

岐阜県医療通訳ボランティア斡旋事業事務処理要領

第1 目的

この要領は、岐阜県医療通訳ボランティア斡旋事業（以下「斡旋事業」という。）に係る事務処理について定めることを目的とする。

第2 医療通訳ボランティアの登録及び辞退

- (1) この要領において「医療通訳ボランティア」とは、公益財団法人岐阜県国際交流センター（以下「センター」という。）が実施する斡旋事業の医療通訳ボランティア登録試験に合格し、斡旋事業に協力する意思があり、センターに登録されている医療通訳ボランティア（対応言語は、ポルトガル語、中国語、タガログ語又はベトナム語）をいう。
- (2) 前項の医療通訳ボランティア登録試験合格者のうち、医療通訳ボランティアの登録を希望する者は、様式1によりセンター理事長に申請するものとする。
- (3) センター理事長は、前項の申請を受理した場合は、様式2による医療通訳ボランティア登録証（以下「登録証」という。）を発行するものとする。
- (4) 医療通訳ボランティアは、登録証の使用にあたっては、次の各号に掲げる事項を遵守しなければならない。
 - ア 斡旋事業における医療通訳ボランティアの業務中は、登録証を携行し、見える位置に着用すること。
 - イ 斡旋事業における医療通訳ボランティアの業務中以外は、登録証を使用しないこと。
 - ウ 登録証を紛失したときは、速やかにセンターにその旨を報告すること。
- (5) 医療通訳ボランティアは、当該登録事項に変更がある場合、又は当該登録を辞退する場合は、様式3によりセンター理事長に届け出るとともに、当該登録を辞退する場合は、登録証をセンター理事長に返還しなければならない。
- (6) センター理事長は、医療通訳ボランティアが、医療通訳ボランティアとしてふさわしくない行為や信用を失墜させる行為を行った場合は、当該登録を抹消することができる。

第3 医療通訳ボランティアの斡旋

- (1) 医療通訳ボランティアの通訳方法は、対面による通訳（斡旋先医療機関での通訳）又はオンラインによる通訳（Zoom, Skype等）とする。
- (2) 医療機関は、医療通訳ボランティアの斡旋が必要な場合は、様式4により、斡旋事業の趣旨を通訳が必要な患者に説明し、当該患者から同意を得るものとする。また、医療機関は様式4-2を当該患者に配布することとする。
- (3) 医療通訳ボランティアの斡旋依頼は、医療機関代表者等が、センター理事長に、様式5に様式4の写しを添えて、原則として最も早い斡旋希望日から起算して3日前（センターの休日（次の各号に掲げるものをいう。以下同じ。）は日数に数えない。）までに行うものとする。ただし、初診のみ、外国籍県民等からの依頼があった場合、乙が斡旋依頼に係る予約の支援を行うものとする。センターは、医療機関代表者等以外からの医療通訳ボランティアの斡旋依頼は、受理しないものとする。
 - ア 土曜日
 - イ 国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）に規定する休日
 - ウ 12月29日から翌年の1月3日までの日（前号に掲げる日を除く。）
- (4) センター理事長は、医療機関代表者等からの医療通訳ボランティアの斡旋依頼に基づき、医療通訳ボランティアと斡旋の日時等について調整した後、医療通訳ボランティアに、様式6に様式5中の「斡旋希望日時」の斡旋予定日時以外の日時及び「患者に関する情報」の氏名を削った写しを添えて依頼するものとする。
- (5) センター理事長は、様式5の「斡旋希望日時」の斡旋予定日時以外の日時を削って、「事務局記入欄」に必要事項を記入し、医療機関代表者等に通知したうえで、斡旋を行うものとする。
- (6) センター理事長は、医療通訳ボランティアの斡旋の決定について、電話により、医療通訳ボランティアによる通訳を希望した患者に通知するものとする。
- (7) 医療機関は、医療通訳ボランティア斡旋の依頼を取り消す場合は、斡旋予定日から起算して前日（センターの休日は日数に数えない。）の午後3時までに、センターに連絡するものとする。

第4 医療通訳ボランティアの業務

- (1) 医療通訳ボランティアの業務は、医療機関における日常的な診療・検査に係る事項についての通訳とし、インフォームド・コンセントのような高度医療における通訳には対応しない。

- (2) 医療通訳ボランティアは、医療通訳ボランティアの業務と関係のない業務及び患者の個人的な依頼については、対応しないものとする。
- (3) 医療通訳ボランティアの業務の時間は、原則として、1回につき概ね2時間程度を目途とし、医療機関の診療時間内とする。
- (4) 医療通訳ボランティアの業務の開始は、医療機関の担当者、医療通訳ボランティア及び患者の三者で打ち合わせを開始した時間とする。また、当該業務の終了は、上記三者で当該業務の終了を確認した時間とする。

第5 医療通訳ボランティアの斡旋に要する費用

- (1) 医療通訳ボランティアの斡旋に要する費用（以下「費用」という。）は、原則医療機関または患者が負担するものとする。
- (2) 費用の額は、旅費相当分を含め医療通訳ボランティアの通訳1回当たり3,000円とする。
なお、業務当日に患者が事前連絡なしに医療機関へ来なかった場合等、患者や医療機関が原因となるキャンセルが発生し、医療通訳ボランティアが業務当日に医療機関へ予定どおり訪問した場合、医療機関側でキャンセル料として1,500円を医療通訳ボランティアへ支払うものとする。
- (3) 費用の支払いは、業務実施から速やかに、医療機関または患者が、医療通訳ボランティアへ現金または金融機関口座への振り込みにより行う。なお、支払い方法は各医療機関の会計方式によるものとする。
(様式は任意。：参考「請求書」、「領収書」「口座振込依頼書」)

第6 業務完了の報告

- (1) 医療通訳ボランティアは、業務完了後、センターへ速やかに電話によりその旨報告するものとする。また、医療機関代表者等は、業務完了後、センター理事長に様式7により速やかに報告するものとする。

第7 留意事項

- (1) センターの対応時間は、センターの休日を除く日の午前9時から午後6時までとする。
- (2) センターは、医療通訳ボランティアの資質向上に配慮するものとする。
- (3) 医療通訳ボランティアは、医療通訳に関する知識、技術及び倫理の向上に努めるものとする。
- (4) 医療機関は、医療通訳ボランティア受入の体制整備を行い、医療通訳ボランティアが円滑に通訳業務を行えるよう配慮するものとする。

附 則

この要領は、令和26年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和4年1月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和5年1月24日から施行する。

令和 年 月 日

医療通訳ボランティア登録申請書

公益財団法人岐阜県国際交流センター理事長 様

署名

私は、医療通訳ボランティアとして登録したいので、下記のとおり申し込みます。
また、登録医療通訳ボランティアの業務を行う際は、下記事項の遵守を誓約します。

- 1 岐阜県医療通訳ボランティア幹旋事業事務処理要領に従うとともに、医療機関の職員と協力して誠実に業務を行います
- 2 業務上知り得た秘密は、登録時のみならず、登録が抹消された後も第三者に漏らしません。
- 3 自己の不注意によって幹旋事業の関係者に損害を与えないよう、誠実に業務を遂行します。

ふりがな	(せい)		(めい)		国籍	
氏名	(姓)		(名)		母語	
住所	〒 ー (都道府県名から記入してください。)					
電話・FAX	固定電話		携帯電話		FAX	
メールアドレス	携帯電話:			パソコン:		
生年月日	(西暦) 年 月 日生 (男・女)					
勤務先等	名 称:					
	所在地:					
	電話		FAX			
業務中 緊急時の連絡先	氏名	岐阜 次郎	電話	058-276-XXXX	FAX	058-277-XXXX 続柄 父
幹旋業務関係事項						
通訳言語 (該当箇所○)	ポルトガル語 中国語 タガログ語 ベトナム語					
通訳方法 (該当箇所○)	<input type="checkbox"/> 対面 (幹旋先医療機関での通訳) <input type="checkbox"/> オンライン (Zoom, Skype等)					
幹旋依頼時の 連絡方法 (該当箇所○)	第1希望		第2希望		第3希望	
	固定電話 携帯電話 勤務先		固定電話 携帯電話 勤務先		固定電話 携帯電話 勤務先	
業務可能日時 (該当箇所○ 複数選択可)	月 午前・午後・夜間			金 午前・午後・夜間		
	火 午前・午後・夜間			土 午前・午後・夜間		
	水 午前・午後・夜間			日 午前・午後・夜間		
	木 午前・午後・夜間					
業務可能地域 (該当箇所○)	岐阜市 大垣市 関市 美濃加茂市 その他 (市町村)					
その他特記事項: 特に申し出たい事項があればご記入ください。						

様式1の記入例

令和5年1月1日

医療通訳ボランティア登録申請書

公益財団法人岐阜県国際交流センター理事長 様

署名

私は、医療通訳ボランティアとして登録したいので、下記のとおり申し込みます。
また、登録医療通訳ボランティアの業務を行う際は、下記事項の遵守を誓約します。

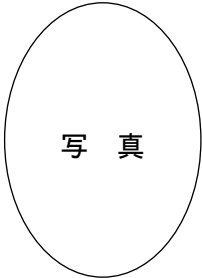

- 1 岐阜県医療通訳ボランティア幹旋事業事務処理要領に従うとともに、医療機関の職員と協力して誠実に業務を行います
- 2 業務上知り得た秘密は、登録時のみならず、登録が抹消された後も第三者に漏らしません。
- 3 自己の不注意によって幹旋事業の関係者に損害を与えないよう、誠実に業務を遂行します。

ふりがな	(せい)	ぎふ	(めい)	たろう	国籍	日本
氏名	(姓)	岐阜	(名)	タロウ	母語	日本語
住所	〒500-XXXX 岐阜 都・道・府・県 岐阜市藪田南X-X-X ○○アパート1号室 (都道府県名から記入してください。)					
電話・FAX	固定電話	058-272-XXXX	携帯電話	090-XXX-XXXX	FAX	058-273-XXXX
メールアドレス	携帯電話: mail@mail.jp			パソコン: pcmail@pcmail.jp		
生年月日	(西暦)	19XX	年	1	月	1日生 (男・女)
勤務先等	名称: ○○△△会社 所在地: 岐阜県岐阜市藪田南X-X-X X					
	電話	058-274-XXXX	FAX	058-275-XXXX		
業務中 緊急時の連絡先	氏名	岐阜 次郎	電話	058-276-XXXX	FAX	058-277-XXXX 続柄 父
幹旋業務関係事項						
通訳言語 (該当箇所に○)	ポルトガル語		中国語	タガログ語	ベトナム語	
通訳方法 (該当箇所に○)	■ 対面 (幹旋先医療機関での通訳) ■ オンライン (Zoom, Skype等)					
幹旋依頼時の 連絡方法 (該当箇所に○)	第1希望		第2希望		第3希望	
	固定電話 携帯電話 勤務先		固定電話 携帯電話 勤務先		固定電話 携帯電話 勤務先	
業務可能日時 (該当箇所に○ 複数選択可)	月 午前・午後・夜間			金 午前・午後・夜間		
	火 午前・午後・夜間			土 午前・午後・夜間		
	水 午前・午後・夜間			日 午前・午後・夜間		
	木 午前・午後・夜間					
業務可能地域 (該当箇所に○)	岐阜市 大垣市 関市 美濃加茂市 その他 (市町村)					
その他特記事項: 特に申し出たい事項があればご記入ください。						

様式 2

医療通訳ボランティア登録証

表 面

医療通訳ボランティア登録証	
登録番号:	
氏 名:	
岐阜 タロウ	
上記の者は岐阜県医療通訳ボランティア斡旋事業の医療通訳ボランティア登録者であることを証明する。	
発行年月日: 令和〇〇年 〇月 〇日	
公益財団法人	
岐阜県国際交流センター理事長 	

裏 面

【倫理遵守事項】

私は医療通訳ボランティアとして、下記倫理事項を順守します。

- ・通訳は忠実かつ正確に行い、分からないことについて確認することを怠りません。
- ・中立した立場で通訳します。
- ・患者の国籍、人種、民族、宗教、性別、社会的地位に関わらず、思いやりを持って公平に対応します。
- ・患者のプライバシーを尊重し、職務上知り得た秘密については一切他言しません。
- ・個人的な謝礼は受け取りません。
- ・常に通訳技術等の向上に努めます。
- ・約束の時間を厳守し、華美な服装や装飾品を身につけることなく、清潔な身なりを心がけ、品行の保持に努めます。

令和 年 月 日

医療通訳ボランティア登録事項変更・登録辞退届

公益財団法人岐阜県国際交流センター理事長 様

氏 名

(登録番号)

医療通訳ボランティアの登録事項を変更したので、
医療通訳ボランティアの登録を辞退したいので、
(※一方を削る)
下記のとおり届け出ます。

変更事項	変更前	
	変更後	
辞退	理由	
備考		

医療通訳ボランティア斡旋同意確認書

【岐阜県医療通訳ボランティア斡旋事業とは】

岐阜県医療通訳ボランティア斡旋事業は、日本語が不自由な方が、安心して医療機関を受診することができるよう、岐阜県、公益財団法人岐阜県国際交流センター及び県内医療機関が協力して実施するものです。

医療通訳ボランティアは、公益財団法人岐阜県国際交流センターが実施する医療通訳ボランティア登録試験に合格しており、医療通訳ボランティアとしての知識や技術を持っています。

医療通訳ボランティアは、あなたの通訳について最善を尽くしますが、もし、あなたが、通訳の内容に疑問を持ったり、十分理解できない場合があったりする場合は、納得できるまで説明を求めてください。医療通訳ボランティアの業務従事時間は概ね2時間程度です。

医療通訳ボランティアは、業務上知り得たあなたの秘密を漏らすことはありません。

上記の内容をご理解いただき、あなたが医療通訳ボランティアの紹介を希望される場合は、下記同意書に署名等の記入をお願いします。

なお、医療通訳ボランティアの都合がつかず、紹介されない場合もございますので、ご了承ください。

また、別添の「医療通訳ボランティア斡旋に関する注意事項」を必ずお読みください。

岐阜県

公益財団法人岐阜県国際交流センター

〇〇〇〇 (※医療機関名称)

同意書

- 1 私はこの斡旋事業の趣旨を理解し、医療通訳ボランティアの斡旋に同意します。
- 2 通訳の際必要な自身の情報を医療通訳ボランティア、〇〇〇〇 (※医療機関名称) 及び公益財団法人岐阜県国際交流センターに提供することに同意します。
- 3 私は、この斡旋事業の利用に関し、必要な経費¥_____を医療通訳ボランティアに支払います。
- 4 医療通訳ボランティアの斡旋を受けたことによって生じた損害について、医療通訳ボランティア、〇〇〇〇 (※医療機関名称)、岐阜県及び公益財団法人岐阜県国際交流センターの責任を問いません。

年 月 日

患者署名 _____

連絡先 (原則はFAX又は携帯電話メールアドレス)

FAX _____

携帯電話メールアドレス _____

FAX又は携帯電話メールアドレスを持たない場合の連絡先

(平日の 時～ 時)

携帯電話 _____

固定電話 _____

(自宅・勤務先)

パソコンメールアドレス _____

医療通訳ボランティア斡旋同意確認書

【岐阜県医療通訳ボランティア斡旋事業とは】

岐阜県医療通訳ボランティア斡旋事業は、日本語が不自由な方が、安心して医療機関を受診することができるよう、岐阜県、公益財団法人岐阜県国際交流センター及び県内医療機関が協力して実施するものです。

医療通訳ボランティアは、公益財団法人岐阜県国際交流センターが実施する医療通訳ボランティア登録試験に合格しており、医療通訳ボランティアとしての知識や技術を持っています。

医療通訳ボランティアは、あなたの通訳について最善を尽くしますが、もし、あなたが、通訳の内容に疑問を持ったり、十分理解できない場合があったりする場合は、納得できるまで説明を求めてください。医療通訳ボランティアの業務従事時間は概ね2時間程度です。

医療通訳ボランティアは、業務上知り得たあなたの秘密を漏らすことはありません。

上記の内容をご理解いただき、あなたが医療通訳ボランティアの紹介を希望される場合は、下記同意書に署名等の記入をお願いします。

なお、医療通訳ボランティアの都合がつかず、紹介されない場合もございますので、ご了承ください。

また、別添の「医療通訳ボランティア斡旋に関する注意事項」を必ずお読みください。

岐阜県
公益財団法人岐阜県国際交流センター
〇〇〇〇 (※医療機関名称)

同意書

- 1 私はこの斡旋事業の趣旨を理解し、医療通訳ボランティアの斡旋に同意します。
- 2 通訳の際必要な自身の情報を医療通訳ボランティア、〇〇〇〇 (※医療機関名称) 及び公益財団法人岐阜県国際交流センターに提供することに同意します。
- 3 医療通訳ボランティアの斡旋を受けたことによって生じた損害について、医療通訳ボランティア、〇〇〇〇 (※医療機関名称)、岐阜県及び公益財団法人岐阜県国際交流センターの責任を問いません。

年 月 日

患者署名 _____

連絡先 (原則はFAX又は携帯電話メールアドレス)

FAX _____

携帯電話メールアドレス _____

FAX又は携帯電話メールアドレスを持たない場合の連絡先

(平日の 時～ 時)

携帯電話 _____

固定電話 _____ (自宅・勤務先)

パソコンメールアドレス _____

医療通訳ボランティア斡旋に関する注意事項

1 医療通訳ボランティア斡旋の決定の内容の連絡について

(公財) 岐阜県国際交流センターから、同意書に記載されました連絡先に斡旋できるかどうか、斡旋できる場合は斡旋の日時をあわせて連絡いたします。

連絡先は、FAX (FAXがない場合は、携帯電話メールアドレス) あてに連絡いたします。FAXも携帯メールアドレスもない場合は、携帯電話等に連絡いたします。

斡旋希望日の前日までに岐阜県国際交流センターから連絡がない場合は、お手数ですが、下記の岐阜県国際交流センターの担当者あてに連絡願います。

2 医療通訳ボランティア斡旋を取り消しされる場合について

(公財) 岐阜県国際交流センターから医療通訳ボランティア斡旋ができる旨の連絡を受けた後、やむを得ず、医療通訳ボランティア斡旋を取り消しされる場合は、速やかに、下記の担当者あてに電話にてご連絡ください。担当者が不在の場合は、電子メールで連絡してください。電子メールで連絡される場合は、件名に「CANCEL・氏名(ローマ字)」を記載し、メール本文に取り消しの理由を明記してください。

医療通訳ボランティア斡旋予定日の前日午後3時までに連絡がなくキャンセルされた場合には、費用負担をしていただく場合があります。

なお、事前に連絡をされずに、取り消しをされた場合は、以後、医療通訳ボランティア斡旋はいたしません。

公益財団法人岐阜県国際交流センターの連絡先

電話：058-214-7700

メールアドレス：gic@gic.or.jp

医療通訳ボランティア斡旋依頼書

令和 年 月 日

公益財団法人岐阜県国際交流センター理事長 様

(依頼者) 医療機関名称
代表者等職氏名

下記のとおり、医療通訳ボランティアの斡旋を依頼します。

通訳言語	ポルトガル語 タガログ語	中国語 ベトナム語	希望する性別 <small>※希望に添えないことがあります</small>	希望無し 女性 ・ 男性
斡旋希望日時 <small>(事前の打ち合わせ時間も含めてください) ※様式6及び様式7に添付する 写しにおいては、斡旋日時以外の 日時を削ります。</small>	(第1希望) 年 月 日 () 時 分から 時 分まで (24時間表示)			
	(第2希望) 年 月 日 () 時 分から 時 分まで (24時間表示)			
通訳方法	<input type="checkbox"/> 対面 (斡旋先医療機関での通訳) <input type="checkbox"/> オンライン (Zoom, Skype等) *	*オンラインの場合 ID, パスワード等 の必要事項		
業務内容 <small>(具体的な診察、検査内容等、 事前準備に必要な情報)</small>	[通訳場面] <input type="checkbox"/> 受付 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 会計 <input type="checkbox"/> 病室 <input type="checkbox"/> 院内薬局 <input type="checkbox"/> その他			
	[内 容]			
待ち合わせ場所	総合受付前 ・ 診療科受付前()科 ・ 検査室前() その他			
担当者連絡先	部 署		氏 名	
	電 話		F A X	
	メールアドレス			
患者に関する情報(医療通訳ボランティアとの日程調整の際、氏名については口頭でお伝えします)				
氏 名	(姓) (名) <small>※様式6に添付する写しにおいては、削ります。</small>	国 籍		
その他特記事項：特に患者について留意が必要な事項があればご記入ください				

医療通訳ボランティア斡旋決定通知書

令和 年 月 日

医療機関名称
代表者等職氏名

様

公益財団法人岐阜県国際交流センター理事長

(事務局記入欄) 医療通訳ボランティア斡旋についての決定事項			
(斡旋の可否)	斡旋 できます 斡旋 できません	通訳方法	対面 (斡旋先医療機関での通訳) オンライン (Zoom, Skype等)
医療通訳ボランティア 氏名		(性別)	(国籍)
携帯電話		携帯電話メールアドレス	

F A X : 0 5 8 - 2 6 3 - 8 0 6 7 メールアドレス : gic@gic.or.jp

事務局処理番号

様式 6

医療通訳ボランティア斡旋依頼内容書

令和 年 月 日

医療通訳ボランティア

様

公益財団法人岐阜県国際交流センター理事長

このことについては、別紙「医療通訳ボランティア斡旋依頼書」（写）のとおりです。

医療通訳ボランティア業務完了報告書

令和 年 月 日

公益財団法人岐阜県国際交流センター理事長 様

(依頼者) 医療機関名称 :

(担当者) 氏名 :

 依頼書どおり、業務が完了しました。 下記のとおり、医療通訳ボランティアの業務に変更がありましたので、報告します。

変更後の業務時間	年 月 日 () 時 分から 時 分まで
変更後の業務内容 (下欄は依頼書の内容から 変更事項があった時のみ 記入)	<input type="checkbox"/> 受付 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 会計 <input type="checkbox"/> 病室 <input type="checkbox"/> 院内薬局 <input type="checkbox"/> その他
その他特記事項：特に報告することがあればご記入ください。	

公益財団法人岐阜県国際交流センター

FAX : 058-263-8067 メールアドレス : gic@gic.or.jp

事務局処理番号

<参考> (医療機関様宛) ※任意の請求書をご利用ください。

請求書

様

医療通訳ボランティア謝金として¥ _____ を請求します。

令和 年 月 日

住所 _____

氏名 _____ 印

振込先:

ふりこみこうざめいぎじん

振込口座名義人 _____

ぎんこう

してん

_____ 銀行 _____ 支店

こうざばんごう

口座番号 _____

印

領収書

令和 年 月 日

様

¥ _____ (内税額 _____)

但し 医療通訳ボランティア謝金として 上記正に領収いたしました。

住所 _____

氏名 _____ 印

印

領収書 (控)

令和 年 月 日

¥ _____ (内税額 _____)

但し 医療通訳ボランティア謝金として 上記正に領収いたしました。

<参考> (患者様宛) ※任意の請求書をご利用ください。

請求書

様

医療通訳ボランティア謝金として ¥ を請求します。

令和 年 月 日

岐阜市柳ヶ瀬通1-12 岐阜中日ビル2階

公益財団法人岐阜県国際交流センター 医療通訳ボランティア登録番号 ㊤

印

領収書

令和 年 月 日

様

¥ , (内税額)

但し 医療通訳ボランティア謝金として 上記正に領収いたしました。

岐阜市柳ヶ瀬通1-12 岐阜中日ビル2階

公益財団法人岐阜県国際交流センター 医療通訳ボランティア登録番号 ㊤

印

領収書 (控)

令和 年 月 日

¥ , (内税額)

但し 医療通訳ボランティア謝金として 上記正に領収いたしました。