

医療通訳サポーター制度運営要綱（改正案）

（目的）

第1条 この要綱は佐賀県内の病院やクリニック、保健機関等（以下、「医療・保健機関等」という。）に医療通訳サポーターを派遣することにより、日本語の困難な県内外国人住民を支援することで、医療・保健サービスの円滑化を図ることを目的とする。

（実施主体）

第2条 公益財団法人佐賀県国際交流協会（以下、「協会」という。）が、佐賀県及び県内関係機関と協力し、本事業を実施する。

（募集・登録）

第3条 医療通訳サポーターの募集は、協会が行い、次の者の中から登録する。

- (1) 協会が主催している医療通訳サポーター養成講座を修了し、登録試験の結果、協会が医療通訳サポーターとして認定した者
 - (2) 20歳以上で、日本語及び外国語を話し、医療通訳サポーターとしてふさわしい活動ができると協会が判断した者
- 2 登録期間は、登録日から、登録者から登録抹消の申し出のある日までとする。
- 3 医療通訳サポーターとして登録した者は、活動に必要な知識や技術の向上に常に努めることとする。

（登録解除）

第4条 医療通訳サポーターが、活動において他者に著しく損害を与えたり、迷惑をかけた場合は、その登録を解除することができる。

（派遣および報告）

第5条 協会は、医療通訳サポーターの派遣依頼があった場合は、当該依頼内容を審査し、次の各号に該当するなど派遣が必要と認められる場合は、登録済みの医療通訳サポーターの中から適当な者を派遣するように努める。ただし、依頼者の希望に沿う医療通訳サポーターがいない場合は、その旨を速やかに連絡するものとする。

- (1) 受診する医療機関が決まっており、予約もしくは受診日時が決まっている場合
- (2) 事前に受診内容が分かっている場合
- (3) 派遣先に該当する言語で対応できる医師、看護師又は職員がいない又は居ても対応ができない場合
- (4) 電話通訳では対応が不十分と思われる場合
- (5) その他、前各号に準ずる程度の派遣を認めるに値する事由がある場合

- 2 派遣を希望する医療・保健機関、外国人住民本人（代理人を含む）は、原則として、派遣希望日の1週間前までに医療通訳サポーター派遣依頼書（様式第1号）文書又はメールにより協会に依頼する。

- 3 派遣時間は、原則として、協会開所日の月曜日から金曜日の午前9時から午後5時までの間とする。また1回の活動時間は、原則として3時間以内とする。
- 4 派遣は、次の各号の利用条件に同意をした医療機関、患者に対してのみ派遣する。
 - (1) 医療通訳サポーターは、医療通訳サポーター派遣依頼書(様式1)に記載されている内容以外のことは基本的に行わず、現場での新たな依頼には対応しない。
 - (2) 医療通訳に関し、依頼者または相手方に万が一不利益や損害が生じたとしても、(公財)佐賀県国際交流協会および医療通訳サポーターは、法的責任を一切負わない。
 - (3) 待ち合わせ時間を30分過ぎても、依頼者または相手方が現れない場合は、依頼受理を取り消す。
- 5 医療通訳サポーターは、活動終了後、医療通訳サポーターの活動報告書(様式第2号)を作成し、速やかに協会に報告する。

(謝金の支給)

- 第6条 協会は医療通訳サポーターから活動報告書を受領した後、速やかに医療通訳サポーターに謝金を支払わなければならない。
- 2 医療通訳サポーターへの謝金の額は、原則として、1回あたり3,600円(3時間を超える場合は、1時間超過するごとに1,200円を加えた額)とし、また佐賀県の旅費規程に準じて別途旅費を支払う。
 - 3 待ち合わせの時間を30分過ぎて依頼者または相手方が現れない場合は、医療通訳サポーターに対し、謝金の3分の1にあたる1,200円および交通費を支弁する。

(守秘義務)

- 第7条 医療通訳サポーターは、活動を通じて知り得た個人情報・秘密を他にもらしてはいけない。また、医療通訳サポーターは登録抹消後も、同様に守秘義務を負うものとする。
- 2 協会は医療通訳サポーターの派遣を実施する上で、知り得た情報は厳正に管理し、第1条の目的以外に使用しないものとする。

(保険)

- 第8条 医療通訳サポーターの活動中の事故については、協会が適宜、利用可能なボランティア活動保険に加入・適用することにより対応することとする。

(その他)

- 第9条 この要綱に定めるもののほか、事業実施に関する必要な事項は別に定める。

附則

この改正による実施要綱は、平成27年4月1日から施行する。

附則

この改正による実施要綱は、平成28年4月1日から施行する。

附則

この改正による実施要項は、平成30年5月1日から施行する。

Volunteer Medical Interpreter Request Form

医療翻译志愿者派遣委托书 医療通訳サポーター派遣のご案内



This request form is for foreign residents or medical institutions wanting to request a volunteer medical interpreter to get medical treatment within Saga Prefecture. Please fill out the request form if you desire an interpreter, and submit it to SPIRA at least a week before prior to your appointment. Please be sure you understand and agree to the terms and conditions of the service below before signing the form. This form, along with detailed instructions regarding its completion and other information on the medical dispatch system are available for download on our web site. Volunteer interpreters will not make use of personal information obtained during sessions. Please note that in some cases we might not be able to dispatch a medical interpreter.

这个委托书是专为外国出身者与县内的医疗机构・保健机关，于医疗上需要医疗翻译志愿者协助翻译而所制定的委托书。如希望派遣时，请填写此表背面的委托表格，并在7天前向最近的财团事务所提出委托。在提出前，请先将使用条约阅理解后，签名提出委托。有关于详细介绍，请咨询相关人员，也可从财团的网页上，下载派遣委托书及医疗制度说明书。请多加利用。医疗翻译志愿者，在翻译现场所得知的个人情报，是被严禁不能使用在翻译目的以外的地方。不能立刻派遣时，请敬请谅解。

県内で診療等を受けようとする県内外国人住民の方または、県内の医療機関・保健機関の方が、医療通訳ボランティアの派遣を希望される場合は、下記の利用条件に同意した上で、医療通訳サポーター派遣依頼書（様式第1号により）を、原則として派遣希望日の1週間前までに文書、又はメールにて当協会にお申込みください。その際、必ず下記の利用条件をご確認いただき、署名をしてください。この派遣依頼書の様式はホームページからダウンロードできます。医療通訳サポーターは、通訳の際に知り得た個人情報を通訳の目的以外に使用することはありません。なお、派遣できない場合もありますので、あらかじめご了承ください。

Terms and conditions of Service:

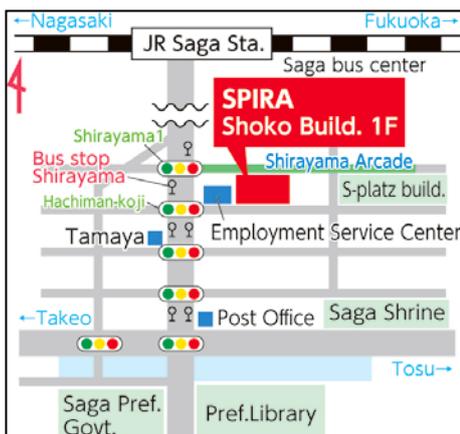
1. Volunteer interpreters are essentially exempt from engaging in activities beyond those stipulated in the request form, and from complying with additional requests made during the execution of duties.
2. SPIRA and its volunteer interpreters assume no liability for accidental damage to clients or other parties in relation to interpreting.
3. Dispatch is revoked if the client or representative fails to appear within 30 minutes of the appointed time.

利用条件

1. 医療翻译志愿者原则上仅对《医疗翻译志愿者派遣委托书》（第1号范本）上记载的内容进行翻译。派遣委托书上没有记载或现场出现的新的委托内容，不予对应。
2. 有关医疗翻译，万一给委托方或患者、关联机构带来利益上损害时，本协会及医疗翻译志愿无需承担任何法律责任。
3. 等待时间超过30分钟，委托方或患者仍未出现至现场的话，此次委托将被当场取消受理。

利用条件

1. 医療通訳サポーターは、医療通訳サポーター派遣依頼書（様式1）に記載されている内容以外のことは基本的に行わず、現場での新たな依頼には対応しない。
2. 医療通訳に関し、依頼者または患者、関係機関等に万が一不利益や損害が生じたとしても、協会及び医療通訳サポーターは、法的責任を一切負いません。
3. 待ち合わせ時間を30分過ぎても、依頼者または相手方が現れない場合は、依頼受理を取り消す。



〈医療通訳サポーター派遣に関するお問い合わせ〉

Saga Prefecture International Relations Association < SPIRA >
公益財団法人 佐賀県国際交流協会

☎840-0826

佐賀県佐賀市白山2丁目1番12号 佐賀商工ビル1F

TEL: (0952) 22-7830 FAX: (0952) 26-2055 E-mail: info@spira.or.jp

平日 (weekdays): 9:00am ~ 5:00pm

土曜日、日曜、祝日 (Saturday, Sunday, Public holidays): 休み close

Volunteer Medical Interpreter Request Form

医疗翻译志愿者派遣委托书 医療通訳サポーター派遣依頼書



Patient's name 患者姓名: _____	
Nationality 国籍: _____	Gender 性別: Male 男 · Female 女
Mother tongue 母語: _____	Age 年齢: _____
Applicant's name 申込者姓名: _____	
Applicant contact 申込者連絡先:	
<input type="checkbox"/> Telephone 电话 電話: () -	<input type="checkbox"/> FAX: () -
<input type="checkbox"/> Cell phone 手机 携帯: () -	
<input type="checkbox"/> Email address: _____ @ _____	
When do you need an interpreter? 希望派遣日時 派遣希望日時	
_____ (M) (月) _____ (D) (日) _____ (Day of the week 星期 曜日)	
Meeting Time 汇合时间 待ち合わせ時刻	<input type="checkbox"/> AM 午前
	<input type="checkbox"/> PM 午後 _____ :
Meeting place 汇合地点 待ち合わせ場所	
<input type="checkbox"/> main reception counter 综合挂号等候处 総合受付の待合所	<input type="checkbox"/> department reception counter 受诊科的待诊处 受診科の待合所
<input type="checkbox"/> Other 其它 その他 (_____)	
Location where interpretation would be taking place 希望派遣場所 希望派遣場所	
Place name 名称 名称 _____	
Telephone 电话 電話 () -	
Details・具体的翻译内容・具体的な通訳内容:	Language 翻译语言 通訳言語
	<input type="checkbox"/> English 英語
	<input type="checkbox"/> Chinese 中国語
	<input type="checkbox"/> The others その他 (_____)

※Personal information will not be used except for medical interpreting purposes.

你所提供的个人情报，不会在医疗翻译志愿者派遣事业以外的地方上使用。

ご提供いただいた個人情報は、この医療通訳サポーター制度の目的以外で使用することはありません。

Signing this form below indicates compliance with the terms and conditions of this medical interpreter dispatch system

同意医疗翻译志愿者派遣委托书上所记载的使用条约，并依照上記所记载的内容委托请派医疗翻译志愿者。

この医療通訳サポーター派遣制度の利用条件に同意し、上記内容により通訳ボランティアの派遣を依頼します。

Date 日期 (日付) _____

Signature 签名 (署名) _____

医療通訳サポーター派遣依頼書



患者情報

姓名：
(姓) _____ (名・ミドルネーム)

国籍： _____ 性別： 男 ・ 女 年齢： _____

派遣希望日時 ※予約や待ち合わせ時間をご記入下さい。

_____(月)_____(日)_____(曜日) □AM 午前 □PM 午後 _____ :

待ち合わせ場所

相談支援センター 受診科の待合所 (_____ 階 _____ 病棟)
 その他 (_____)

通訳言語

English 英語 中国語 中国語 The others その他 (_____)

受診科 ※複数受診される場合は、すべての受診科をご記入下さい。

産婦人科 小児科
 内科 (_____) 外科 (_____)
 循環器科 整形外科 (_____)
 精神科 泌尿器科
 その他 (_____)

具体的な通訳内容：

予定されている検査

血液検査 尿検査
 レントゲン (部位： _____) CT (部位： _____)
 MRI (部位： _____)
 その他 (_____)

使用予定資料 ※可能でしたら、佐賀県国際交流協会に資料を事前にお送り下さい。

入院のしおり 産科指導 Maternity Memories (ページ数： _____)
 同意書 (_____) その他 (_____)

※Personal information will not be used except for medical interpreting purposes.

你所提供的个人信息，不会在医疗翻译志愿者派遣事业以外的地方上使用。

ご提供いただいた個人情報は、この医療通訳サポーター制度の目的以外で使用することはありません。

Signing this form below indicates compliance with the terms and conditions of this medical interpreter dispatch system.

同意医疗翻译志愿者派遣委托书上所记载的使用条约，并依照上記所记载的内容委托请派医疗翻译志愿者。

この医療通訳サポーター派遣制度の利用条件に同意し、上記内容により通訳ボランティアの派遣を依頼します。

Date 日期 (日付) _____

Signature 签名 (署名) _____



医療通訳サポーター活動報告書

☆お疲れ様でした。活動終了後、7日以内に協会までご提出下さい☆ 年 月 日

(ふりがな) サポーター氏名		
活動日時	月 日 () 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分	
活動場所	_____ 病院・クリニック・保健所 _____ 科 _____	
活動内容		
言語(国籍)	語 ()	
患者氏名 *呼び名でも可		
結果	終了	継続 *継続の場合は、下欄 (注意が必要な使用単語)をご記入ください
注意が必要な 使用単語		
気付いたこと 感想など		
佐賀県国際交流協会 使用欄		



報告書の内容については、個人が特定されない範囲で、公益、また学術上の研究のために使用することがあります。

〈活動報告書のご提出先・お問い合わせ〉

公財)佐賀県国際交流協会 Saga Prefecture International Relations Association (SPIRA)
840-0826 佐賀県佐賀市白山2丁目1番12号 佐賀商エビル1F
TEL: (0952)25-7921 FAX: (0952)26-2055 Eメール: motomura@spira.or.jp