシステム 第7次医療計画にて制度見直しを議論

厚生労働省

規制改革に対し、在宅での看取り規制等 健康・医療分野では4分野10項目を答申

厚生労働省

経営
TOPICS

統計調査資料

最近の医療費の動向 / 概算医療費 (平成27年11月)

経営情報
レポート

将来の姿を職員と共有する
BSCを活用した事業計画作成法

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
電話対応の改善方法
適切な言葉遣いの意識付け

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

地域における医療構想と包括ケアシステム 第 7 次医療計画にて制度見直しを議論

2018 年度から始まる第 7 次医療計画のあり方について検討する、厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会」の第 1 回会合が 5 月 20 日に開催され、今年 12 月の「医療計画作成指針」の作成に向けての議論が始まった。

医療計画は、医療機能の分化・連携の推進を通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保に目的を置いている。

中心議題には、「医療計画制度の現状と課題」、「検討会の進め方」などをテーマに掲げ、初回は厚労省医政局による論点整理が行われ、「地域医療構想」と「地域包括ケアシステム」の 2 つのサブテーマでワーキンググループ（WG）を設置することが決まった。

医療計画の作成指針等について検討

この検討会は、現行の医療計画の課題等について整理を行うことにより、平成 30 年度からの次期医療計画をより実効性の高いものとするため、計画の作成指針等の見直しについて検討することを目的に開催するものである。

検討事項は、医療計画の作成指針等、医療計画における地域医療構想の位置付け、地域包括ケアシステムの構築を含む医療・介護の連携、その他医療計画の策定及び施策の実施に必要な事項、の各項目となっている。

医療計画は、医療法で都道府県が策定することが定められており、地域の実情に応じた疾病・事業ごとの医療体制や、地域医療構想、病床機能の情報提供の推進などを記載している。

検討会は現行の医療計画制度の課題などの

整理を行い、次期第 7 次医療計画（2018 年度～）を実効性の高いものにするための見直しを検討する。

第 6 次医療計画の課題をきっかけ論点を例示

今回、厚労省は現行の 2014 年の第 6 次医療計画策定時の課題として、2 次医療圏と基準病床数制度、5 疾病・5 事業と在宅医療、PDCA サイクルを推進するための指標、の 3 項目を挙げて、論点を例示している。

に関しては、前回 2014 年の制度見直しで、人口規模が 20 万人未満の 2 次医療圏は「流入患者割合が 20%未満」と「流出患者割合が 20%以上」の場合、医療圏の見直しを検討することとした。今回、厚労省は論点として「各都道府県の現状・対策や、今後の人口構成の変化も踏まえた医療圏の見直しの必要性をどう考えるか」を例示した。

では、前回見直しで新たに対象疾病に精神疾患を追加し、在宅医療の数値目標・施策などを記載することとした。今回、厚労省は「現在、全都道府県の医療計画で 5 疾病・5 事業と在宅医療の体制構築が記載されている」と説明し、これらを踏まえ、論点を次のように例示した。

- ・ 高度急性期から在宅医療を含めた慢性期の受け皿や、地域包括ケアシステムの構築に至る医療提供体制の構築において、5 事業（救急医療等）に関連しての取り組み
- ・ 少子高齢化による疾病構造の変化などを踏まえ、がん対策推進基本計画や、脳卒中・心筋梗塞などの循環器病対策、障害福祉計画での精神障害者への対策などで、各種疾病対策と医療計画の連携

規制改革に対し、在宅での看取り規制等 健康・医療分野では 4 分野 10 項目を答申

政府の規制改革会議は、5 月 19 日に「規制改革会議」を開き、「規制改革に関する第 4 次答申-終わりなき挑戦-」を公表、安倍晋三首相に答申した。本答申は、2015 年 6 月の第 3 次答申以降の規制改革会議での検討結果を取りまとめたものである。

答申は 80 項目で、健康・医療分野としては次の 4 分野 10 項目が挙げられている。

医療分野に関する具体的な規制改革項目

在宅での看取りの規制の見直し
薬局での薬剤師不在時の一般用医薬品の取り扱い見直し
診療報酬審査の効率化と統一性の確保
一般用医薬品・指定医薬部外品の広告基準等の見直し

受診24時間後の死亡診断書交付の見直し

では、死亡診断書の交付は受診後 24 時間経過すると医師の対面での死後診察が必要となり、看取りのため住み慣れた場所を離れ病院・介護施設に入院・入所したり、遺体の長時間保存・長距離搬送など、不都合を強いられているという指摘がある。

このため規制改革会議は、在宅での穏やかな看取りが困難な状況に対応するため、受診後 24 時間を経過していても、所定の 5 要件すべてを満たす場合、医師が対面での死後診察によらず死亡診断を行い、死亡診断書を交付できるよう、早急に規制を見直すと述べている。2016 年度に検討を開始し、2017 年度に措置を講じる。

薬剤師不在時でも医薬品販売を可能に

では、現在「薬剤師不在時には薬局全体を閉めなければならない」という規制があるため、薬剤師不在時は登録販売者が勤務していても OTC 薬（一般用医薬品）の第 2 類・第 3 類医薬品の販売ができない。薬剤師不在時に登録販売者のみで第 2 類・第 3 類薬を販売するためには、同一店舗内を薬局区画と店舗販売業区画とに分けて併設許可を取る必要があり、不便との声があった。

これに対しては、患者本位の医薬分業の推進を前提に薬局の調剤応需体制の確保とのバランスなどを考慮し、薬剤師不在時にも登録販売者が第 2 類・第 3 類医薬品を販売できるよう規制を見直すこととし、答申では 2016 年度に検討、2017 年度上期に措置を講じるとしている。

では、支払基金に関して電子化がほぼ完了し、ICT を活用した診療報酬審査の自動化やオンライン化が可能な状況にもかかわらず、紙レセプト時代と同様に全都道府県に支部を設置し、人手による非効率な業務運営が継続している点を課題に挙げたほか、支払基金の自助努力による効率化には限界があり、過去には自己改革の機会が与えられてきたにもかかわらず、抜本的な構造改善に至っていないと評価されていると指摘した。

そこで、現在の支払基金を前提とした組織・体制の見直しではなく、診療報酬の審査のあり方をゼロベースで見直すとした。こちらは 2016 年夏を目途に方針を整理し、2016 年内に結論を得るとしている。

最近の医療費の動向 / 概算医療費 (平成 27 年 11 月)

1 制度別概算医療費

医療費

(単位：兆円)

		総 計								公 費
		医療保険適用								
		75 歳未満	被用者 保険	本 人	家 族	国民健康 保険	(再掲) 未就学者	75 歳以上		
平成 23 年度	37.8	22.6	11.0	5.5	5.0	11.5	1.5	13.3	1.9	
平成 24 年度	38.4	22.8	11.1	5.6	5.0	11.6	1.5	13.7	2.0	
平成 25 年度	39.3	23.1	11.3	5.8	5.0	11.8	1.4	14.2	2.0	
平成 26 年度 4～3月	40.0	23.4	11.6	6.0	5.1	11.8	1.4	14.5	2.0	
4～9月	19.7	11.5	5.7	2.9	2.5	5.9	0.7	7.2	1.0	
10～3月	20.2	11.9	6.0	3.1	2.6	5.9	0.8	7.3	1.0	
平成 27 年度 4～11 月	27.2	15.8	7.9	4.1	3.4	7.9	0.9	10.0	1.4	
4～9月	20.3	11.8	5.9	3.1	2.5	5.9	0.7	7.4	1.0	
10～11 月	6.9	4.1	2.0	1.1	0.9	2.0	0.3	2.5	0.4	
10月	3.6	2.1	1.0	0.5	0.4	1.0	0.1	1.3	0.2	
11 月	3.4	2.0	1.0	0.5	0.4	1.0	0.1	1.2	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」「75 歳未満」の「被用者保険」は、70 歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く 70 歳未満の者に係るデータである。
- 注 3. 「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、生活保護などの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

(単位：兆円)

総計		診療費	医科入院	医科入院外	歯科	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
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
平成 24 年度	38.4	30.8	14.8	13.4	2.7	6.6	0.8	0.10	15.6	20.0	2.7
平成 25 年度	39.3	31.3	15.0	13.6	2.7	7.0	0.8	0.12	15.8	20.6	2.7
平成 26 年度 4～3月	40.0	31.8	15.2	13.8	2.8	7.2	0.8	0.14	16.0	21.0	2.8
4～9月	19.7	15.8	7.5	6.8	1.4	3.5	0.4	0.07	7.9	10.3	1.4
10～3月	20.2	16.0	7.7	6.9	1.4	3.7	0.4	0.07	8.1	10.7	1.4
平成 27 年度 4～11月	27.2	21.5	10.3	9.3	1.9	5.1	0.5	0.11	10.8	14.4	1.9
4～9月	20.3	16.0	7.7	7.0	1.4	3.7	0.4	0.08	8.1	10.7	1.4
10～11月	6.9	5.5	2.6	2.4	0.5	1.3	0.1	0.03	2.7	3.7	0.5
10月	3.6	2.8	1.3	1.2	0.2	0.7	0.1	0.01	1.4	1.9	0.2
11月	3.4	2.7	1.3	1.2	0.2	0.6	0.1	0.01	1.3	1.8	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ない。入院時食事療養等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

医療費総額の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

総計		医科計							医科 診療 所	歯科計			保険 薬局	訪問 看護 ステー ション
		医科病院						歯科 病院		歯科 診療所				
	大学 病院		公的 病院	法人 病院	個人 病院									
平成 23 年度	3.1	2.1	2.4	4.3	2.1	2.3	▲ 6.0	1.6	2.6	3.5	2.5	7.9	9.5	
平成 24 年度	1.7	1.8	2.4	4.1	2.6	2.0	▲ 5.9	0.3	1.4	5.3	1.2	1.3	19.0	
平成 25 年度	2.2	1.4	1.7	3.5	0.7	2.2	▲ 6.4	0.7	0.8	3.0	0.7	5.9	14.3	
平成 26 年度 4～3月	1.8	1.5	1.8	2.2	1.5	2.1	▲ 6.0	0.8	2.9	4.0	2.8	2.3	16.9	
4～9月	1.4	1.1	1.3	1.9	0.8	1.7	▲ 6.2	0.5	2.5	3.5	2.4	1.8	16.4	
10～3月	2.2	1.9	2.3	2.4	2.1	2.6	▲ 5.8	1.0	3.3	4.4	3.2	2.7	17.4	
平成 27 年度 4～11月	3.1	2.0	2.3	2.9	2.5	2.1	▲ 7.2	1.4	1.2	1.1	1.2	8.2	16.2	
4～9月	2.7	1.7	2.0	2.5	2.0	2.0	▲ 7.2	1.0	0.8	0.8	0.7	7.2	16.2	
	10～11月	4.4	3.0	3.1	4.3	3.9	2.4	▲ 7.2	2.6	2.4	2.0	2.4	10.9	16.2
	10月	3.6	2.2	1.8	2.7	2.0	1.7	▲ 7.4	3.0	2.6	▲ 0.2	2.8	9.7	13.3
	11月	5.2	3.8	4.4	6.0	6.0	3.1	▲ 7.1	2.2	2.2	4.5	2.1	12.1	19.3

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(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の医療費

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 23 年度	1.6	1.5	1.9	▲ 0.1	3.5	2.5	▲ 0.3	1.5	▲ 0.6	2.5
平成 24 年度	0.3	▲ 0.1	▲ 4.5	▲ 3.0	1.8	0.1	1.0	3.8	2.2	0.8
平成 25 年度	0.7	1.0	▲ 1.3	▲ 2.2	1.8	0.8	▲ 0.7	2.5	▲ 2.3	1.2
平成 26 年度 4～3月	0.8	▲ 0.6	1.1	▲ 1.5	2.9	1.8	0.4	3.9	4.6	1.5
4～9月	0.5	▲ 1.0	0.3	▲ 1.7	3.2	1.0	▲ 0.2	4.0	4.1	1.4
10～3月	1.0	▲ 0.2	1.7	▲ 1.4	2.6	2.6	1.0	3.8	5.0	1.6
平成 27 年度 4～11月	1.4	1.4	2.5	▲ 1.7	0.7	1.9	0.4	3.4	1.5	1.8
4～9月	1.0	1.2	2.2	▲ 2.2	▲ 0.0	1.3	▲ 0.2	2.9	0.5	1.5
10～11月	2.6	2.2	3.5	0.0	2.8	4.1	2.2	4.9	4.2	2.6
10月	3.0	2.2	6.5	0.3	2.3	6.9	2.8	5.1	7.8	2.5
11月	2.2	2.1	0.4	▲ 0.3	3.3	0.9	1.4	4.6	0.6	2.8

(3) 経営主体別医科病院の入院医療費

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	大学病院	公的病院	法人病院	個人病院	医科 診療所
平成 23 年度	3.2	2.2	3.9	2.7	2.5	▲ 2.2
平成 24 年度	3.1	5.0	3.5	2.3	2.8	▲ 1.0
平成 25 年度	1.6	1.0	1.1	1.8	2.2	▲ 4.0
平成 26 年度 4～3月	2.0	1.3	1.4	2.3	2.8	▲ 0.9
4～9月	1.5	0.2	0.8	1.8	2.4	▲ 1.8
10～3月	2.6	2.4	1.9	2.7	3.2	0.0
平成 27 年度 4～11月	2.3	2.1	2.4	2.1	0.6	▲ 3.2
4～9月	2.2	2.0	2.2	2.1	0.8	▲ 2.8
10～11月	2.3	2.3	3.0	1.8	0.1	▲ 4.3
10月	1.5	1.8	1.7	1.3	▲ 0.3	▲ 5.4
11月	3.1	2.8	4.3	2.3	0.4	▲ 3.1

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/概算医療費(平成 27 年 11 月)」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。

将来の姿を職員と共有する BSCを活用した事業計画作成法

ポイント

1 経営計画の考え方と策定方法

.....

2 BSCを活用した事業計画の作成ポイント

.....

3 事業計画作成事例

.....



本レポート作成にあたり

平成 25 年 1 月 18 日、株式会社ビズアップ総研において収録された「経営計画と事業計画」（講師：（株）ヘルスケア総合コンサルティング 代表取締役 横田 隆夫 氏）の講演内容よりテキストを参考に抄録として加筆、再構成したものです。使用した資料および図等は、同テキストより抜粋、もしくは改編しております。

※無断転載複製禁止

1 経営計画の考え方と策定方法

■ 経営計画の位置づけと考え方

(1) 経営計画と事業計画の位置づけ

一般的には、「経営計画」と「事業計画」は区別せずに使われる場合も多くなっていますが、ここでは概念の相違により区別して用います。

また、事業計画については、「部門・部署レベルの戦術的計画として、実施に重点を置いた行動計画」として位置づけることとします。

経営計画	<u>長期的、戦略的、全組織的な視点を持つ、組織のあるべき姿を描き出すために策定される計画</u>
事業計画	<u>短期的、戦術的、部門・部署的な視点を持つ、経営計画の目標を達成するために作成される具体的な実行計画</u>

経営計画は、経営活動の出発点、方向、到達点を示すものであり、事業遂行にとって不可欠であり、さらには経営活動の拠り所となると共に、職員の活動の指針となるものです。

また、経営計画は、PDCAサイクルのPlan（計画）の部分であり、計画実施を通じた見直し（Do, Check, Act を機能させること）により、当初の計画を実現していくねらいがあります。

■ 経営計画の策定のポイント

(1) 経営計画の必要性と策定の方法

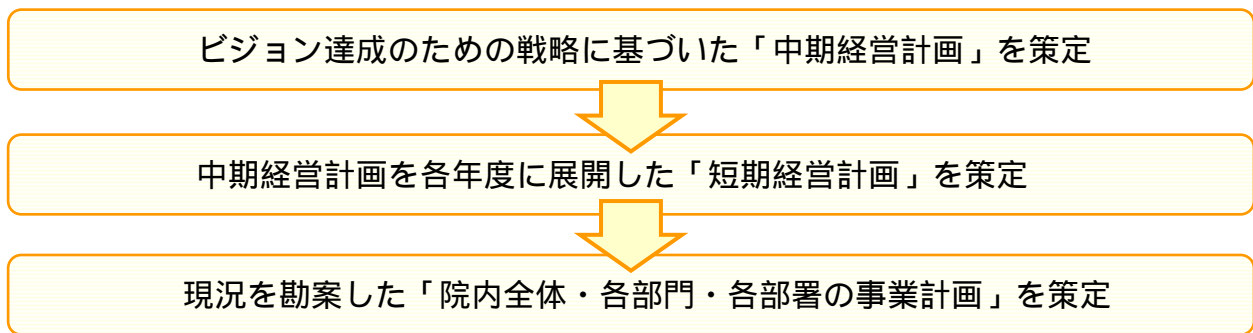
従来の医業経営における大きな問題点の一つとして、「経営計画を策定せず、場当たりに経営を行ってきた」ことが挙げられます。

しかし、現在では医業経営をめぐる環境は年々変化しており、医療機関にあっても、将来の姿をすべての職員と共有するための経営計画の策定が求められています。

そして、経営計画には、経営者の意思を組織の内外に伝えるという役割と効果が期待されており、計画の中にはそれが明確に示されている必要があります。

経営計画の策定方法はいくつかありますが、医療機関に合致した手順として、次のような策定手順・方法を紹介します。

経営計画の策定手順と方法



(2) 中期経営計画の策定 ～ビジョンの明確化

中期経営計画の策定に当たっては、まず「ビジョン」を明確にすることが必要です。

ビジョン：自らに課したミッションに対して向かうべき方向を示すもの
～ 基本理念、基本方針・目標 等

また、ビジョンの明確化には、SWOT分析を活用する方法などにより、「外部環境（患者・地域・法律・制度）」「内部環境（自院が保有する人材・機能等）」を分析し、決定することが求められます。ビジョンが明確化されないと、組織全体のベクトルを合わせることが困難で、例えば秀逸な事業計画を作成したとしても、成果につなげられません。

さらに医業経営においては、ビジョンの明確化とともに、患者満足度と収益性のバランスがとれた経営計画の策定と、それに沿った事業計画の作成および実施が必要となるのです。

(3) 短期経営計画の策定 ～構成と院内周知

短期経営計画は、中期経営計画を達成期間内の各年度に展開したものであり、1年間を単位とする単年度の経営計画として作成されることが多くなっています。

そして、この単年度経営計画の目標達成が中期経営計画の目標達成につながるのです。

短期経営計画の構成

目標と方針は、1年間の経営活動を方向付けるものであることから、その作成は経営管理層にとって重要な職責です。組織の目標・方針は部門の目標・方針として、さらにこれが部門における各部署の目標・方針として分担されて、最終的には職員個々の個人目標として、その達成責任を担わせることになります。

ここで部門責任者は、組織目標・方針の理解を前提に、自部門に関連するものを取り上げて、具体化と細分化を通じ、自部門の目標と方針を定めます。

2 BSCを活用した事業計画の作成ポイント

■ バランス・スコアカード(BSC)の活用

(1) 医療機関におけるBSCの浸透

バランス・スコアカード(以下、BSC)は、当初業績評価システムとして開発されましたが、実践と研究の過程を経て、1996年頃からは「戦略的経営システム」に進化しました。

日本の医療機関には2003年、「日本医療バランス・スコアカード研究学会」が設立されたのを契機として、導入が進んでいます。

近年では多くの組織で研究され、経営計画策定・管理の方法として採用する医療機関が増えてきています。

BSCの定義と考え方

BSCの定義

組織の持つ複数の重要な要素が、組織のビジョンや戦略にどのように影響し、業績に表れるのかをデータとして可視化する手法

「財務」「顧客」
「業務プロセス」「学習と成長」

BSCの考え方

従来の財務分析主体の業績評価に加えて、異なる4つの視点からの評価を行うことにより、組織の持つ有形資産・無形資産・未来への投資力等を総合的に評価する

(2) BSCの機能とは

BSCは総合的経営管理手法であり、そのなかには、「経営戦略の実行を計画するプランニング機能」や「戦略実行に伴う修正・変更を行うコントロール機能」等のいくつかの機能があります。

具体的には、経営戦略の作成・管理について、4つの視点(顧客の視点・財務の視点・業務プロセスの視点・学習と成長の視点)のバランスをとりながら実施する手法です。

従来の一般的な財務的視点からの経営管理が限界に達し、最近では非財務的視点にも着目した経営管理が求められていますが、BSCを用いると、非財務的視点の経営管理が容易に表現できるため、管理手法としての評価が高くなっています。

さらにBSCでは、経営戦略の具体的成果の数値化(可視化)が可能となるので、納得性のある報酬制度が構築できる、等の効果も期待できます。

3 事業計画作成事例

■ 事例 ～ A病院における事業計画作成への取り組み

医療機関における事業計画作成に向けた活動事例として、A病院の事業計画作成のプロセスと概要を紹介します。

(1) A病院事業計画の作成手順と内容

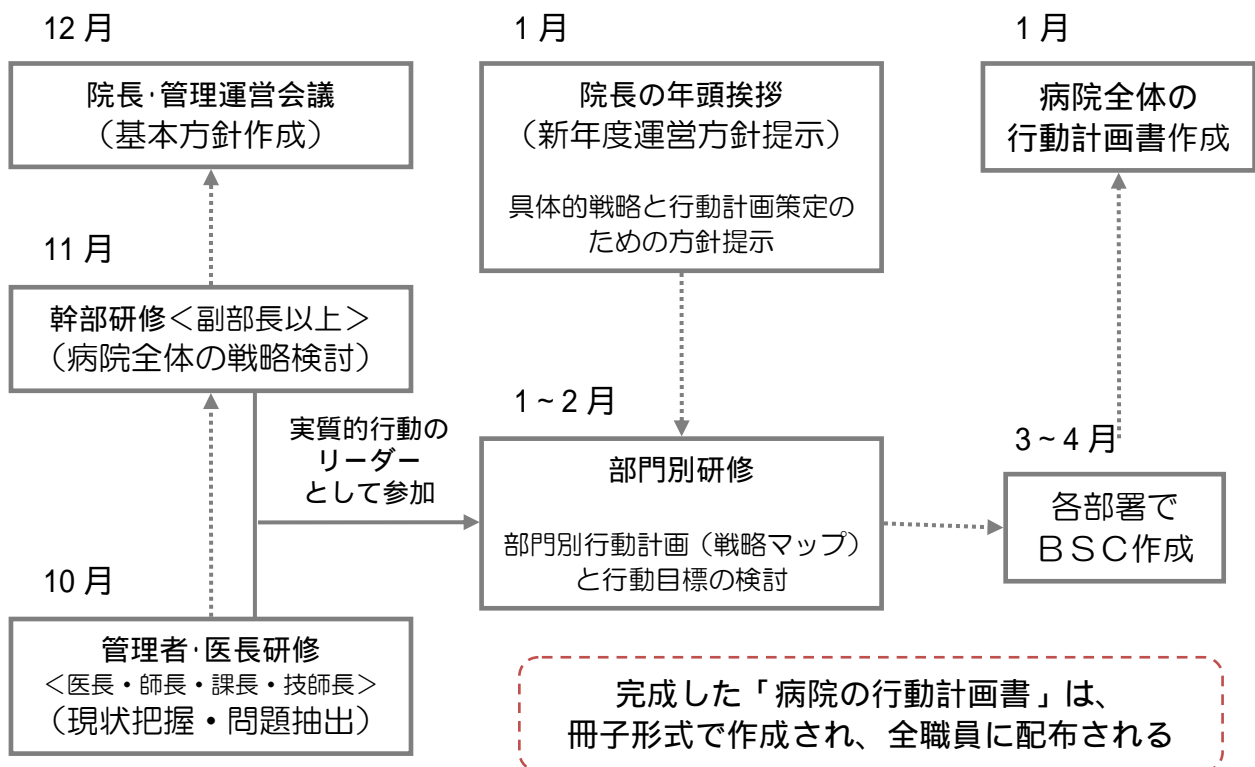
事業計画策定にあたってA病院では、毎年10月に計画内容の方向性や院内外からの課題を見つけ出すために、各部門管理者、師長、科課長、技師長が出席する「管理者・医長研修」を開催し、経営実績の現状把握と問題・課題の抽出を行います。

そして翌11月には副部長以上が出席する「幹部研修」を開催し、「管理者・医長研修」の検討内容を踏まえた病院全体の戦略を検討します。

さらに12月に、院長と「管理運営会議」のメンバーとで上記2つの研修で検討されたものの中から重要なエッセンスを抽出し、新年度の基本方針を作成します。

A病院では、毎年1月の仕事始めの日に、院長より新年度基本方針をキーワードとして発表し、これが事業計画の原点となっています。

A病院における事業計画作成手順



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



電話対応の改善方法

現在、内科のクリニックを開業していますが、先日、患者より電話対応が悪いと指摘されました。具体的な改善方法を教えてください。



クリニックのイメージを向上させる電話対応には、次のような点に留意が必要です。マニュアルの作成やスタッフへの研修等を通じて、徹底されるとよいでしょう。

電話を受ける時

コールがなったら直ぐに出る	<p>3回までに出るのが基本です。4回以上は「お待たせいたしました」のお詫びから始めるのが一般的です。</p> <p>電話を待つ人間がイライラしてくるのは 11 秒を過ぎたあたりから、という調査結果があります。コール数にすると4回目あたりからです。「お待たせいたしました」の一言が、電話を掛けてこられた方の気分を和らげてくれます。</p>
抑揚のある声で名を名乗る	<p>「はい、〇〇クリニックでございます」と名乗る際には、声に抑揚をつけた方が相手に与える印象がよくなります。受話器を通すと実際の声より無機質に聞こえてしまうため、改善するには声に抑揚をつけることです。当然ながら、明るく滑舌よく電話に出るのは言うまでもありません。最近では「はい、〇〇（医療機関名）、△△（個人名）でございます」と個人名まで名乗る医療機関が多くなっています。</p>
挨拶はすべての基本	<p>相手が名乗ったら「おはようございます」や「こんにちは」と必ずあいさつします。それから、通院中の患者であれば、「その後いかがですか」や「今日はどうされましたか」と続けます。挨拶にはじまり、その後に一言付け加えることがポイントです。</p>
名指し人が電話に出られないときは親身に対応する	<p>相手は用件があるから電話を掛けてきているので、「院長はただ今、診療中です」で電話対応を終えてしまっては不親切です。最低でも何時に対応できるようになるのかは伝える必要があります。</p> <p>また、積極的に要件を伺い、場合によってはこちらから掛け直すことを申し出ましょう。親切的印象を持つ人が多いはずです。</p>
挨拶で最後を締める	<p>内容によっては、「（お電話）ありがとうございました」や「どうぞお大事に」等の一言を最後に付け加えると印象はグッとアップします。</p> <p>また、電話では掛け手から先に切るというマナーがあります。相手が切ったことを確かめてから、受話器を置くようにしましょう。先に通話を切ってしまうと、マイナスの印象を与えてしまいます。</p>

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



適切な言葉遣いの意識付け

職員の会話を聞いていると、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。



言葉遣いの乱れの原因は、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問題がない、と思っている場合の2つに分類されます。そのため、職員の言葉遣いを改善するためには、①言葉の重要性を伝えること（波及効果）、そして②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、という2つの取り組みが必要です。

外部から講師を招く研修会も方法の一つですが、院内でも実施することができます。

例えば、基本用語を例示し、常時目に触れるようにして、正しい言葉遣いへの意識を促します。そして、院長または先輩職員が気づいた際には、こまめに指摘をすることが重要です。

「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という「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
早く来てくれませんか	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
聞いております	承っております
今いません（会議中、外出中）	ただいま席を外しております （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。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。失礼いたします （感謝の言葉は相手に良い印象を与えるばかりではなく、インパクトの強い余韻を残すものである）