

- 本調査は、外国人患者受入れ体制の状況等について実態を把握し、今後の体制整備のための基礎資料を得る目的で行うものです。
- 本調査の調査票は、全国の病院を対象とした調査票A及びBから構成されています。
- この調査票は、貴院における外国人患者受入れ体制の状況等についてお尋ねするもの（調査票A）です。
- 本調査票においては、特に別の記載がある場合を除き令和元年9月1日時点の状況をお答えください。

## 1. 基本情報

1-1. 貴院の基本情報を太枠内にご記入ください。

フリガナ							電話(代表)		
医療機関名							ファクシミリ		
所在地	〒		-						
許可病床数		床		医療機関コード					
総患者数	平成30年度(2018年4月1日~2019年3月31日)の患者数を外来・入院別に「延べ数」でご記入下さい。(日本人・外国人を問わず)						外来		名
							入院		名

1-2. 医療機関の種別について、以下から貴院に該当するもの全てにレ点をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	特定機能病院
<input type="checkbox"/>	地域医療支援病院
<input type="checkbox"/>	第2次救急医療機関
<input type="checkbox"/>	救命救急センター
<input type="checkbox"/>	災害拠点病院
<input type="checkbox"/>	総合周産期母子医療センター
<input type="checkbox"/>	地域周産期母子医療センター
<input type="checkbox"/>	診療所
<input type="checkbox"/>	歯科診療所
<input type="checkbox"/>	ジャパンインターナショナルホスピタルズ(※1)
<input type="checkbox"/>	JMIP認証病院(※2)

※1 一般社団法人Medical Excellence JAPANにより推奨されている医療機関。

※2 一般財団法人日本医療教育財団により認証された医療機関。

1-3. 貴院が標榜している診療科目を以下の中から全て選びし点をご記入ください。

内科	外科	産婦人科
呼吸器内科	呼吸器外科	産科
循環器内科	心臓血管外科	婦人科
消化器内科（胃腸内科）	乳腺外科	リハビリテーション科
腎臓内科	気管食道外科	放射線科
神経内科	消化器外科（胃腸外科）	麻酔科
糖尿病内科（代謝内科）	泌尿器科	病理診断科
血液内科	肛門外科	臨床検査科
皮膚科	脳神経外科	救急科
アレルギー科	整形外科	歯科
リウマチ科	形成外科	矯正歯科
感染症内科	美容外科	小児歯科
小児科	眼科	歯科口腔外科
精神科	耳鼻いんこう科	
心療内科	小児外科	

## 2. 外国人患者に対応する体制について

2-1. 外国人患者の受入のための医療機関向けマニュアル（平成30年度厚生労働省政策科学推進研究事業「外国人患者の受入環境整備に関する研究」研究班）について伺います。

1 外国人患者の受入のための医療機関向けマニュアルについて		1 知っている ・ 2 知らない
a. マニュアルの内容について		1 内容を確認した ・ 2 内容を確認していない
2 マニュアルに記載されている「外国人患者の受入れに関する体制整備方針」について		1 内容を確認した ・ 2 内容を確認していない
a. 自院における外国人患者の受診状況		1 把握している ・ 2 把握していない
b. 受入体制の現状および課題の抽出		1 実施している ・ 2 実施していない
c. 自院における「外国人患者受け入れ体制整備方針」について		1 整備している ・ 2 整備していない

2-2. 外国人を受け入れる体制の整備状況について伺います。担当部署、マニュアルについて以下の質問にお答えください。

1 外国人患者対応の専門部署	<input type="checkbox"/>	1 部署あり ・ 2 部署なし ・ 3 部署はないものの専門職員あり
a. 所属職員（上で3を選択した場合は担当職員）の人数（※）	<input type="text"/>	人
2 外国人対応マニュアルの整備状況	<input type="checkbox"/>	1 整備されている ・ 2 整備されていない
↳ (1の場合) 利用できる職員の範囲	<input type="checkbox"/>	1 全ての職員が利用できる ・ 2 一部の職員が利用できる
↳ (2の場合) 利用できる職員部門（該当するもの全てにレ点）	<input type="checkbox"/>	外国人患者対応の専門部署 <input type="checkbox"/> 受付
	<input type="checkbox"/>	その他（右欄に具体的に記入） <input type="text"/>

※ 所属職員については、2-2における外国人向け医療コーディネーターの役割を果たしている場合でも、専門部署に所属している場合はこちらに記載ください。

2-3. 外国人向け医療コーディネーターについて以下の質問にお答えください。

※ 「外国人向け医療コーディネーター」とは「外国人患者を受け入れるための院内や院外関係者との調整を中心となってコーディネートする役割を担う職員」をさします。

※ ここでは、多言語対応のみの役割を担う職員は「外国人向け医療コーディネーター」には該当いたしません。「2-3. 医療通訳」の項目に記載ください。

外国人向け医療コーディネーター	<input type="checkbox"/>	1 配置している ・ 2 配置していない
a. コーディネーターの人数	<input type="text"/>	人
b. 専任・兼任の別	<input type="checkbox"/>	1 専任、兼任とも配置 ・ 2 専任のみ ・ 3 兼任のみ
↳ (1 または3 の場合) 兼職（該当すべてにレ点）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護職 <input type="checkbox"/> その他医療関係有資格者 <input type="checkbox"/> 事務職員 <input type="checkbox"/> その他
↳ 専任・兼任それぞれの職員の数		専任 <input type="text"/> 名    兼任 <input type="text"/> 名
c. 常勤・非常勤の別	<input type="checkbox"/>	1 常勤、非常勤とも配置 ・ 2 常勤のみ ・ 3 非常勤のみ
↳ 常勤・非常勤それぞれの職員の数		常勤 <input type="text"/> 名    非常勤 <input type="text"/> 名
d. 週の中でコーディネーターがカバーしている範囲（平日、休日）	<input type="checkbox"/>	1 平日、休日問わずカバー ・ 2 平日のみ 3 そのほか（下欄に具体的に記入）
		<input type="text"/>
e. コーディネーターがカバーしている時間帯	<input type="checkbox"/>	1 24時間 ・ 2 勤務時間帯（日勤帯）のみ 3 そのほか（下欄に具体的に記入）
		<input type="text"/>
f. コーディネーターの役割（該当するもの全てにレ点）		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
医療者のサポート	トラブルの際に窓口となって対応	院内の連携調整
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
院外の関係機関との連携調整	組織の課題の解決策の提示	組織の課題の解決策の実行
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	多言語対応	
↳ (多言語対応を行っている場合) 対応言語（該当するもの全てにレ点）		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
英語	中国語	韓国・朝鮮語
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ポルトガル語	スペイン語	ロシア語
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ベトナム語	タガログ語	インドネシア語
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
	その他（下欄に具体的に記入）	
	<input type="text"/>	

2-4. 医療通訳について伺います。ここでは、医療通訳者を医療機関に配置することについて伺います。  
 ※ 医療コーディネーターが多言語対応を担当している場合、当該コーディネーターについては2-2に記載いただき、  
 本問2-3については、医療コーディネーター以外の職員について記載ください。

医療通訳	<input type="checkbox"/>	1 配置している・2 配置していない	
a. 医療通訳の人数	<input type="checkbox"/>	人	
b. 専任・兼任の別	<input type="checkbox"/>	1 専任、兼任とも配置・2 専任のみ・3 兼任のみ	
(1 または3 の場合) 兼職 (該当すべてにレ点)			
	<input type="checkbox"/>	医師	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	看護職	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	その他医療関係有資格者	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	事務職員	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	その他	<input type="checkbox"/>
専任・兼任それぞれの職員の人数		専任 <input type="checkbox"/> 名	兼任 <input type="checkbox"/> 名
c. 常勤・非常勤の別	<input type="checkbox"/>	1 常勤、非常勤とも配置・2 常勤のみ・3 非常勤のみ	
常勤・非常勤それぞれの職員の人数			
	<input type="checkbox"/>	常勤 <input type="checkbox"/> 名	非常勤 <input type="checkbox"/> 名
d. 週の中で医療通訳がカバーしている範囲 (平日、休日)	<input type="checkbox"/>	1 平日、休日問わずカバー・2 平日のみ 3 そのほか (下欄に具体的に記入)	
<input type="text"/>			
e. 医療通訳がカバーしている時間帯	<input type="checkbox"/>	1 24時間・2 勤務時間帯 (日勤帯) のみ 3 そのほか (下欄に具体的に記入)	
<input type="text"/>			
f. 医療通訳が対応している言語 (該当するもの全てにレ点)	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	英語	<input type="checkbox"/>	中国語
<input type="checkbox"/>	ポルトガル語	<input type="checkbox"/>	韓国・朝鮮語
<input type="checkbox"/>	スペイン語	<input type="checkbox"/>	ロシア語
<input type="checkbox"/>	ベトナム語	<input type="checkbox"/>	インドネシア語
<input type="checkbox"/>	タガログ語	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	その他 (下欄に具体的に記入)	<input type="text"/>	
<input type="text"/>			

2-5. 医療通訳者以外の多言語対応体制について伺います。  
電話通訳(遠隔通訳)について以下の質問にお答えください。

1 電話通訳（遠隔通訳）		1 利用している ・ 2 利用していない	
a. 利用しているサービス名（事業者名）			
b. 電話通訳（遠隔通訳）がカバーしている範囲（平日、休日）		1 平日、休日問わずカバー ・ 2 平日のみ 3 そのほか（下欄に具体的に記入）	
c. 電話通訳（遠隔通訳）がカバーしている時間帯		1 24時間 ・ 2 日勤帯のみ 3 そのほか（下欄に具体的に記入）	
d. 電話通訳（遠隔通訳）が対応している言語（該当するもの全てにレ点）			
<input type="checkbox"/>	英語	<input type="checkbox"/>	中国語
<input type="checkbox"/>	ポルトガル語	<input type="checkbox"/>	スペイン語
<input type="checkbox"/>	ベトナム語	<input type="checkbox"/>	タガログ語
<input type="checkbox"/>	韓国・朝鮮語	<input type="checkbox"/>	ロシア語
<input type="checkbox"/>	インドネシア語	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	その他（下欄に具体的に記入）		
2. その他、貴院において多言語に対応するために行っている他の取組がありましたら、下欄に具体的にご記入ください。			

2-6. 医療通訳者以外の多言語対応体制について伺います。  
ビデオ通訳(遠隔通訳)について以下の質問にお答えください。

1 ビデオ通訳（遠隔通訳）		<input type="checkbox"/>	1 利用している ・ 2 利用していない
a. 利用しているサービス名（事業者名）		<input type="text"/>	
b. ビデオ通訳（遠隔通訳）がカバーしている範囲（平日、休日）		<input type="checkbox"/>	1 平日、休日問わずカバー ・ 2 平日のみ 3 そのほか（下欄に具体的に記入）
		<input type="text"/>	
c. ビデオ通訳（遠隔通訳）がカバーしている時間帯		<input type="checkbox"/>	1 24時間 ・ 2 日勤帯のみ 3 そのほか（下欄に具体的に記入）
		<input type="text"/>	
d. ビデオ通訳（遠隔通訳）が対応している言語（該当するもの全てにレ点）			
<input type="checkbox"/>	英語	<input type="checkbox"/>	中国語
<input type="checkbox"/>	ポルトガル語	<input type="checkbox"/>	スペイン語
<input type="checkbox"/>	ベトナム語	<input type="checkbox"/>	タガログ語
<input type="checkbox"/>	韓国・朝鮮語	<input type="checkbox"/>	ロシア語
<input type="checkbox"/>	インドネシア語	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	その他（下欄に具体的に記入）		
<input type="text"/>			
2. その他、貴院において多言語に対応するために行っている他の取組がありましたら、下欄に具体的にご記入ください。			
<input type="text"/>			

2-7. 院内案内図、院内表示について以下の質問にお答えください。

院内案内図、院内表示の状況	<input type="checkbox"/>	1 多言語化している	・	<input type="checkbox"/>	2 多言語化していない
<b>a. 院内案内図、院内表示が対応している言語（該当するもの全てにレ点）</b>					
<input type="checkbox"/>	英語	<input type="checkbox"/>	中国語	<input type="checkbox"/>	韓国・朝鮮語
<input type="checkbox"/>	ポルトガル語	<input type="checkbox"/>	スペイン語	<input type="checkbox"/>	ロシア語
<input type="checkbox"/>	ベトナム語	<input type="checkbox"/>	タガログ語	<input type="checkbox"/>	インドネシア語
<input type="checkbox"/>	その他（下欄に具体的に記入）				

2-8. 外国人患者の受入に資するタブレット端末、スマートフォン端末、その他翻訳機器の利用状況について伺います。

外国人患者の受入に資するタブレット端末、スマートフォン端末、またはその他翻訳機器	<input type="checkbox"/>	1 医療機関として導入している	・	<input type="checkbox"/>	2 導入していない、又は医療従事者が個人で使用している
<b>a. (導入している場合) 外国人への対応に用いているアプリ</b>					
<b>b. (導入している場合) 端末を利用できる職員部門（該当するもの全てにレ点）</b>	<input type="checkbox"/>	外国人患者対応の専門部署	<input type="checkbox"/>	受付	
	<input type="checkbox"/>	診療部門			
	<input type="checkbox"/>	その他（右欄に具体的に記入）			
<b>c. 端末に備わっている機能（該当するもの全てにレ点）</b>					
<input type="checkbox"/>	マニュアル、説明書等、資料の表示	<input type="checkbox"/>	決済機能		
<input type="checkbox"/>	翻訳機能	<input type="checkbox"/>	その他（右欄に具体的に記入）		
翻訳機能を備えている場合、対応言語を選択ください。（該当するもの全てにレ点）					
<input type="checkbox"/>	英語	<input type="checkbox"/>	中国語	<input type="checkbox"/>	韓国・朝鮮語
<input type="checkbox"/>	ポルトガル語	<input type="checkbox"/>	スペイン語	<input type="checkbox"/>	ロシア語
<input type="checkbox"/>	ベトナム語	<input type="checkbox"/>	タガログ語	<input type="checkbox"/>	インドネシア語
<input type="checkbox"/>	その他（下欄に具体的に記入）				

### 3. 医療費等について

訪日外国人に対する医療費の請求方法について、以下の1～4から該当するものにレ点を記入し、記載に従って右欄で補足ください。  
 特に訪日外国人について区別していない場合は、「1」を選択ください。

1		日本の診療報酬点数表を基準とし、1点10円で請求している。	
2		日本の診療報酬点数表を基準とし、1点10円以外で計算して請求している。	
		診療報酬点数「1点」＝	円に相当
3		日本の診療報酬点数表を全く用いずに請求している。（下欄に具体的な計算方法等を記入ください）	
4		1または2の他、追加的な費用を請求している。（該当する項目を以下の（1）～（4）から全て選択しレ点を記入）	
	（1）	通訳料（具体的な請求方法を以下に記入ください）	
		1回の通訳での請求額＝	円
		10分あたりの請求額＝	円
		その他（右欄に具体的に記入ください）	
	（2）	医師の診療時間に応じた料金計算（下欄に具体的に記入ください）	
	（3）	診断書作成料等の事務手数料（下欄に具体的に記入ください）	
	（4）	その他（下欄に具体的に記載ください）	

#### 4. キャッシュレス決済について

キャッシュレス決済の導入状況について以下の設問にお答えください。

1. カード（クレジットカード、デビットカード）を利用した決済		<input type="checkbox"/>	1 導入している ・ 2 導入していない
(導入している場合) 対応ブランド（該当するもの全てにレ点）			
<input type="checkbox"/>	Visa(ビザ)	<input type="checkbox"/>	Mastercard (マスター)
<input type="checkbox"/>	American Express (アメリカン・エクスプレス)	<input type="checkbox"/>	JCB (ジェーシービー)
<input type="checkbox"/>	その他（下欄に具体的に記入）	<input type="checkbox"/>	Union Pay (銀聯カード)
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Diners (ダイナース)
<input type="text"/>			
2. 非接触カードを利用した決済		<input type="checkbox"/>	1 導入している ・ 2 導入していない
(導入している場合) 対応している電子マネー（該当するもの全てにレ点）			
<input type="checkbox"/>	交通系ICカード(Suica, PASMO, Kitaca, ICOCA, SUGOCA等)	<input type="checkbox"/>	nanaco
<input type="checkbox"/>	楽天Edy	<input type="checkbox"/>	QUICPay
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	WAON
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	その他（下欄に具体的に記入）
<input type="text"/>			
3. QRコードを利用した決済		<input type="checkbox"/>	1 導入している ・ 2 導入していない
(導入している場合) 対応しているサービス（該当するもの全てにレ点）			
<input type="checkbox"/>	Alipay (アリペイ)	<input type="checkbox"/>	WeChat Pay (ウィーチャット・ペイ)
<input type="checkbox"/>	LINE Pay (ラインペイ)	<input type="checkbox"/>	楽天ペイ
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	PayPay (ペイペイ)
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	その他（下欄に具体的に記入）
<input type="text"/>			
4. そのほかの決済サービスを利用している場合右欄にチェックし、下欄に具体的に記入してください。			<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>			

## 5. 未収金等への対策

### 5-1

未収金等に対する対策として、貴院で訪日外国人患者に対する診療に際し実施している取組について、以下の中から該当するものを全て選択し、設問にお答えください。

※ ただし、必ずしも未収金等の対策として行っているものでなくても、訪日外国人に対して行っている取組であれば、選択していただいて差支えありません。例えば、身分証の確認等は医療安全にも寄与するものと考えられます。

<input type="checkbox"/>	特に未収金対策を行っていない		
<input type="checkbox"/>	パスポート等、身分証の確認	<input type="checkbox"/>	パスポート等、身分確認証のコピーの保存
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	価格についての事前説明
<input type="checkbox"/>	診療内容の事前の説明		
<input type="checkbox"/>	その他（右欄に具体的に記入）		
<input type="checkbox"/>	同意書の取得		
	（同意書を取得している場合）同意の内容（該当するもの全てにレ点）		
<input type="checkbox"/>	診療に協力する	<input type="checkbox"/>	請求された金額を支払う
<input type="checkbox"/>	その他（下欄に具体的に記入）		

### 5-2

貴院での在留外国人に対する本人確認について、以下の設問にお答えください。

外国人患者に対する本人確認の有無	<input type="checkbox"/>	1 本人確認をしている ・ 2 本人確認をしていない		
（1 の場合）確認の際に提示を求めているもの（該当するもの全てにレ点）	<input type="checkbox"/>	パスポート	<input type="checkbox"/>	在留カード
	<input type="checkbox"/>	その他（右欄に具体的に記入）		

## 6. その他

本調査結果について、都道府県において課題解決を検討するための参考として頂くよう、厚生労働省が取りまとめた上で、**都道府県、厚生労働省科学研究事業に共有することを同意されない場合にレ点。**

## 7. ご担当者様の情報

差し支えなければ、ご担当者様の情報（必要時、本調査に関することや外国人患者受入れに関すること等をお伺いする際のご連絡先）をご記入ください。複数の方が担当された場合は、代表者様の情報をご記入ください。

フリガナ		電話番号	
お名前		ファクシミリ	
ご所属・役職			
メールアドレス			