

外国人患者受入れに関する実態調査（病院用）

参考資料5

医療機関名		
御担当者	職・氏名	
	電話番号	
	E-mail	

本アンケートは、都内医療機関の外国人患者受入れ体制の状況等について実態を把握し、今後の東京都の外国人患者の受入れ体制を整備するための基礎資料を得る目的で行うものです。御多忙のところ恐縮ですが、御協力のほどよろしくお願いいたします。

設問1 地域との連携について

東京都では外国人患者が症状に応じて安心して医療機関に受診できるよう、外国人が体調を崩した場合や怪我をした場合の相談先となることが想定される機関（宿泊施設や観光施設等）と医療機関、医療機関相互が連携した取組について、検討を進めているところです。医療機関と地域の関係機関との連携について以下の質問にお答えください。

宿泊施設・観光施設からの外国人患者受入れの問い合わせの有無		1 よくある ・ 2 たまにある ・ 3 あまりない ・ 4 全くない
-------------------------------	--	-------------------------------------

貴医療機関が宿泊施設、観光施設等から依頼を受けて外国人患者を受け入れる場合に何かお困りのことがあれば記入してください。

--

外国人患者の受入れに関して宿泊施設、観光施設等との連携について実施している取組（情報交換・意見交換など）等があれば記入してください。

--

他の医療機関からの外国人患者の受入れ依頼の有無		1 よくある ・ 2 たまにある ・ 3 あまりない ・ 4 全くない
-------------------------	--	-------------------------------------

他の医療機関への外国人患者受入れ要請の有無		1 よくある ・ 2 たまにある ・ 3 あまりない ・ 4 全くない
-----------------------	--	-------------------------------------

貴医療機関が他医療機関から依頼を受けて外国人患者を受け入れる場合に何かお困りのことがあれば記入してください。

--

貴医療機関が他医療機関へ外国人患者の受入れを要請する場合に何かお困りのことがあれば記入してください。

--

外国人患者の受入れに関して他医療機関との連携について実施している取組（情報交換・意見交換など）等があれば記入してください。

--

設問2 その他外国人患者受入れに関する課題について

外国人患者を受け入れる上で貴院において課題となっている事項について、該当するもの全てにレ点を入力してください。

<input type="checkbox"/>	医療費の設定	<input type="checkbox"/>	海外旅行保険への対応	<input type="checkbox"/>	未収金対策
<input type="checkbox"/>	通訳の確保	<input type="checkbox"/>	院内表示・院内文書の多言語化	<input type="checkbox"/>	異文化対応
<input type="checkbox"/>	課題となっている事項はない	<input type="checkbox"/>	その他(右枠内に具体的に記入)		

の回答を踏まえ、外国人患者対応に関する課題について、貴院において今後予定している取組等があれば御記入ください。

の回答を踏まえ、東京都による外国人患者対応に関する医療機関への支援について、御要望があれば御記入ください。

貴院において外国人患者受入れに関してトラブルが発生したことはありますか。
「1 ある」と回答した場合にはどのようなトラブルが多いか内容を御記入いただくとともに、対処方法について該当するもの全てにレ点を入力してください。

1 ある ・ 2 ない

トラブルの内容を御記入ください。

トラブルへの対処方法について、該当するもの全てにレ点を入力してください。

<input type="checkbox"/>	関係機関に相談する	<input type="checkbox"/>	相談先機関名	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	関係機関が発行しているマニュアル等を参照する。	<input type="checkbox"/>	マニュアル名	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	対処方法が分からず、いつも苦慮している。	<input type="checkbox"/>	その他(右枠内に具体的に記入)	

外国人患者対応ボランティアの活用について、以下の質問に回答してください。

外国人患者対応ボランティアの活用の有無 1 活用している ・ 2 活用していない

1 活用している、選択した場合は右枠内に活用場面を記入
例) 診療の際の通訳、受付案内など

その他外国人患者を受け入れる上で、貴院においてお困りのことや、お気づきのことがございましたら御記入ください。

設問3 東京都による支援について

東京都では、外国人患者の受入れ体制の整備に取り組む医療機関の支援のために、以下の取組を実施しています。

- ・ 外国人患者受入れ体制整備支援事業
- ・ JIPの認証取得に係る経費の補助
- ・ 外国人患者対応の研修
- ・ 医療機関向け救急通訳サービス

東京都における取組について以下の質問に御回答ください。

(1)外国人患者受入れ体制整備支援事業について

東京都では平成29年度から「外国人患者受入れ体制整備支援事業」により「医療機関が院内表示の多言語化や多言語化ツールの導入等を行った場合にかかる経費の補助を実施しています。本事業による補助を受けたことがありますか。」

<input type="checkbox"/>	受けたことがある。	<input type="checkbox"/>	受けたことはないが、現在申請中又は今後申請を検討している。	<input type="checkbox"/>	受けたことはない。 下記へ
<p>で「受けたことはない。」にレ点を入力した場合、その理由として該当するもの全てにレ点を入力してください。</p>					
<input type="checkbox"/>	既に多言語化に係る整備が完了しており補助を受ける必要がなかったため。	<input type="checkbox"/>	多言語化に係る整備を実施する必要性を感じていなかったため。		
<input type="checkbox"/>	補助の対象外であったため。	<input type="checkbox"/>	制度の存在自体知らなかったため。		
<input type="checkbox"/>	その他(右枠内に具体的に記入)				

(2)医療機関向け救急通訳サービスについて

東京都では、都内の登録医療機関を対象に、救急で来院した外国人患者が、日本語が不自由なために診療に支障を来すような場合に、電話による医療通訳サービスを提供(英語・中国語・韓国語・タイ語・スペイン語・フランス語(対応日時は以下のとおり))しています。

(英・中)平日 17時～翌朝9時、土日祝日 9時～翌朝9時

(韓・タイ・スペイン・フランス)平日 17時～20時、土日祝日 9時～20時

本サービスの利用実績について、該当するものにレ点を入力してください。

<input type="checkbox"/>	登録しており利用したことがある。	<input type="checkbox"/>	登録しているが、利用したことはない。下記へ	<input type="checkbox"/>	登録しておらず、利用したことはない。下記へ
<p>で「登録しているが、利用したことはない。」にレ点を入力した場合、その理由として該当するもの全てにレ点を入力してください。</p>					
<input type="checkbox"/>	自院の通訳体制で対応可能であったため。	<input type="checkbox"/>	利用のための手続方法がよく分からなかったため。	<input type="checkbox"/>	制度の存在について院内で周知が図られていなかったため。
<input type="checkbox"/>	外国人の受診機会がなかったため。	<input type="checkbox"/>	サービス時間外だったため。		
<input type="checkbox"/>	対応言語がなかったため。	具体的に記入してください。			
<input type="checkbox"/>	その他	具体的に記入してください。			
<p>で「登録しておらず、利用したことはない」にレ点を入力した場合、その理由として該当するもの全てにレ点を入力してください。</p>					
<input type="checkbox"/>	自院の通訳体制が十分整備されており必要性を感じなかったため。	<input type="checkbox"/>	制度の存在を知らなかったため。	<input type="checkbox"/>	サービス提供時間が短く、使い勝手が良くないと感じたため。
<input type="checkbox"/>	対応言語が少なく、使い勝手が良くないと感じたため。	<input type="checkbox"/>	事前の登録手続が面倒であったため。	<input type="checkbox"/>	外国人の受診機会が少なく、必要性を感じなかったため。
<input type="checkbox"/>	その他	具体的に記入してください。			

今後本サービスについてどのような対応を希望しますか。該当するもの全てにシ点をを入力してください。

<input type="checkbox"/>	対応時間の拡大	<input type="checkbox"/>	該当するものを選択してください	<input type="checkbox"/>	ア 24時間 365日 ・ イ その他（下枠内に具体的に記入）
平日（ 時 ~ 時） 休日（ 時 ~ 時）					
<input type="checkbox"/>	対応言語の拡大	<input type="checkbox"/>	具体的に記入してください		
<input type="checkbox"/>	通訳者の医療知識の拡充	<input type="checkbox"/>	通訳者への電話の繋がりやすさ	<input type="checkbox"/>	その他（下枠内に具体的に記入）

(3)今後の東京都による取組に係る御意見について

来年度以降の東京都による外国人患者対応に関する取組について、御意見があれば御記入ください。

--

御協力ありがとうございました。7月12日（金曜日）までに御回答いただきますようお願いいたします。

回答先	東京都福祉保健局医療政策部医療政策課医療改革推進担当 安藤 〒163-8001 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号 E-mail Ryoutarou_Andou@member.metro.tokyo.jp
-----	---

外国人患者受入れに関する実態調査（診療所・歯科診療所用）

医療機関名		
御担当者	職・氏名	
	電話番号	
	E-mail	

本アンケートは、都内医療機関の外国人患者受入れ体制の状況等について実態を把握し、今後の東京都の外国人患者の受入れ体制を整備するための基礎資料を得る目的で行うものです。御多忙のところ恐縮ですが、御協力のほどよろしくお願いいたします。

設問1 外国人患者の受入れ実績について

平成30年10月1日～10月31日の期間に受け入れた外国人患者について、以下の質問にお答えください。

なお、在留外国人、訪都外国人については、以下の定義に基づき御回答ください。
 在留外国人：在留資格を持ち（在留カード所持者）、日本に中長期居住している外国人患者
 訪都外国人（医療渡航を除く）：観光等の目的で短期間東京を訪れている外国人

正確な人数が分からない場合は概数で構いません。
 保険証を所持しているも、在留外国人であるかどうかについては必ずしも容易に確認できないことから、把握できる限り記載してください。

「未収金を生じた患者」については、診療の対価を請求したにもかかわらず、請求日より1か月を経過しても診療費の全額を支払っていない患者を指すこととします。

(1) 在留外国人の受入れについて

受入れの有無	<input type="checkbox"/>	1 あり ・ 2 なし ・ 3 把握できなかった							
(で受入れ「あり」の場合) 期間内の延べ患者数	<input type="checkbox"/>	名							
受け入れた外国人患者の国籍とその人数 (右にあげた国以外の国籍の外国人を受け入れた場合、その国籍と人数を「その他」の欄に記載してください。(例)タイ:5名)	中国	<input type="checkbox"/>	名	韓国	<input type="checkbox"/>	名	ベトナム	<input type="checkbox"/>	名
	フィリピン	<input type="checkbox"/>	名	ネパール	<input type="checkbox"/>	名	台湾	<input type="checkbox"/>	名
	アメリカ合衆国	<input type="checkbox"/>	名	インド	<input type="checkbox"/>	名	ミャンマー	<input type="checkbox"/>	名
	その他								
受け入れた外国人患者のうち未収金を生じた患者数と合計金額	<input type="checkbox"/>	名					円		

(2) 訪都外国人の受入れについて

受入れの有無	<input type="checkbox"/>	1 あり ・ 2 なし ・ 3 把握できなかった							
(で受入れ「あり」の場合) 期間内の延べ患者数	<input type="checkbox"/>	名							
受け入れた外国人患者の国籍とその人数 (右にあげた国以外の国籍の外国人を受け入れた場合、その国籍と人数を「その他」の欄に記載してください。(例)イギリス:5名)	中国	<input type="checkbox"/>	名	韓国	<input type="checkbox"/>	名	台湾	<input type="checkbox"/>	名
	アメリカ合衆国	<input type="checkbox"/>	名	タイ	<input type="checkbox"/>	名	フィリピン	<input type="checkbox"/>	名
	オーストラリア	<input type="checkbox"/>	名	マレーシア	<input type="checkbox"/>	名	シンガポール	<input type="checkbox"/>	名
	その他								
受け入れた外国人患者のうち未収金を生じた患者数と合計金額	<input type="checkbox"/>	名					円		

設問2 外国人患者の受入れ体制について

外国人患者を受け入れる体制の整備状況について、以下の質問にお答えください。

(1) 外国人患者対応に係る人員体制等について

外国人患者対応の専門部署の有無	<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
所属職員 3 を選択した場合は担当職員 2 の人数	<input type="checkbox"/>	名
外国人患者対応マニュアルの有無	<input type="checkbox"/>	1 あり ・ 2 なし
所属職員の外国人患者対応力向上のために行っている取組がありましたら御記入ください。 (例) 通訳研修受講料の支援、院内勉強会の実施 など		

(2) 通訳等について

医療通訳者の配置の有無	<input type="checkbox"/>	1 配置あり ・ 2 配置なし				
医療通訳者の人数	<input type="checkbox"/>	名				
専任 兼任の別	<input type="checkbox"/>	1 専任 兼任ともに配置 ・ 2 専任のみ ・ 3 兼任のみ				
(1又は3の場合) 兼職 (該当全てにレ点)	<input type="checkbox"/>	医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他医療関係有資格者 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>				
専任 兼任それぞれの職員の数	専任 <input type="checkbox"/>	名 兼任 <input type="checkbox"/> 名				
常勤 非常勤の別	<input type="checkbox"/>	1 常勤 非常勤ともに配置 ・ 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="checkbox"/>	名 非常勤 <input type="checkbox"/> 名				
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 その他				
3 その他を選択した場合は右枠内に具体的に記入						
医療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 その他				
3 その他を選択した場合は右枠内に具体的に記入						
医療通訳が対応している言語 (該当しているもの全てにレ点)	<input type="checkbox"/>	英語	<input type="checkbox"/>	中国語	<input type="checkbox"/>	ハングル
	<input type="checkbox"/>	ポルトガル語	<input type="checkbox"/>	スペイン語	<input type="checkbox"/>	フランス語
	<input type="checkbox"/>	ベトナム語	<input type="checkbox"/>	タイ語	<input type="checkbox"/>	その他 (下枠内に具体的に記入)

電話通訳（遠隔通訳）の利用の有無	1 利用している ・ 2 利用していない				
利用しているサービス名（事業者名）					
電話通訳（遠隔通訳）がカバーしている範囲	1 平日 休日問わずカバー ・ 2 平日のみ ・ 3 その他				
3 その他を選択した場合は右枠内に具体的に記入					
電話通訳（遠隔通訳）がカバーしている時間帯	1 24時間 ・ 2 勤務時間帯（日勤帯のみ） ・ 3 その他				
3 その他を選択した場合は右枠内に具体的に記入					
電話通訳（遠隔通訳）が対応している言語（該当しているもの全てにレ点）	英語		中国語		ハングル
	ポルトガル語		スペイン語		フランス語
	ベトナム語		タイ語		その他（下枠内に具体的に記入）

(3) 院内表示の多言語化、多言語対応ツールの導入について

院内表示、院内案内図の状況	1 多言語化している ・ 2 多言語化していない				
院内文書（問診票、検査説明資料等）の状況	1 多言語化している ・ 2 多言語化していない				
多言語対応ツールの導入（該当するもの全てにレ点）	自動翻訳機		タブレット端末		スマートフォン端末
	その他（右枠内に具体的に記入）				

(4) 外国人患者対応ボランティアの活用

外国人患者対応ボランティアの活用の有無	1 活用している ・ 2 活用していない				
1 活用しているを選択した場合は右枠内に活用場面を記入（例 診療の際の通訳、受付案内）					

設問3 地域との連携について

東京都では外国人患者が症状に応じて安心して医療機関に受診できるよう外国人が体調を崩した場合や怪我をした場合の相談先となることが想定される機関（宿泊施設や観光施設等）と医療機関、医療機関相互が連携した取組について、検討を進めているところです。医療機関と地域の関係機関との連携について以下の質問にお答えください。

宿泊施設・観光施設からの外国人患者受入れの問い合わせの有無	<input type="checkbox"/>	1 よくある ・ 2 たまにある ・ 3 あまりない ・ 4 全くない
-------------------------------	--------------------------	-------------------------------------

貴医療機関が宿泊施設、観光施設等から依頼を受けて外国人患者を受け入れる場合に何かお困りのことがあれば記入してください。

外国人患者の受入れに関して宿泊施設、観光施設等との連携について実施している取組（情報交換・意見交換など）等があれば記入してください。

他の医療機関からの外国人患者の受入れ依頼の有無	<input type="checkbox"/>	1 よくある ・ 2 たまにある ・ 3 あまりない ・ 4 全くない
-------------------------	--------------------------	-------------------------------------

他の医療機関への外国人患者受入れ要請の有無	<input type="checkbox"/>	1 よくある ・ 2 たまにある ・ 3 あまりない ・ 4 全くない
-----------------------	--------------------------	-------------------------------------

貴医療機関が他医療機関から依頼を受けて外国人患者を受け入れる場合に何かお困りのことがあれば記入してください。

貴医療機関が他医療機関へ外国人患者の受入れを要請する場合に何かお困りのことがあれば記入してください。

外国人患者の受入れに関して他医療機関との連携について実施している取組（情報交換・意見交換など）等があれば記入してください。

設問4 その他外国人患者受入れに関する課題について

外国人患者を受け入れる上で貴院において課題となっている事項について、該当するもの全てにレ点を入力してください。

<input type="checkbox"/>	医療費の設定	<input type="checkbox"/>	海外旅行保険への対応	<input type="checkbox"/>	未収金対策
<input type="checkbox"/>	通訳の確保	<input type="checkbox"/>	院内表示・院内文書の多言語化	<input type="checkbox"/>	異文化対応
<input type="checkbox"/>	課題となっている事項はない	<input type="checkbox"/>	その他(右枠内に具体的に記入)		

の回答を踏まえ、外国人患者対応に関する課題について、貴院において今後予定している取組等があれば御記入ください。

の回答を踏まえ、東京都による外国人患者対応に関する医療機関への支援について、御要望があれば御記入ください。

貴院において外国人患者受入れに関してトラブルが発生したことはありますか。 「1 ある」と回答した場合にはどのようなトラブルが多いか内容を御記入いただくとともに、対処方法について該当するもの全てにレ点を入力してください。	<input type="checkbox"/>	1 ある ・ 2 ない
--	--------------------------	-------------

トラブルの内容を御記入ください。

トラブルへの対処方法について、該当するもの全てにレ点を入力してください。

<input type="checkbox"/>	関係機関に相談する	<input type="checkbox"/>	相談先機関名	
<input type="checkbox"/>	関係機関が発行しているマニュアル等を参照する。	<input type="checkbox"/>	マニュアル名	
<input type="checkbox"/>	対処方法が分からず、いつも苦慮している。	<input type="checkbox"/>	その他(右枠内に具体的に記入)	

その他外国人患者を受け入れる上で、貴院においてお困りのことや、お気づきのことがございましたら御記入ください。

設問5 東京都による支援について

東京都では、外国人患者の受入れ体制の整備に取り組む医療機関の支援のために、以下の取組を実施しています。

- ・ 外国人患者受入れ体制整備支援事業
- ・ JIPの認証取得に係る経費の補助
- ・ 外国人患者対応の研修
- ・ 医療機関向け救急通訳サービス

東京都における取組について以下の質問に御回答ください。

(1)外国人患者受入れ体制整備支援事業について

東京都では平成29年度から「外国人患者受入れ体制整備支援事業」により「医療機関が院内表示の多言語化や多言語化ツールの導入等を行った場合にかかる経費の補助を実施しています。本事業による補助を受けたことがありますか。」

<input type="checkbox"/>	受けたことがある。	<input type="checkbox"/>	受けたことはないが、現在申請中又は今後申請を検討している。	<input type="checkbox"/>	受けたことはない。 下記へ
<p>で「受けたことはない。」にレ点を入力した場合、その理由として該当するもの全てにレ点を入力してください。</p>					
<input type="checkbox"/>	既に多言語化に係る整備が完了しており補助を受ける必要がなかったため。	<input type="checkbox"/>	多言語化に係る整備を実施する必要性を感じていなかったため。		
<input type="checkbox"/>	補助の対象外であったため。	<input type="checkbox"/>	制度の存在自体知らなかったため。		
<input type="checkbox"/>	その他(右枠内に具体的に記入)				

(2)医療機関向け救急通訳サービスについて

東京都では、都内の登録医療機関を対象に、救急で来院した外国人患者が、日本語が不自由なために診療に支障を来すような場合に、電話による医療通訳サービスを提供(英語・中国語・韓国語・タイ語・スペイン語・フランス語(対応日時は以下のとおり))しています。

(英・中)平日 17時～翌朝9時、土日祝日 9時～翌朝9時

(韓・タイ・スペイン・フランス)平日 17時～20時、土日祝日 9時～20時

本サービスの利用実績について、該当するものにレ点を入力してください。

<input type="checkbox"/>	登録しており利用したことがある。	<input type="checkbox"/>	登録しているが、利用したことはない。下記へ	<input type="checkbox"/>	登録しておらず、利用したことはない。下記へ
<p>で「登録しているが、利用したことはない。」にレ点を入力した場合、その理由として該当するもの全てにレ点を入力してください。</p>					
<input type="checkbox"/>	自院の通訳体制で対応可能であったため。	<input type="checkbox"/>	利用のための手続方法がよく分からなかったため。	<input type="checkbox"/>	制度の存在について院内で周知が図られていなかったため。
<input type="checkbox"/>	外国人の受診機会がなかったため。	<input type="checkbox"/>	サービス時間外だったため。		
<input type="checkbox"/>	対応言語がなかったため。	<input type="checkbox"/>	具体的に記入してください。		
<input type="checkbox"/>	その他	<input type="checkbox"/>	具体的に記入してください。		
<p>で「登録しておらず、利用したことはない」にレ点を入力した場合、その理由として該当するもの全てにレ点を入力してください。</p>					
<input type="checkbox"/>	自院の通訳体制が十分整備されており必要性を感じなかったため。	<input type="checkbox"/>	制度の存在を知らなかったため。	<input type="checkbox"/>	サービス提供時間が短く、使い勝手が良くないと感じたため。
<input type="checkbox"/>	対応言語が少なく、使い勝手が良くないと感じたため。	<input type="checkbox"/>	事前の登録手続が面倒であったため。	<input type="checkbox"/>	外国人の受診機会が少なく、必要性を感じなかったため。
<input type="checkbox"/>	その他	<input type="checkbox"/>	具体的に記入してください。		

今後本サービスについてどのような対応を希望しますか。該当するもの全てにシ点をを入力してください。

<input type="checkbox"/>	対応時間の拡大	<input type="checkbox"/>	該当するものを選択してください	<input type="checkbox"/>	ア 24時間 365日 ・ イ その他（下枠内に具体的に記入）
平日（ 時 ~ 時） 休日（ 時 ~ 時）					
<input type="checkbox"/>	対応言語の拡大	<input type="checkbox"/>	具体的に記入してください		
<input type="checkbox"/>	通訳者の医療知識の拡充	<input type="checkbox"/>	通訳者への電話の繋がりやすさ	<input type="checkbox"/>	その他（下枠内に具体的に記入）

(3)今後の東京都による取組に係る御意見について

来年度以降の東京都による外国人患者対応に関する取組について、御意見があれば御記入ください。

--

御協力ありがとうございました。7月12日（金曜日）までに御回答いただきますようお願いいたします。

回答先	東京都福祉保健局医療政策部医療政策課医療改革推進担当 安藤 〒163-8001 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号 E-mail Ryoutarou_Andou@member.metro.tokyo.jp
-----	---