

大阪府来阪外国人患者受入れ体制整備の検討に向けた調査(宿泊施設向け)

・本調査は、大阪府における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。

1. 基本情報について

貴施設の名称等基本情報に太枠内にご記載ください。

フリガナ		電話番号	
名称		FAX	
所在地	〒		
客室数			
		総宿泊可能人数	

2. 外国人宿泊者の受入れ状況について

Q 1 貴施設の昨年度(平成29年4月1日から平成30年3月31日)の外国人宿泊者数について当てはまるものを下記から1つ選択してください。

- | | | |
|------------------|-------------------|---------------------|
| 1. 100人以下、 | 2. 101~1,000人、 | 3. 1,001~3,000人、 |
| 4. 3,001~5,000人、 | 5. 5,001~10,000人、 | 6. 10,001人以上⇒約()人、 |
| 7. 外国人宿泊者はなし。 | | |

Q 2 貴施設における昨年度の外国人宿泊者の国籍・地域、年齢層の上位3つをそれぞれ番号にご記入ください。

区分	回答欄	選択肢
国籍・地域	1位	1中国、 2韓国、 3台湾、 4香港、 5タイ、 6シンガポール、
	2位	7マレーシア、8インドネシア、9フィリピン、 10ベトナム、11インド、12アメリカ、13カナダ、
	3位	14オーストラリア、15イギリス、16フランス、 17スペイン、18その他、19不明
年齢層	1位	1.19歳以下 2. 20代 3. 30代
	2位	4. 40代 5. 50代 6. 60代以上
	3位	7. 特定の年代はない。 8. 不明

2. 外国人宿泊者向け医療情報等の整備状況

Q 3 貴施設は外国人宿泊者への救急等医療に関する対応マニュアルを作成されていますか。当てはまる数字を回答欄に記載してください。

- 1 自社で作成している。
- 2 救急等医療に対するものはないが、他のマニュアルに一部掲載がある。
- 3 作成していない。

Q 3-1 Q3で1もしくは2と回答された方にお聞きします。マニュアル掲載項目について当てはまるものに○をしてください。(複数回答可)

- | | | | |
|---|--------|---|--------------|
| 1 | 症状の聞き方 | 6 | 症状の緩和への処置・知識 |
| 2 | 既往歴の確認 | 7 | 救急車を依頼する判断基準 |

- | | | | | | |
|---|--------------------------|---------------|----|--------------------------|-------------------|
| 3 | <input type="checkbox"/> | 持参薬の確認 | 8 | <input type="checkbox"/> | 多言語での症状や病名に関する日本語 |
| 4 | <input type="checkbox"/> | 保険加入の有無の確認 | 9 | <input type="checkbox"/> | 診療費等の支払現金の所持の確認 |
| 5 | <input type="checkbox"/> | クレジットカード所有の確認 | 10 | <input type="checkbox"/> | その他 |

Q 4 外国人宿泊者の方の急な怪我・病気に対応するための外国人を受け入れる医療機関リスト等を作成・保有していますか。

→ ありの場合、Q4-1へ
 → なしの場合、Q5へ

Q 4-1 Q4でありと回答された方にお聞きます。保有している情報リストに掲載されている主な項目について当てはまるものに○をしてください。(複数回答可)

- | | | | | | |
|---|--------------------------|----------|---|--------------------------|---------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | 病院所在地 | 4 | <input type="checkbox"/> | 対応言語 |
| 2 | <input type="checkbox"/> | 診療科目 | 5 | <input type="checkbox"/> | 救急外来の有無 |
| 3 | <input type="checkbox"/> | 診療時間・休診日 | 6 | <input type="checkbox"/> | その他 |

(その他自由記述欄)

Q 5 外国人宿泊者からの医療に関する問い合わせ、受診の際、相談等可能な特定の医療機関はありますか。あり、なしでご回答願います。(医療機関数は問わず。)

→ ありの場合、Q5-1へ
 → なしの場合、Q6へ

Q 5-1 Q5で特定の医療機関があると回答された方にお聞きます。特定の医療機関に依頼している内容について、該当する項目の欄の横に「○」を記入してください。(複数選択可)

- | | | |
|---|------------------|--------------------------|
| 1 | 患者の受入 | <input type="checkbox"/> |
| 2 | 患者に関する往診 | <input type="checkbox"/> |
| 3 | 患者に関する電話相談 | <input type="checkbox"/> |
| 4 | その他(記述欄にも記入願います) | <input type="checkbox"/> |

4 (その他自由記述欄)

3. 外国人宿泊者の医療情報問い合わせ及び対応状況

Q 6 病気怪我等に関し外国人宿泊者から医療情報に関する問い合わせをうけたことがありますか

→ ありの場合、Q6-1～へ
 → なしの場合、Q7へ

Q 6-1 Q6で「あり」と答えた宿泊施設にお聞きます。外国人宿泊者からの医療情報に関する問い合わせ内容について、選択肢から上位3つをお選びください。

- 1 2 3

選択肢	①医療機関の紹介、②常備薬の交付、③薬局の紹介(通常の買い物ではなく、けが・病気により薬を要する場合に限る)④救急車の手配依頼、⑤日本の医療制度に関する問い合わせ(医療保険、医療費等)⑥その他
-----	--

⑥ (その他自由記述欄)

Q 6-2 Q6で「あり」と答えた宿泊施設にお聞きます。医療情報の問い合わせが多い時間帯について当てはまるものに○をお付け下さい。(複数回答可)

- 1 9時～12時 2 12時～20時 3 20時～24時
4 24時～翌9時 5 特定の時間帯はない

Q 6-3 Q6で「あり」と答えた宿泊施設にお聞きます。宿泊者がけがや病気になった際、申し出の多い症状について、下記の選択肢から主なものを3つお選びください。(順不同)

選択肢	1. 発熱 2. 意識障害 3. 頭痛 4. めまい・ふらつき 5. 痙攣 6. 胸痛・背部痛 7. 動悸 8. 呼吸困難 9. 咳・痰 10. 腹痛 11. 嘔気・嘔吐 12. 下痢 13. けが(かすり傷・打撲・捻挫等) 14. 異物誤飲 15. やけど 16. 四肢の腫れ・痛み(骨折の疑い) 17. 鼻血 18. 発疹 19. 食物・薬のアレルギー 20. その他
-----	---

20 (その他記入欄)

Q 6-4 Q6で「あり」と答えた宿泊施設にお聞きます。外国人旅行者が医療機関の受診を希望した場合、貴施設では実際どのような対応を行ったことがありますか。当てはまるものに全て○を

- 1 医療機関の紹介
2 医療機関への事前連絡
3 医療機関受診の流れについての説明
4 医療機関への同行
5 医療機関の診療・検査等への付き添い
6 医療通訳サービスの手配
7 宿泊者から提示のあった緊急連絡先への連絡
8 医療機関の受診希望は今までない。
9 その他

9(その他自由記述欄)

5. 外国人宿泊者への医療情報の提供のあり方について

Q 7 外国人宿泊者への医療情報の提供を充実させるにあたって、どのような情報があれば便利と考えますか。該当する項目の横の欄に「○」を記入してください。(複数選択可)

- 1 外国人受け入れ医療機関のリスト
2 外国人患者対応等各種マニュアル
3 医療通訳サービス情報
4 モバイル端末で利用可能な多言語医療情報アプリ
5 その他(記述欄にも記入願います)

(その他自由記述欄)

※参考～具体例

- 2 外国人患者対応等各種マニュアル

行政、公的団体がそれぞれ編纂している外国人患者受入れに向けた対応方法をまとめたマニュアル。

厚生労働省 外国人患者受入れのための病院用マニュアル案(厚労省) ▪

http://www.twmu.ac.jp/Basic/int-trop/_userdata/sympo_001.pdf ▪

外国人患者の受入参考書(経産省) ▪

http://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/26fy_sankousyo_all.pdf ▪

Q 8 外国人宿泊者から医療情報に関する問い合わせを受けた際に参考にしている情報源について、当てはまるものに○をしてください。(複数回答可)

- | | | |
|----|--------------------------|---------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | 自社の本部・本社等の対応窓口 |
| 2 | <input type="checkbox"/> | 行政機関及び公的な医療相談窓口 |
| 3 | <input type="checkbox"/> | 日本政府観光局「訪日外国人受け入れ可能医療機関リスト」 |
| 4 | <input type="checkbox"/> | 大阪観光局コールセンター(医療機関紹介窓口) |
| 5 | <input type="checkbox"/> | 自社の本部・本社等の対応窓口 |
| 6 | <input type="checkbox"/> | 大阪府WEBサイト「外国人のための医療情報ガイド」 |
| 7 | <input type="checkbox"/> | 大阪府WEBサイト「外国人旅行者の安全確保に関する取組について」 |
| 8 | <input type="checkbox"/> | 大阪観光局 緊急時お役立ちポータルサイトEmergency |
| 9 | <input type="checkbox"/> | 大阪府医療機関情報システム |
| 10 | <input type="checkbox"/> | 民間医療相談窓口 (名称: <input type="text"/>) |
| 11 | <input type="checkbox"/> | その他WEBサイト (名称: <input type="text"/>) |
| 12 | <input type="checkbox"/> | その他 |

12(その他自由記述欄)

Q 9 WEBサイト等で、医療情報を検索・閲覧・参考にする際の利用形態について、○を付けてください。(複数選択可)

- | | | |
|-----------|---|--------------------------|
| パソコンからの利用 | 1 | <input type="checkbox"/> |
| モバイルからの利用 | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 利用形態は不明 | 3 | <input type="checkbox"/> |

5 自由意見

Q 10 外国人宿泊者への医療情報提供に向けてご意見がありましたらお願いいたします。
(自由記述欄)

調査は以上です。ご協力ありがとうございました。

〈お願い〉

本調査結果を受け、個別ヒアリングにお伺いするお願いをさせて頂く可能性があります。ご多忙の折、大変恐縮ですが、何卒ご協力よろしくお願いいたします。