

週刊WEB

医業経営

MAGA
ZINE

Vol.716 2022.3.29

医療情報ヘッズライン

**看護職員の待遇改善、まずは調査を
介護報酬加算の仕組みを参考に**

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

**2020年の医師数は過去最多を更新
医師偏在の傾向は変わらず**

▶厚生労働省

週刊 医療情報

2022年3月25日号

**外来機能報告等のGL案を
大筋合意**

経営TOPICS

統計調査資料

**医療施設動態調査
(令和3年10月末概数)**

経営情報レポート

**職員の健康確保と就業環境改善を図る
勤務間インターバル制度の概要と運用方法**

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

**上手な話し方・聞き方のポイント
電話対応の改善方法**

発行:税理士法人KJグループ

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

看護職員の処遇改善、まずは調査を 介護報酬加算の仕組みを参考に

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

厚生労働省は、3月23日の中央社会保険医療協議会総会で、10月以降3%の収入引き上げが決定している看護職員の処遇改善を俎上に載せた。

診療報酬上でどのような対応をするか決めなければならないため、厚労省は「入院・外来医療等の調査・評価分科会」で必要な調査・分析を行う方針を示し、了承された。

すでに、介護職員の処遇改善加算の仕組みを参考にすることは決まっているものの、そのまま診療報酬に当てはめられるものでもないため、難航が予想される。

■岸田首相の分配政策の一環として実施される

看護職員の処遇改善は、岸田文雄首相の肝いりである分配政策のひとつだ。

岸田首相以前の菅義偉内閣、そして7年半続いた安倍晋三政権は積極的な金融緩和や財政出動に主軸を置く“アベノミクス”を進めてきたが、岸田首相はそれによって格差拡大をもたらす「K字経済」に陥ったと分析。是正するため「成長と分配の好循環」を実現したいとし、「岸田4本柱」と銘打った分配政策を打ち出していた。

そのうちの1つが、「公的価格の抜本的見直し」。「賃金が公的に決まるにもかかわらず、仕事内容に比して報酬が十分でない皆様の収入を思い切って増やす」として、看護師と介護士、幼稚園教諭、保育士を対象とした賃上げを決定。2021年11月に閣議決定した「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」では今年2月から9月まで1%程度（月額4,000円）を引き上げることになった。

その後、2021年12月の令和4年度大臣折衝（財務相と厚生労働相）で今年10月以降の収入を3%程度（月額平均12,000円相当）引き上げる「処遇改善の仕組みを創設する」ことで合意。前述のとおり、介護の処遇改善加算の仕組みを参考に制度設計されることも決まっている。

ただし、診療報酬と賃金は当然ながらイコールではない。それどころか、患者数や対応内容によって医療機関の収入は細かく変動するため、安定的に供するべき賃金制度にどう当てはめれば適切に運用できるのか不明だ。

10月からの運用と決して時間の猶予があるとはいえない状況で、厚労省がとくに方向を示すことなく「入院・外来医療等の調査・評価分科会」での調査・分析を提案したのは、こうした背景があるからである。

■救急搬送件数の要件もある

なお、今回の処遇改善は「地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関」に勤務する看護職員が対象。しかし、コロナ病床があれば対象医療機関かといえばそうではなく、その中でも「救急医療管理加算を算定する救急搬送件数が年間200台以上、および三次救急を担う医療機関」に限定されているのが見逃せない。

この点に関して、診療側委員がすでに「処遇改善の対象と対象外の病院で格差が生じかねない」ことに懸念を示している。この先、コロナ対応をしていない看護職員にも処遇改善への道筋をつけられるかどうか、ひとまずは分科会の分析結果を注視したいところだ。

2020年の医師数は過去最多を更新 医師偏在の傾向は変わらず

厚生労働省

厚生労働省は、3月17日に2020年の「医師・歯科医師・薬剤師統計」の結果を公表。いずれも、男女ともに前回の2018年統計より数を伸ばした。全体の医師数は前回比3.8ポイント増の339,623人と過去最多を更新。医学部の定員を段階的に増やしてきたことが背景にありそうだ。

■10万人当たり医師数の最多は徳島

医学部の定員を増やしたのは、医師の地域偏在を解消するためだった。2008年度から増員した効果は、「医師数の総数」においては十分に表れており、厚労省は2020年8月の医師需給分科会で「2029年から2032年にかけて医師需給ギャップが均衡する」との推計を発表している。

それを受け、同年11月の同分科会で医学部の総定員を減らしていく方針を提示。しかし、特定の地域や診療科での勤務を条件とした「地域枠」は逆に新たな設置や増員を進めるとしていた。その理由は、医師数の地域格差が大きいからである。2019年12月の同分科会では、医師数がもっとも多い東京都ともっと少ない岩手県では、1.9倍の格差があることが明らかとなった。

格差の大きさは今回の統計でも解消されておらず、もっとも多い徳島県の「医療施設に従事する人口10万人当たりの医師数」は338.4人であるのに対し、もっと少ないのは埼玉県で177.8人。ベスト・ワーストの自治体は入れ替わったものの、格差は同じく1.9倍であり、医師偏在の課題は一向に解消されていないことがわかる。

ちなみに徳島県に次いで多い京都府は332.6人、次いで高知県が322.0人。逆に新潟県に次いで少いのは茨城県の193.8人、新潟県の204.3人となっている。

■不人気な「地域枠」にテコ入れしているが…

なぜ地域格差は解消されないのか。その理由は「地域枠」の不人気ぶりにあることは明らかだ。2019年の定員充足率は81.6%と低調で、入学後の離脱者も5%程度ある。

要因は、都道府県が奨学金を貸与する代わりに、卒業後の勤務地を制限する仕組みにあるとされ、医師の質確保の観点からも好ましくないのは明らかだ。

しかし、コロナ禍で顕在化した医療体制維持の難しさを踏まえると、自治体にとって「地域枠」は頼みの綱であることは間違いない。そのため、残念ながら「不適切な運用」が相次いでおり、2018年には神戸大学医学部の兵庫県出身者を対照する「地域枠」で、同県の過疎地域出身者に加点していたことも発覚している。

こうした自体を防ぐため、2020年度入学者からは、「一般枠と別の試験を実施する別枠方式による選抜」および、「医師不足地域の医師確保と医師の能力開発・向上に資するCAREER形成プログラムの運用」を実施している。さらに、臨床研修制度や専門医制度でも地域・診療科偏在対策を講じている。

医学部は6年制のため、こうした施策の実効性を検証できるのは早くも2026年度からになるが、果たして目論見通りに進むのか、推移を見守りたい。

医療情報①
厚生労働省
WG

外来機能報告等のGL案を大筋合意

厚生労働省は3月16日に開かれた「外来機能報告等に関するワーキンググループ(WG)」(座長=尾形裕也・九州大学名誉教授)の会合に、外来機能報告等の施行に向けた「外来機能報告等に関するガイドライン(GL)」の案を示した。WGは、意見や文言修正は座長一任として大筋で了承した。同GLは、地域における「紹介受診重点医療機関」を明確化していくプロセス(協議の場における議論)が円滑に進められるよう、以下の4項目について整理したもの。

▼外来機能報告 ▼地域の協議の場 ▼スケジュールおよび具体的な流れ ▼国民への理解の浸透

「外来機能報告等に関する報告書」とともに、都道府県の協議の場の運用等に資するものとして策定された。2022年度の外来機能報告については、23年3月までに各都道府県が紹介受診重点医療機関を公表することになっており、今月末に改正医療法関係の省令・告示の公布を行い、都道府県に対しては関係通知を発出する。ガイドラインは当該通知の別添の取り扱いとなる。紹介受診重点医療機関の要件については、以下と定めた。

▼初診の外来件数のうち「重点外来」の件数の占める割合が初診40%以上かつ再診の占める割合が25%以上
▼紹介率50%以上かつ逆紹介率40%以上

紹介受診重点医療機関は、それぞれの医療機関が地域でどのような医療(外来)機能を果たすかを自ら判断し、原則手上げ方式で地域の協議の場で議論されることになる。その際、「医療機関が紹介受診重点医療機関の要件を満たしながら手上げしないケース」と、「紹介受診重点医療機関に手を上げた医療機関が要件を満たさないケース」の存在だ。

この日示されたGL案では、「地域の協議の場(1回目)で医療機関の意向と異なる結論となつた場合は、当該医療機関において、地域の協議の場での議論を踏まえて再度検討を行い、当該医療機関の再度検討した意向を踏まえ、地域の協議の場(2回目)での協議を再度実施する」と、丁寧な議論を求めた。

特に「医療資源を重点的に活用する外来に関する基準を満たす医療機関であって、紹介受診重点医療機関となる意向を有しない医療機関については、当該医療機関の意向が第一」と明記した。さらに、都道府県に対し2022年度中に紹介受診重点医療機関の公表を求めており、今後、同GLや「報告マニュアル」等を参考にしながら地域の協議の場で議論されることになる。

●国の積極的関与を求める意見も

意見交換で今村聰構成員（日本医師会副会長）は、都道府県が設定する協議の場のあり方について、「たとえば人口 200 万人を超えるような 2 次医療圏で議論をすることは困難」と指摘し、「都道府県が協議の場を設定する際は、圏域の広さについても考慮してもらいたい」と要望した。厚労省は、「多くの自治体で地域医療構想調整会議が利用されるものと想定しているが、より実効性の高い議論をするために圏域を変えて議論することも必要と考える。今後、都道府県とも協議したい」と応じた。（以降、続く）

医療情報②
厚生労働省
報告

NDB 関連業務を支払基金に 業務委託、経緯説明

厚生労働省は 3 月 16 日、「匿名医療情報等の提供に関する専門委員会」（座長＝山本隆一・医療情報システム開発センター理事長）の会合を開いた。厚労省は、社会保険診療報酬支払基金（神田裕二理事長）に一部定型的な業務を委託した経緯について説明し、併せて 22 年度の「匿名レセプト情報等の提供に関する申出書」「匿名診療等関連情報の提供に関する申出書」の審査スケジュールを報告した。昨年 10 月に「健康保険法等の一部改正法」が施行され、NDB の第三者提供が法定化されたことにより、今後国は、データヘルスを推進する観点から、事務処理をより迅速かつ円滑に行うことができる運用体制の構築が求められることになった。

一方、診療報酬の審査や組織・体制のあり方の見直し等を求められている支払基金は、本部ガバナンスの強化や職員によるレセプト事務点検業務体制（実施場所）の集約化を進めるとともに、支払基金の業務にデータヘルス関係業務が追加されることを受けて、データヘルス関連業務を推進するための体制整備を図っていると説明した。厚労省は支払基金に、以下の定型的な業務を委託し、厚労省は支払基金の NDB 関連業務の監督を行うとともに、従来通り、NDB データの提供についての個別審査や実地監査等を行うこととしたと説明した。

▼NDB オープンデータ・オープンデータサイトの作成

▼NDB の第三者提供支援業務

▼NDB の保守運用

これに対し長島公之委員（日本医師会常任理事）は、「支払基金に対して業務委託することについては異論がない」としたうえで、「委託業務内容は長年、支払基金が実施してきた本来業務とは異なるため、実施体制を含めて、とくに初動については国の管理をしっかりとやってもらいたい」と注文をつけた。「匿名レセプト情報等の提供に関する申出書」「匿名診療等関連情報の提供に関する申出書」の審査については、22 年の 6 月・9 月・12 月、23 年の 3 月の年 4 回の審査とするスケジュール案を了承した。

週刊医療情報（2022年3月25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。

経営 TOPICS
統計調査資料
抜粋

医療施設動態調査

(令和3年10月末概数)

厚生労働省 2021年12月24日公表

病院の施設数は前月に比べ 6施設の減少、病床数は 1,381床の減少。

一般診療所の施設数は 77施設の増加、病床数は 145床の減少。

歯科診療所の施設数は 13施設の減少、病床数は 増減無し。

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3年10月	令和3年9月			令和3年10月	令和3年9月	
総数	180 765	180 707	58	総数	1 585 309	1 586 835	△ 1 526
病院	8 199	8 205	△ 6	病院	1 501 254	1 502 635	△ 1 381
精神科病院	1 052	1 051	1	精神病床	323 454	323 667	△ 213
一般病院	7 147	7 154	△ 7	感染症病床	1 886	1 882	4
療養病床を有する病院(再掲)	3 518	3 528	△ 10	結核病床	3 960	3 991	△ 31
地域医療支援病院(再掲)	633	632	1	療養病床	285 380	286 815	△ 1 435
				一般病床	886 574	886 280	294
一般診療所	104 538	104 461	77	一般診療所	83 997	84 142	△ 145
有床	6 205	6 215	△ 10				
療養病床を有する一般診療所(再掲)	641	643	△ 2	療養病床(再掲)	6 332	6 337	△ 5
無床	98 333	98 246	87				
歯科診療所	68 028	68 041	△ 13	歯科診療所	58	58	-

2 開設者別にみた施設数及び病床数

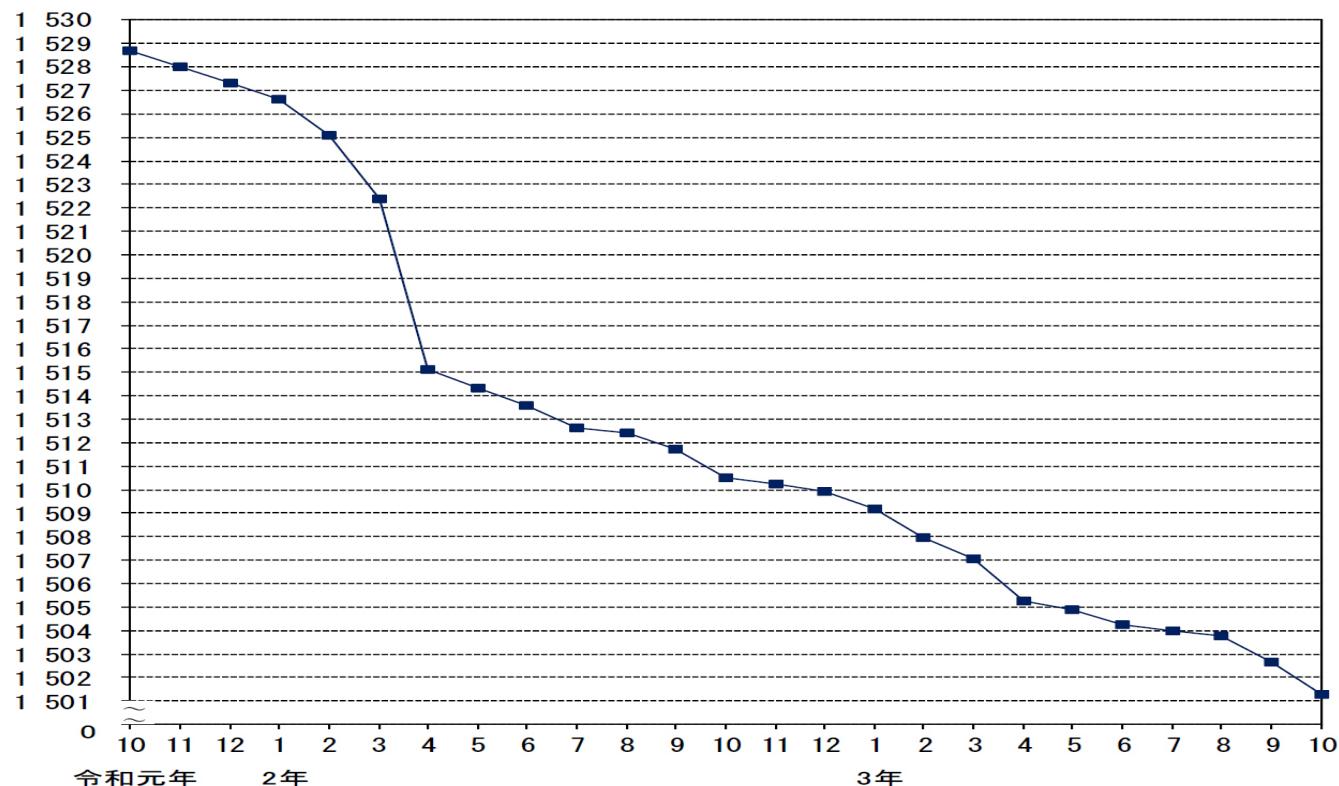
令和3年10月末現在

	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	8 199	1 501 254	104 538	83 997	68 028
国 厚生労働省	14	4 239	21	-	-
独立行政法人国立病院機構	140	52 676	-	-	-
国立大学法人	46	32 621	148	-	-
独立行政法人労働者健康安全機構	32	12 142	1	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 078	-	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	15 262	4	-	-
その他	23	3 542	367	2 167	3
都道府県	194	50 809	313	186	7
市町村	604	122 000	3 384	2 036	253
地方独立行政法人	114	44 484	37	17	-
日赤	91	34 639	204	19	-
済生会	83	22 564	53	10	1
北海道社会事業協会	7	1 622	-	-	-
厚生連	100	31 667	64	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	7	1 566	286	-	2
共済組合及びその連合会	39	12 957	140	-	4
国民健康保険組合	1	320	14	-	-
公益法人	202	50 072	501	192	97
医療法人	5 676	838 197	45 184	64 937	15 712
私立学校法人	113	55 925	208	38	20
社会福祉法人	199	33 723	10 277	325	39
医療生協	82	13 655	296	224	48
会社	28	7 904	1 672	10	13
その他の法人	202	42 254	958	358	130
個人	137	12 336	40 406	13 434	51 699

参 考

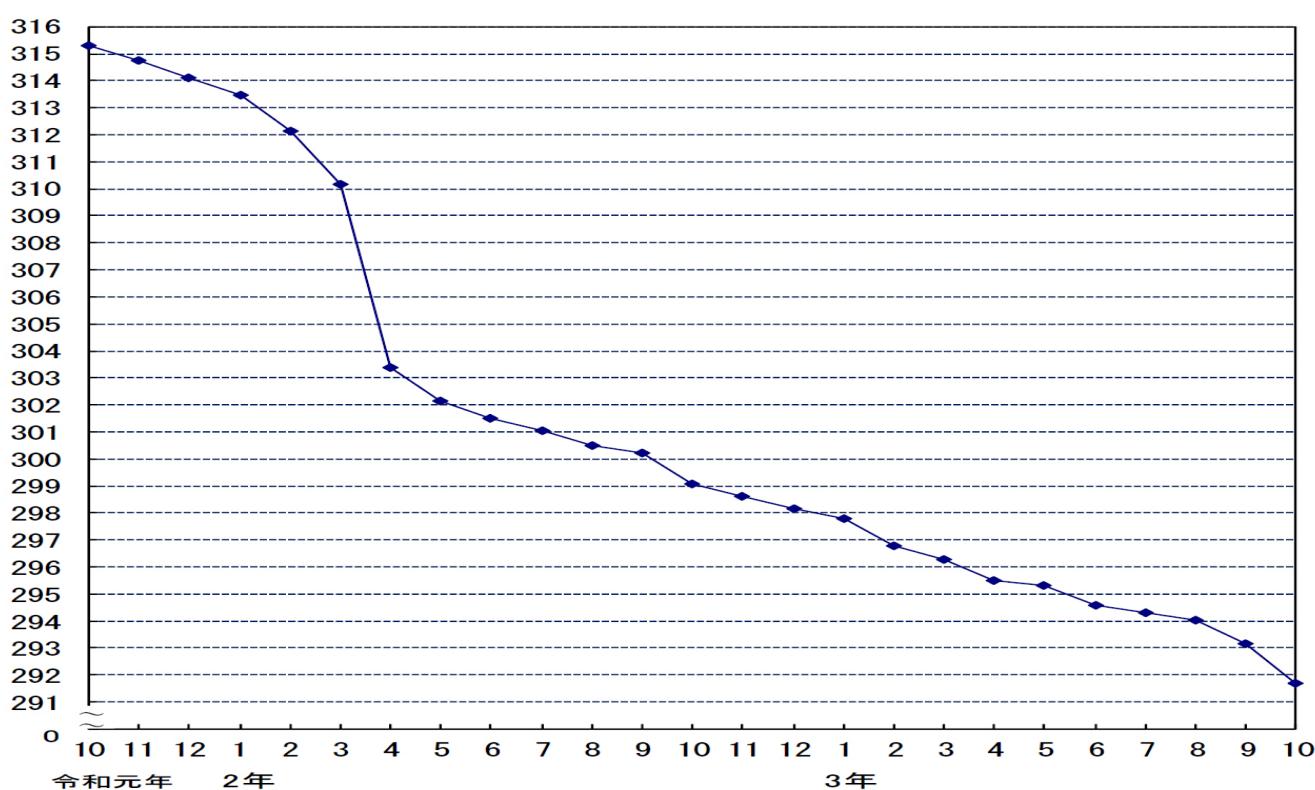
病床（千床）

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3年10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。



職員の健康確保と就業環境改善を図る 勤務間インターバル制度の 概要と運用方法

1. 勤務間インターバル制度の概要
2. 導入・運用に向けた取組の全体像と制度設計
3. 勤務間インターバル制度導入と運用方法



■参考文献

【厚生労働省】時間外労働の上限規制 わかりやすい解説 働き方改革～一億総活躍社会の実現に向けて～
勤務間インターバル制度導入・運用マニュアル 時間外労働等改善助成金（勤務間インターバル導入コース）

勤務間インターバル制度の概要

■ 勤務間インターバル制度の導入効果

勤務間インターバル制度の導入により、職員がインターバル時間を確保できるようになれば次のような効果が期待できます。

◆ 勤務間インターバル制度導入効果

- 職員の健康の維持・向上とサービスの質向上
- 職員の確保と定着

(1) 職員の健康の維持・向上とサービスの質向上

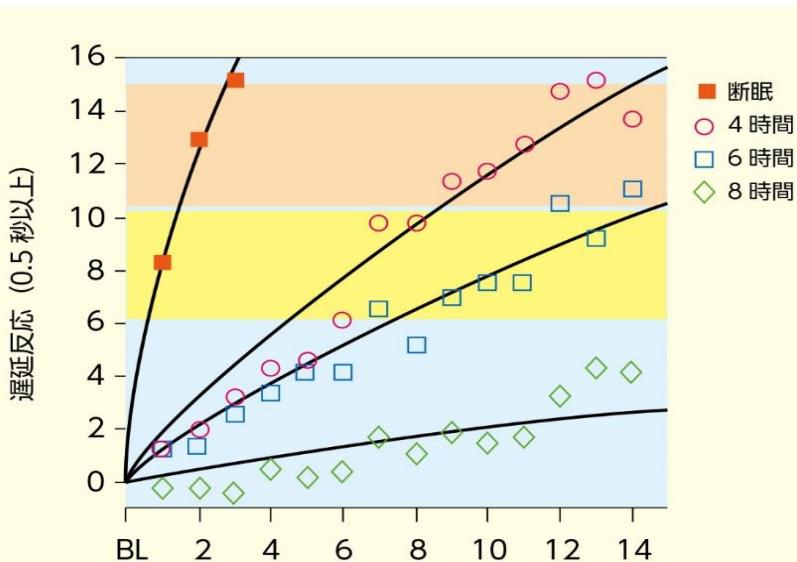
睡眠時間の重要性を明らかにした米国の研究があります。この研究では、被験者を一晩の睡眠時間が4時間、6時間、8時間のグループに分け、14日間実験室に宿泊させて反応を検査しています。同時に3日間徹夜させるグループにも同様の反応検査を実施します。

この反応検査は、ランダムに提示される刺激に対して、0.5秒以上かかって反応した遅延反応数の経日変化をグループごとに観察したものです。下図は、横軸が実験日、縦軸が反応検査で0.5秒以上かかった遅延反応数を示しています。

毎日少しずつでも睡眠不足が続くと、睡眠負債が積み重なって疲労が慢性化していきます。

やがて徹夜したのと同じ状態になると、判断能力や反応が鈍くなり、仕事にも支障をきたすことになります。この検査結果から、良いパフォーマンスを生み出すためには、毎日十分な睡眠時間（勤務間インターバル）を取ることが重要であるとわかります。

◆ 慢性的な睡眠不足とパフォーマンス低下の関係



（出典）厚生労働省
勤務間インターバル制度導入・運用マニュアル

また、勤務間インターバル制度の導入により、職員は「仕事に集中する時間」と「プライベートに集中する時間」のメリハリをつけることができるようになるので、職員の仕事への集中度を高めることができます。

仕事への集中度が高まることは、サービスの質向上へつながります。

2

医業経営情報レポート

導入・運用に向けた取組の全体像と制度設計

■ 勤務間インターバル制度の設計

(1)制度の詳細を決定

勤務間インターバル制度導入に向けた事前準備が整ったら、具体的な制度設計に入ります。

まずは、制度内容を検討します。主な検討項目は以下のとおりです。

各項目の検討を進めるうえでは、制度導入の検討で把握した労働時間等に関わる現状と課題を踏まえながら、労使間で十分に話し合うことが求められます。

◆勤務間インターバル制度を設計する際の検討項目

①適用対象の設定

勤務間インターバル制度の適用対象となる職員の範囲を設定します。勤務間インターバル制度は、職員の健康維持・向上に資する制度であるため、全ての職員を対象とすることが基本です。「働き方が異なる」、「勤務形態・時間等に関する他制度の適用状況が異なる」等の事情により対象職員を限定する場合は、理由を明確にし、理解を得るようにします。

②インターバル時間数の設定

労働時間等に関わる現状と課題を踏まえながら、労使間の話し合いにより定めます。

勤務間インターバル制度の目的を踏まえると、インターバル時間数は一律とすることが基本です。ただし、「働き方が異なる」、「勤務形態・時間等に関する他制度の適用状況が異なる」等の実情を踏まえ、特定の職員に対して異なるインターバル時間数を設定することも考えられます。その際には、異なるインターバル時間数を適用する理由を明確にし、職員の理解を得るようにします。

③インターバル時間を確保することによって、翌日の所定勤務開始時刻を超えてしまう

場合の取扱いの設定

1 翌日の勤務開始時刻を繰り下げる

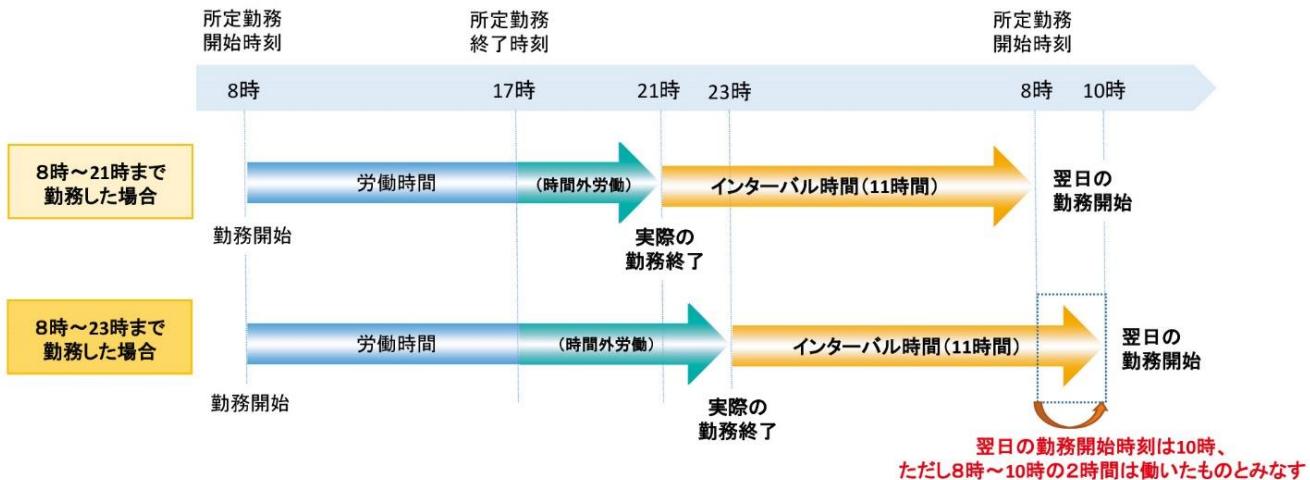
⇒この場合は、翌日の勤務開始時刻が後ろにずれ込むことになる。そのため、「翌日の勤務終了時刻を繰り下げる」、「翌日の勤務終了時刻は変更しない」等、翌日の勤務終了時刻の取扱いも定めておく必要がある。本稿1章2ページの図「例：11 時間の休息時間を確保するために始業時刻を後ろ倒しにする場合」を参照。

2 インターバル時間と翌日の所定労働時間が重複する部分を働いたものとみなす

⇒この場合は、所定勤務開始時刻から定められたインターバル時間を確保した後の勤務開始時刻までの時間は、勤務を行っていなくても働いたものとみなす。

◆インターバル時間と翌日の所定労働時間が重複する部分を働いたものとみなす場合の例

【所定労働時間は8時～17時、インターバル時間数は11時間の場合】



④インターバル時間を確保できないことが認められるケースの設定

緊急事態・トラブルへの対応等の特別な事情により、やむを得ず定められたインターバル時間を確保できないケースを予め定めておきます。

◆適用除外となる業務等(例)

- 重大なクレームに対する業務
- 突発的な設備のトラブルに対応する業務
- 災害その他避けることのできない事由によって臨時の必要がある場合など

⑤インターバル時間の確保に関する手続きの検討

インターバル時間の確保に伴って翌日の勤務開始時刻を繰り下げる場合や適用除外となるケースが発生した場合など、予め申請手続きの方法について定めておきます。

⑥インターバル時間を確保できなかった場合の対応方法の検討

インターバル時間を確保できなかった場合の対応方法を定めておくことが必要です。

◆インターバル時間を確保できなかった場合の対応・措置(例)

インターバル時間を確保できない状況に至った経緯を把握する
⇒理由書を提出するなど

⑦労働時間管理方法の見直し

制度の導入を機に、労働時間管理方法の見直しを行い、職員と管理職の双方が労働時間の実態を正しく把握できる仕組を整えます。

例えば、インターバル時間を確保できていない職員に対して、メール等で通告することも一つの方法です。

3

医業経営情報レポート

勤務間インターバル制度導入と運用方法

■ 勤務間インターバル制度の導入と運用

(1)院内への周知

勤務間インターバル制度を導入し、円滑に運用していくためには、現場の管理職や職員の理解と協力が不可欠であり、導入の意義やインターバル時間を確保するための工夫、留意点等について事前に周知することが必要です。勤務間インターバル制度の周知は、制度導入時に限られるものではありません。労働基準法（第15条第1項、施行規則第5条）では、使用者は労働契約の締結に際して、労働者に労働条件を明示しなければならないとされています。

また、労働契約法（第4条第1項）では、労働基準法の労働契約の締結時より広く、労働契約締結前の説明等の場面や、労働契約が締結又は変更されて継続している間の各場面において、使用者は労働条件及び労働契約の内容について、労働者の理解を深めるようにするものとされています。勤務間インターバル制度は、労働条件の1つです。その内容等について、継続的に周知することが重要です。

(2)患者や取引先への説明

勤務間インターバル制度の円滑な運用のためには、院内関係者のみならず、患者や取引先からも理解を得ることが重要です。職員が制度の意義を理解しても、患者からの依頼が續けばインターバル時間を確保することは難しくなります。患者・取引先に対して制度の趣旨や内容を説明し、制度導入に伴い配慮してほしいことを伝える等の対応が必要です。

◆制度導入を伝えた際に想定される反応と対応(例)

●制度導入により、サービスの質や内容が低下するのではないか

●同じ看護師に対応してもらいたいのに、インターバル時間確保のため担当者が変わるのでないか



制度導入が職員の健康確保、サービスの維持・向上に繋がること、また、異なる担当者であっても同等以上のサービスを提供できる教育訓練を行っていること等について説明

●想定外のトラブルや自然災害等の発生時は、インターバル時間に関係なく対応してもらわなければ、人命に関わるおそれがある



制度設計のなかで適用除外となるケースを設定していることを説明

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:医業経営 > サブジャンル:接遇向上

上手な話し方・聞き方のポイント

**患者対応の際の上手な話し方・聞き方のポイント、
また上司からの命令・指示の受け方を教えてください。**

■話し方のポイント

話す際には、次の5点に留意します。

【話すときの5本の柱】

- | | |
|--------------------|----------------|
| 1. 話題を集めておく | 2. ことば（語りを豊富に） |
| 3. 表現の工夫（話術とは「間術」） | 4. 組み立て・構成 |
| 5. 態度・表情 | |

■聞き方のポイント

次の5点に留意して耳を傾けましょう。

【聞くときの5本の柱】

- | | | |
|------------|--------------|------------------------|
| 1. 相槌名人であれ | 2. オウム返し法 | 3. 横取りするな 腰を折るな 無視をするな |
| 4. 質問名人になれ | 5. 話す3分、聞く7分 | |

一方、次のような気持ちや態度で聞くことは、相手を不快にさせてしましますので、これらの言動をしないように十分な注意が必要です。

【聞き方10の誤り】

- | | | | |
|---------------------|-----------------------------|--------------|------------|
| 1. 批判的に聞く | 2. 感情的に聞く | 3. 散漫な気持ちで聞く | 4. 事実にこだわる |
| 5. 脱線をする | 6. 聞くふりをしながら次に自分の言うことを考えている | 7. 話の先をせかす | |
| 8. 最後まで聞かずに強引に結論づける | 9. 言葉を奪って横取りする | 10. だまりこむ | |

■命令・指示の受け方のポイント

次の4点に留意することが必要です。

①さわやかに受け入れ態勢をとる	②最後までよく聴く
●気持ちのよい返事と表情、態度	●要点をメモしながら
●メモの用意	●上司、指示者の気持ちをよく考えて
●5W1H Why(なぜ) What(なに) Where(どこで) When(いつ) Who(だれ) How(どのように)	●細大洩らさず注意を集中して
●途中で、質問や意見をはさまない (早合点は禁物)	●途中で、質問や意見をはさまない (早合点は禁物)
③疑問点は納得いくまで質問する	④要点を復唱する
●なぜ、なにを、するのか	●仕事の目的をハッキリつかんで
●どこで、いつ、だれが、どんな方法で	●何を、どれだけ、いつまでに、ねらいは
●洩れていることはないのか、不明点はないか	●相手の反応を確かめながら
●自分の力で十分成し遂げられるか	
●意見があれば、素直に述べて指示を仰ぐ	



電話対応の改善方法

**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。

■クリニックのイメージを向上させる電話対応(電話を受ける時)

①コールが鳴ったら直ぐに出る	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。 電話がつながるの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、コール数になると4回目あたりからです。「お待たせいたしました」の一言が、電話をかけてこられた方の気分を和らげてくれます。
②抑揚のある声で名を名乗る	「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ことは必須のマナーです。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。
③挨拶はすべての基本	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。
④名指し人が電話に出られないときは親身に応対する	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。 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。親切な印象を持つ人が多いはずです。
⑤挨拶で最後を締める	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。 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。