

各病院の管理者 様

京都府健康福祉部医療課長  
( 公 印 省 略 )

医療機関（病院）における外国人患者の受入れに係る  
実態調査について（協力依頼）

平素は京都府の健康福祉行政の推進に御協力いただき、厚くお礼申し上げます。  
さて、厚生労働省医政局総務課長から、上記調査への協力依頼がありました。  
つきましては、下記について京都健康医療よろずネットに作業要綱等を掲載しましたので、御参照の上、調査票に御記入いただき、期日までに御提出くださいますようお願い致します。

## 記

### 1. 調査票

#### (1) 様式

- ・調査票A：受入体制に関する調査
- ・調査票B：受入患者に関する調査

#### (2) 提出方法

以下の方法で厚生労働省委託事業者及び京都府の両方に提出

- ・厚生労働省委託事業者「株式会社アストジェイ」あて提出方法  
：電子メールで、株式会社アストジェイのメールアドレスに送信  
株式会社アストジェイのメールアドレス [r1\\_kokusai-tenkai@astweb.co.jp](mailto:r1_kokusai-tenkai@astweb.co.jp)
- ・京都府あて提出方法  
：電子メールで、京都府メールアドレスに送信  
京都府メールアドレス [h-ohzora15@pref.kyoto.lg.jp](mailto:h-ohzora15@pref.kyoto.lg.jp)

※京都府への情報提供に不同意の場合は、京都府へのメールは結構です。

#### (3) 提出時の注意

①ファイル名は以下でお願いします。

- ・調査票A：「京都府、〇〇病院、調査票A」
  - ・調査票B：「京都府、〇〇病院、調査票B」
- ※「〇〇病院」は貴院名をご記載ください。

②メール本文に貴院の御担当者様の所属、氏名、連絡先を御記入ください。

### 2. 提出期限

- ・調査票A : 10月15日(火)
- ・調査票B : 12月16日(月)

### 3. その他

調査票様式、作業要項等については、「京都健康医療よろずネット」の「京都府からのお知らせ」欄に掲載しております。

担 当	医療課 医務・看護担当 大空副主査
電 話	075-414-4746
F A X	075-414-4752
E-mail	<a href="mailto:h-ohzora15@pref.kyoto.lg.jp">h-ohzora15@pref.kyoto.lg.jp</a>

医政総発0913第1号  
令和元年9月13日

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省医政局総務課長  
（公印省略）

医療機関における外国人患者の受入れに係る実態調査について（協力依頼）

医療施策の推進については、日頃より格別のご尽力を賜り厚くお礼申し上げます。

訪日外国人が安全かつ安心して日本観光を楽しみ、また必要な医療サービスを利用することができるよう、内閣官房健康・医療戦略本部（本部長：内閣総理大臣）の下に設置された「訪日外国人に対する適切な医療等の確保に関するワーキンググループ」において、「訪日外国人に対する適切な医療等の確保に向けた総合対策」が昨年取りまとめられました。

厚生労働省としては、本総合対策に基づき、各都道府県や地域の関係者の皆様の協力を得ながら課題の解決に向け積極的に取り組んでいるところでありますが、同時に外国人に対する医療提供体制の現状を継続的に把握することが重要であると考えています。そのため、昨年度に引き続き、全国の病院と一部の診療所及び歯科診療所（京都府及び沖縄県）を対象とした実態調査にご協力いただきたくご連絡いたしました。

については、下記を御参照の上、管下の全ての病院に対して、調査への協力を御依頼いただきますようお願いいたします。

なお、本調査結果については、各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いただくよう、厚生労働省において取りまとめ、各医療機関の同意が得られた範囲で各都道府県に共有しますので、御了知ください。

## 記

1. 管下の全ての病院に別添の作業要項をご送付願います。  
（調査票は各医療機関が自ら厚生労働省のHPからダウンロードするものとする。URLは別添の作業要項を参照のこと。）
2. 調査票の回収率向上のため、各調査票の締切日の約1週間前には各医療機関に改めて提出期限が近づいている旨の周知を行うなど、回収率の向上にご協

力いただきますようお願いいたします。

なお、回収率が特に低い場合など、厚生労働省において必要と考える場合には、更なる周知をお願いする場合があります。

3. 調査の対象・期間及び締切日は、各調査票で以下のように異なるため、各都道府県はこの点に留意の上、管下の医療機関に案内してください。

調査票A：調査対象 令和元年9月1日時点の院内の状況

締切日 令和元年10月15日

調査票B：調査対象 令和元年10月1日～31日に受診した外国人患者

調査期間 令和元年10月1日～11月30日（※）

締切日 令和元年12月16日

（※）調査票Bでは未収金の状況を調査しているものであり、本調査においては「未収金を生じた患者」を「診療の対価を請求したにも関わらず、請求日より1か月を経ても診療費の全額を支払っていない患者」と定義しています。未収金を生じた患者が発生した場合、その状況を最長1か月追跡するため、調査期間は最長で11月30日までとしています。

4. 提出先

提出先となるメールアドレスは、別添の作業要項の＜調査の手順＞（2）及び（3）の通り、厚生労働省のホームページに後日掲載します。

以上

「医療機関における外国人患者の受入に係る実態調査」御協力のお願い  
(作業要項)

各医療機関におかれましては、ご多用のところ誠に恐縮でございますが、本作業要項を参照の上、調査票に記入し、期日までに提出をいただきますようお願いいたします。

なお、過去に外国人患者を受け入れた実績がない医療機関におかれましても調査にご協力いただきたく、重ねてお願い申し上げます。

<調査の手順>

- (1) 本実態調査では、2種類の調査を行います。
  - 調査A：医療機関における外国人患者の受入体制の調査
  - 調査B：外国人患者の受入実績の調査
  
- (2) 各医療機関は、以下の厚生労働省のホームページから調査票をダウンロードしてください。  
(調査票ダウンロードアドレス)  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000202918.html>
  
- (3) 各医療機関は、Microsoft Excel形式で記入した各調査票をメールにて電子的に返送してください。その際、メール本文に病院のご担当者のご所属、氏名、連絡先を明記してください。回答先メールアドレスは上記(2)の調査票ダウンロードアドレスにて後日掲載いたします。
  
- (4) 調査の対象・期間及び締切日が各調査票で以下のように異なるため御留意ください。
  - 調査票A：  
調査対象 令和元年9月1日時点の院内の状況  
締切日 令和元年10月15日
  
  - 調査票B：  
調査対象 令和元年10月1日～31日に受診した外国人患者  
調査期間 令和元年10月1日～11月30日(※)  
締切日 令和元年12月16日

(※) 調査票Bでは未収金の状況を調査しているものであり、本調査においては「未収金を生じた患者」を「診療の対価を請求したにも関わらず、請求

日より1か月を経ても診療費の全額を支払っていない患者」と定義しています。未収金を生じた患者が発生した場合、その状況を最長1か月追跡するため、調査期間は最長で11月30日までとしています。

- (5) 本調査結果については、厚生労働省において取りまとめた上で、各都道府県において課題解決を検討するための参考情報となるよう、各医療機関に同意いただいた範囲で各都道府県に共有するとともに、厚生労働省において厚生労働科学研究に活用いたします。
- (6) 本実態調査の集計業務は委託事業者が実施する予定であり、提出いただいた回答に疑義等がある場合は、当該事業者より連絡する可能性があることをご承知おきください。
- (7) 問い合わせ先は、委託事業者に窓口を設けますので、ご不明な点がございましたら、委託事業者の窓口にご連絡いただきますようお願いいたします。なお、委託事業者の情報及び窓口の連絡先については(2)の調査票ダウンロードアドレスに後日掲載いたします。

以上

# 令和元年度医療機関における外国人患者の受入に係る実態調査について

厚生労働省では、訪日外国人旅行者が増加するなか、外国人に対する医療提供体制の現状を把握するため、昨年度に引き続き、全国の病院と一部の診療所及び歯科診療所（京都府及び沖縄県）を対象とした実態調査を行うこととし、各都道府県の衛生主管部（局）長宛に協力依頼（医政総発0913号第1号、令和元年9月13日）を発出したところです。

各医療機関におかれましては、追って作業要項等が送付されますので、ご協力の程宜しくお願い致します。また、過去に外国人患者を受け入れた実績がない医療機関におかれても調査にご協力いただきたく、重ねてお願い申し上げます。

## <病院ご担当者様へ>

本年度の調査に用いる調査票は以下よりダウンロードし、Excel形式にて記入を賜りたく存じます。詳しくは都道府県から送付される作業要項等をご覧ください。

- ・調査票A（病院向け）[\(Excel\)](#)
- ・調査票B（病院向け）[\(Excel\)](#)

## <診療所・歯科診療所（京都府及び沖縄県）ご担当者様へ>

診療所・歯科診療所向けの調査票は追って掲載します。詳しくは外部事業者から送付される作業要項等をご覧ください。

## <調査票の提出先、調査に関するお問い合わせ先>

本年度の調査は厚生労働省から外部事業者に委託して行うため、調査票に関するお問い合わせ及び調査票の提出先は委託先事業者が以下の通り設定しております。

事業者名：株式会社アストジェイ

電話番号：03-6262-9714

受付時間：月～金 9:00～17:30

提出先メールアドレス：[r1\\_kokusai-tenkai@astweb.co.jp](mailto:r1_kokusai-tenkai@astweb.co.jp)

（メール本文に、病院のご担当者様の所属、氏名、連絡先を明記の上、記入済の調査票（Excel）を添付して送付ください）

以上、ご多用の折誠に恐れ入りますが、調査へのご協力のほど何卒宜しくお願い致します。



PDFファイルを見るためには、[Adobe Reader](#)というソフトが必要です。[Adobe Readerは無料で配布されていますので、こちらからダウンロードしてください。](#)

医療機関における外国人患者の受入に係る実態調査  
 調査票 A 医療機関における受入体制に関する調査票（病院向け）

- ・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	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（※）	人		
2 外国人対応マニュアルの整備状況	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	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）	外国人患者対応の専門部署		受付
	その他（右欄に具体的に記入）		

※ 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	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	人									
b. 専任・兼任の別	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"/>	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人数	専任		名	兼任		名				
c. 常勤・非常勤の別	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	常勤		名	非常勤		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）	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）									
e. コーディネーター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 そのほか（下欄に具体的に記入）									
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"/>	医療者のサポート	<input type="checkbox"/>	トラブルの際に窓口となって対応	<input type="checkbox"/>	院内の連携調整					
<input type="checkbox"/>	院外の関係機関との連携調整	<input type="checkbox"/>	組織の課題の解決策の提示	<input type="checkbox"/>	組織の課題の解決策の実行					
<input type="checkbox"/>	その他（右欄に具体的に記入）									
<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"/>	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）									

2-4. 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		1 配置している・2 配置していない	
a. 医療通訳の人数		人	
b. 専任・兼任の別		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"/>	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人数		専任	名
		兼任	名
c. 常勤・非常勤の別		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		常勤	名
		非常勤	名
d. 週の中で医療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)	
e. 医療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 そのほか (下欄に具体的に記入)	
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"/>	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"/>	ロシア語	<input type="checkbox"/>	スペイン語
<input type="checkbox"/>	インドネシア語	<input type="checkbox"/>	ベトナム語
<input type="checkbox"/>	その他 (下欄に具体的に記入)	<input type="checkbox"/>	タガログ語

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)		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. ビデオ通訳 (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. ビデオ通訳 (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. 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"/>	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. 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。					

2-7. 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		1 多言語化している ・ 2 多言語化していない	
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）			
<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"/>	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		1 医療機関として導入している ・ 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	
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. （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）		外国人患者対応の専門部署	受付
		診療部門	
		その他（右欄に具体的に記入）	
c. 端末に備わっている機能（該当するもの全てにレ点）			
<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"/>	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"/>	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。

<b>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</b>	<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"/> Union Pay (銀聯カード)
<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"/> Diners (ダイナース)
<input type="checkbox"/> その他（下欄に具体的に記入）		
<b>2. 非接触カードを利用した決済</b>	<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"/> WAON
<input type="checkbox"/> 楽天Edy	<input type="checkbox"/> QUICPay	<input type="checkbox"/> その他（下欄に具体的に記入）
<input type="checkbox"/> その他（下欄に具体的に記入）		
<b>3. QRコードを利用した決済</b>	<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"/> PayPay (ペイペイ)
<input type="checkbox"/> LINE Pay (ラインペイ)	<input type="checkbox"/> 楽天ペイ	<input type="checkbox"/> その他（下欄に具体的に記入）
<input type="checkbox"/> その他（下欄に具体的に記入）		
<b>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。</b>		
<input type="checkbox"/>		

## 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"/>	<input type="checkbox"/> パスポート等、身分確認証のコピーの保存	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 在留カード
	<input type="checkbox"/>	<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			



医療機関における外国人患者の受入に係る実態調査  
調査票B 外国人患者の受入に関する調査票(病院向け)

- ・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の実績等についてお尋ねするもの(調査票B)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10月1日～10月31日に受診した外国人についてお答えください。

1. 基本情報

1-1. 貴院の基本情報を太枠内にご記入下さい。

フリガナ					電話(代表)		
医療機関名					ファクシミリ		
所在地	〒		-				
医療機関コード							

2. 外国人患者の受入実績について

令和元年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、訪日外国人、医療を目的に訪日した外国人については、以下の定義に基づきご回答ください。

- ・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。  
 なお、在留資格を持っている外国人の多くは保険証を所持しています。日本語での意思疎通が難しい在留外国人は、「日本語での意思疎通が難しい、日本に居住している外国籍の患者」を選択下さい。
- ・訪日外国人（医療渡航を除く）：  
 観光等の目的で日本に短期間訪日している外国人。ただし、下記の「医療を目的に訪日した外国人」を除く。
- ・医療を目的に訪日した外国人：訪日外国人のうち、日本に入国する前に、医療機関と調整した上で来日した外国人。

※保険証を所持している、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**で記載ください。  
 ※「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関わらず、請求日より1か月を経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。

		外来				入院			
A 在留外国人患者	1 受入れの有無	1 あり・2 なし・3 把握できなかった				1 あり・2 なし・3 把握できなかった			
	(3の場合) 把握できなかった理由								
	(1または2の場合) 把握している在留外国人患者	1 在留資格を持ち中長期日本に居住している外国人患者 2 日本語での意思疎通が難しい、在留資格をもつ外国籍の患者							
2 (1で受入れ「あり」の場合) 期間内の延べ患者数	(延べ患者数)		名		(延べ患者数)		名		
	概数を把握している場合 (番号を記入)				概数を把握している場合 (番号を記入)				
	1. 5名以内		3. 11～20名		1. 5名以内		3. 11～20名		
2. 6～10名		4. 21名以上		2. 6～10名		4. 21名以上			
3	受け入れた外国人の国籍について以下に該当する外国人の人数をお答えください。また、以下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」の欄に記載ください。国籍が把握できなかった場合は、「その他」の欄に「不明〇名」と記載ください。								
	中国	名	ベトナム	名	ロシア	名		名	
	アメリカ合衆国	名	インドネシア	名	韓国	名		名	
	カナダ	名	モンゴル	名	オーストラリア	名		名	
	フィリピン	名							
	その他								
4 受け入れた患者のうち、未収金を生じた患者	(延べ患者数)		名		(延べ患者数)		名		
	未収金の合計金額 (円)		円				円		
5 公的医療保険利用の有無	あり		名		あり		名		
	なし		名		なし		名		
L 「あり」のうち保険種別	国民健康保険	名	健康保険 (※1) (被保険者)	名	健康保険 (※2) (被扶養者)	名	その他	名	
6 民間医療保険利用の有無	あり		なし						

(※1) 企業等に勤務している方で、協会けんぽや健康保険組合の保険証を所持している方。  
 (※2) 企業等に勤務している方に扶養されている方で、協会けんぽや健康保険組合の保険証を所持している方。

		外来				入院							
B 訪日外国人（医療渡航を除く）	1 受入れの有無	1 あり・2 なし・3 把握できなかった				1 あり・2 なし・3 把握できなかった							
	(3の場合) 把握できなかった理由												
	2 (1で受入れ「あり」の場合) 期間内の延べ患者数	(延べ患者数)				名	(延べ患者数)				名		
		概数を把握している場合（番号を記入）											
				1. 5名以内	3. 11～20名				1. 5名以内	3. 11～20名			
				2. 6～10名	4. 21名以上				2. 6～10名	4. 21名以上			
3	受け入れた外国人の国籍について以下に該当する外国人の人数をお答えください。また、以下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」の欄に記載ください。国籍が把握できなかった場合は、「その他」の欄に「不明〇名」と記載ください。												
	中国	<input type="text"/>	名	ベトナム	<input type="text"/>	名	ロシア	<input type="text"/>	名				
	アメリカ合衆国	<input type="text"/>	名	インドネシア	<input type="text"/>	名	韓国	<input type="text"/>	名				
	カナダ	<input type="text"/>	名	モンゴル	<input type="text"/>	名	オーストラリア	<input type="text"/>	名				
	フィリピン	<input type="text"/>	名										
	その他	<input type="text"/>											
4	受け入れた患者のうち、	(延べ患者数)				名	(延べ患者数)				名		
	未収金の合計金額（円）					円					円		
5	公的医療保険利用の有無	あり				名	あり				名		
		なし				名	なし				名		
	「あり」のうち保険種別	国民健康保険	<input type="text"/>	名	健康保険（※1） （被保険者）	<input type="text"/>	名	健康保険（※2） （被扶養者）	<input type="text"/>	名	その他	<input type="text"/>	名
6	民間医療保険利用の有無	あり				なし							

(※1) 企業等に勤務している方で、協会けんぽや健康保険組合の保険証を所持している方。

(※2) 企業等に勤務している方に扶養されている方で、協会けんぽや健康保険組合の保険証を所持している方。

		外来、入院（健診のみのものを除く）				健診のみのもの（外来、入院を問わない）				
C 医療を目的に訪日した外国人	1 受入れの有無	1 あり・2 なし・3 把握できなかった				1 あり・2 なし・3 把握できなかった				
	(3の場合) 把握できなかった理由									
	2 (1で受入れ「あり」の場合) 期間内の延べ患者数	(延べ患者数)		名		(延べ患者数)		名		
		概数を把握している場合（番号を記入）								
		1. 5名以内		3. 11～20名		1. 5名以内		3. 11～20名		
		2. 6～10名		4. 21名以上		2. 6～10名		4. 21名以上		
	3	受け入れた外国人の国籍について以下に該当する外国人の人数をお答えください。また、以下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」の欄に記載ください。国籍が把握できなかった場合は、「その他」の欄に「不明〇名」と記載ください。								
	中国	名	ベトナム	名	ロシア	名				
	アメリカ合衆国	名	インドネシア	名	韓国	名				
	カナダ	名	モンゴル	名	オーストラリア	名				
フィリピン	名									
その他										
4	受け入れた外国人の診断のICD分類について以下に該当する外国人の人数をお答えください。また、以下にあげた診断以外の診断を受け入れた外国人を受け入れた場合、その診断と人数を「その他」の欄にICD-10に基づき記載ください。									
悪性新生物 (C00-C97)	名	循環器系疾患 (I00-I99)	名	腎尿路生殖器系疾患 (N00-99)	名					
呼吸器系疾患 (J00-J99)	名	妊娠、分娩及び産褥 (O00-O99)	名	損傷、中毒及びその他の外因の影響 (S00-T98)	名					
筋骨格系及び結合組織疾患 (M00-M94)	名	消化器系疾患 (K00-K94)	名	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害 (D50-D89)	名					
眼及び付属器の疾患、耳及び乳様突起の疾患 (H00-H95)										
その他										
5	受け入れた患者のうち、未収金を生じた患者	(延べ患者数)		名	(延べ患者数)		名			
L	未収金の合計金額 (円)			円			円			
6	公的医療保険利用の有無	あり		名	あり		名			
		なし		名	なし		名			
L	「あり」のうち保険種別	国民健康保険	名	健康保険(※1) (被保険者)	名	健康保険(※2) (被扶養者)	名	その他	名	
7	民間医療保険利用の有無	あり			なし					

(※1) 企業等に勤務している方で、協会けんぽや健康保険組合の保険証を所持している方。

(※2) 企業等に勤務している方に扶養されている方で、協会けんぽや健康保険組合の保険証を所持している方。

5. 未収金を生じた患者の詳細について

令和元年10月1日～10月31日の期間に受け入れた外国人患者のうち、未収金を生じた患者のそれぞれについて、以下の表にご記入ください。

	国籍	患者分類 (以下から選択) ①: 在留外国人 ②: 訪日外国人(医療 渡航を除く) ③: 医療を目的に訪日 した外国人	入院/ 外来	(入院の場合) 入院日数 (日)	診断名	請求金額 (総額、円)	未収となった 金額 (円)	医療機関が 加入する 保険による 未収金の補填 (有、無)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								

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			