JIGH　メディフォン事務局　（全日本病院協会 団体契約係）　宛

ＦＡＸ： 03-6478-8286 / メール： [ajha2018@mediphone.jp](mailto:ajha2018@mediphone.jp)

全日本病院協会 電話医療通訳の利用促進事業　アンケート調査票

　本アンケート調査は、全日本病院協会の実施する「電話医療通訳の利用促進事業」への参加会員病院における外国人患者の受入れ状況の実態を把握し、円滑な外国人患者受入れ支援実施のための基礎資料を得ることを目的に実施しております。お忙しいところ恐縮でございますが、アンケートにご記入頂けますようお願いいたします。また、ヒアリングのご協力依頼をさせていただく場合もございますので、合わせてご協力何卒宜しくお願い申し上げます。

【医療機関名】

【記入担当部署】

【記入担当者名】

**次ページに続きます。引き続き、ご協力お願いいたします。　1/3ページ**

**次ページに続きます。引き続き、ご協力お願いいたします。　1/3ページ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ⅰ. 貴院についておうかがいします。 | | | | | | | | | | | |
| 1. 所在する都道府県 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 1. 医療機関規模 | | | | | | | | | | | |
| ①300床以上　　 ②200~299床　　③100床〜199床　　④20床〜99床　 ⑤19床未満 | | | | | | | | | | | |
| Ⅱ. 貴院の外国人患者の受入れ状況について教えてください。 | | | | | | | | | | | |
| 1. 外国人患者の平均した来院頻度に近いものに○をつけてください。 | | | | | | | | | | | |
| 1 日に三名以上　　　2 日に一〜二名　　　3 週に三〜四名　　　4 週に一名〜二名  5 月に二〜三名　　6 月に一名程度 7 数ヶ月に一名程度　　8 それ未満　　　9 不明 | | | | | | | | | | | |
| 1. 来院する外国人患者について、おおよその比率を記入してください。 | | | | | | | | | | | |
| 1 保険診療（　　　　　　　　）割　　2 自費診療（　　　　　　　　）割　　　3 不明 | | | | | | | | | | | |
| 1. 通訳を必要とする言語について必要度の高い順に1-3まで番号を記入してください。 | | | | | | | | | | | |
| 英語 |  | 中国語 |  | 韓国語 |  | ベトナム語 |  | タガログ語 |  | ポルトガル語 |  |
| ネパール語 |  | タイ語 |  | インドネシア語 |  | スペイン語 |  | その他（具体的に：　　　　　　　　語） | | |  |
| 1. 外国人患者の対応で困っていることがありますか。   「はい」の場合、特に困っている場面に○をつけてください。※複数選択可 | | | | | | | | | | | |
| 1 はい　　　　　2 いいえ  【外来】  ⅰ 受付（時間内）　　ⅱ 受付（時間外）　ⅲ 診察における対応　　ⅳ 看護師の対応  ⅴ 検査での対応　　ⅵ MSWなどの相談時の対応　　ⅶ 会計時　　　ⅷ 薬についての対応  ⅸ その他事務手続きでの対応　　ⅴ その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　）  【病棟】  ⅰ 日常的な看護　　ⅱ 回診や医師の説明　　ⅶ 入退院説明・会計など事務対応  ⅳ 面会者の対応　　ⅴ その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  【問い合わせ】  ⅰ 電話問い合わせ　　ⅱ メール問い合わせ | | | | | | | | | | | |
| 1. 外国人患者受入れで課題に感じていることに○をつけてください。　※複数選択可 | | | | | | | | | | | |
| 1 言語や意思疎通の不自由さ　　2 対応にかかる時間や労力　　3 異文化対応  4 医療費未払いのリスク　　　　5 トラブルや訴訟のリスク  6 その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 1. 電話通訳以外に外国人患者対応のために行なっていることに○をつけて下さい。　※複数選択可 | | | | | | | | | | | |
| 1 受入れマニュアルやルールの作成　　2 通訳者・語学堪能者の雇用　　3 ビデオ通訳の利用  4 翻訳アプリの利用　　5 資料（問診票・同意書など）の多言語化　　6 院内表示の多言語化  7 ウェブサイトの多言語化　　8 同じ地域の病院・診療所との連携　　9 宗教対応  10 概算医療費の事前提示　　11 前払い・保証金の導入　　12 クレジットカード払いの導入  13 その他支払い方法（銀聯・スマホ決済等）の導入　　14 外国人患者受入れに関する院内研修  15 外国語（医療英語等）に関する院内研修・教育　　16 身分証明書（在留カード・パスポート）で  の本人確認　　17 その他 （具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| Ⅲ. 電話医療通訳について、ご意見をうかがいます。 | | | | | | | | | | | |
| 1. 本事業以前の電話医療通訳に対する認識について、あてはまるものに○をつけてください。 | | | | | | | | | | | |
| 1 まったく知らなかった　　2 聞いたことはあった　　3 どういうものか知っていた  4 利用したことがあったが、利用を中止していた　　5 すでに利用していた | | | | | | | | | | | |
| 1. 電話医療通訳に期待していることに、○をつけてください。　※複数選択可 | | | | | | | | | | | |
| 1 いつでも繋がる（常時性）　　2 すぐに繋がる（即時性）　3 英語以外の言語で利用できる  4 医療用語を理解して訳してくれる　5 患者にわかりやすく訳してくれる  6 電話での会話にも対応してくれる　7 体制整備をしているという根拠になる（訴訟対策）  8 その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　）  **次が最後のページです。引き続き、ご協力お願いいたします。　2/3ページ** | | | | | | | | | | | |
| 1. 電話医療通訳を利用するにあたって不安なことに、○をつけてください。　※複数選択可 | | | | | | | | | | | |
| 1 つながりにくい 2 使いづらい（受話器の受け渡し） 3 通訳者が医療用語を理解してくれない  4 通訳者の日本語能力が低い（通訳者が外国出身者の場合）　5 スタッフへの周知・浸透ができない  6 利用が多く超過料金が発生する 7 その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 1. 本事業の参加以後、電話医療通訳の利用はありましたか？ | | | | | | | | | | | |
| 1 ある（→設問5.6.へ）　　　2 ない（→設問7.へ）　　3 把握していない | | | | | | | | | | | |
| 1. （設問4.で「ある」と回答した方のみ）電話医療通訳に対する満足度について教えてください。 | | | | | | | | | | | |
| 1 とても満足している　　2 おおむね満足している　　3 少し不満足　　4 とても不満足 | | | | | | | | | | | |
| 1. （設問4.で「ある」と回答した方のみ）電話医療通訳に対して不満に感じたことはどれですか。 | | | | | | | | | | | |
| 1 つながりにくい　 2 使いづらい（受話器の受け渡し）　3 医療用語を理解してくれない  4日本語能力が低い（通訳者が外国出身者の場合）　5 スタッフへの周知・浸透がしづらい  6 その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 1. （設問5. で「ない」と回答した方のみ）利用がない理由を教えてください。 | | | | | | | | | | | |
| 1 日本語に不自由がある外国人患者が来ていない　　2 院内周知が行えていない  3 周知は行なっているが現場で利用を躊躇している（面倒・うまくいくか不安などで利用しない）  4 超過料金が発生しないように利用や周知を制限している　　5 理由はわからない | | | | | | | | | | | |
| 1. 本事業で電話医療通訳の利用に満足をした場合、有料でも利用を継続しようと思いますか。 | | | | | | | | | | | |
| 1 全日本病院協会の事業として継続するのであれば有料でも前向きに参加を検討する（→設問9へ）  2 料金次第だが、電話医療通訳サービス事業者との個別契約でも検討はする（→設問10へ）  3 有料であれば今のところ継続は考えていない（→設問10へ） | | | | | | | | | | | |
| 1. （8.で「1」と回答された方にお伺いします。）料金はどの程度であれば検討可能でしょうか。 | | | | | | | | | | | |
| 月額（　　　　　　　　　　　　）円まで | | | | | | | | | | | |
| 1. 配布した外国人患者受入れ支援ツールで有益だと感じるものはなんですか。　※複数選択可 | | | | | | | | | | | |
| 1 受付対応マニュアル（パウチ）　　2 言語確認シート（パウチ）  3 電話医療通訳メディフォン利用マニュアル（パウチ）　　4 指差しツール（パウチ）  5 多言語診察申込書（紙）　6 その他（具体に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 1. 電話医療通訳以外にどのような支援を期待しますか。　※複数選択可 | | | | | | | | | | | |
| 1 書類の翻訳（診断書・紹介状など）　　2 多言語資料（問診票・同意書など）の提供  3 受入れ相談窓口の運用　　4 海外保険対応の支援　　　5 新しい決済手段の導入支援  6 スタッフへの教育　　 7 その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 1. その他、ご意見・ご要望をお聞かせください。 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **設問は以上です。ご協力誠にありがとうございました。**  **3/3ページ** | | | | | | | | | | | |