

H I C医療通訳ボランティア派遣事業利用規程

平成30年9月21日制定

(趣旨)

第1条 この規程は、広島県内において、外国人住民等が安心して医療・保健サービスを受けられるとともに、県内の医療機関・保健機関が円滑に診療・検診等のできる体制を整備することを目的として、公益財団法人ひろしま国際センター（以下「甲」という。）及び県内の医療機関・保健機関（以下「乙」という。）が連携して実施するH I C医療通訳ボランティア派遣事業（以下「ボランティア派遣事業」という。）を利用するために必要な事項を定める。このボランティア派遣事業では、乙において、受診する外国人住民等に通訳が必要と判断した場合、乙の依頼により、甲が、甲に登録された医療通訳ボランティア（以下「医療通訳ボランティア」という。）を可能な限り乙に派遣し、医療通訳ボランティアは、乙の指示の下に通訳活動を行うこととする。

(利用申込)

第2条 乙は、当利用規程に同意の上、別記様式1により甲に利用を申し込むものとし、甲が申込を受理した日から当該ボランティア派遣事業を利用できるものとする。

2 乙は、第1項の申込内容に変更がある場合は、速やかに別記様式1により甲に届出るものとする。

3 乙は、当該ボランティア派遣事業の利用を停止するときは、別記様式2により甲に申し込むものとする。

(業務分担)

第3条 甲及び乙は、それぞれ次に掲げる業務を行う。

(1) 甲の業務

ア 医療通訳ボランティア登録に関する企画及び実施

イ 派遣事業の運營業務

(ア) 医療通訳ボランティアの登録及び派遣

(イ) 医療通訳ボランティアへの支援

(ウ) 医療通訳ボランティアへの費用の支払い

(エ) その他派遣事業の運営に必要な業務

(2) 乙の業務

ア 担当者の指定

イ 医療通訳ボランティアの派遣についての患者や保健サービスを受ける者（以下「患者等」という。）の同意の確認

ウ 医療通訳ボランティアの派遣依頼及び事業完了報告

エ 医療通訳ボランティアに対する協力金等の費用の甲への支払い

オ その他患者等に関する情報の事前提供など派遣事業を円滑に運用するための協力

(医療通訳ボランティアの派遣依頼及び費用負担)

第4条 医療通訳ボランティアの対応言語は、英語、中国語、ベトナム語、タガログ語及びスペイン語とする。

2 派遣依頼は、乙より甲に、原則として最も早い派遣希望日から起算して原則5日前（甲の休日（次の各号に掲げるもの）は日数に数えない。）までに行うものとする。ただし、緊急の場合も、可能な範囲で対応することとする。

ア 日曜日

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。）

3 派遣依頼を行うことができるのは乙のみとする。

4 甲は、乙から感染症患者の通訳ボランティアの派遣依頼があった場合、派遣する医療通訳ボランティアへの感染の恐れがないと認める場合に限り、医療通訳ボランティアを派遣する。

5 このボランティア派遣事業に要する費用は、次の額とする。

医療通訳ボランティアに対する協力金	1回当たり2,000円とする。なお、乙における活動時間が2時間を超える場合は、1時間毎に1,500円を加算する。
医療通訳ボランティアの交通費相当額	派遣先の乙が医療通訳ボランティアの居住地と同一の市（町）である場合は、1,000円。なお、派遣先の乙が医療通訳ボランティアの居住地と異なる市（町）である場合は、実費を基本として甲と乙が協議し額を定める。

6 前項に規定する費用は、乙が負担するものとする。なお、乙は前項に規定する費用を甲に支払うものとする。

7 乙は医療通訳ボランティアの派遣の依頼を取り消す場合は、前日（甲の休日は日数に数えない。）午後3時までに甲に連絡するものとし、これに間に合わない場合もできるだけ速やかに連絡するものとする。

8 派遣当日に患者等が事前連絡なしに乙へ来なかった場合等、患者等や乙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派遣当日に乙へ予定どおりに訪問した場合には、乙はキャンセル料として1,500円に交通費相当額を加えた額を、甲を経由し医療通訳ボランティアに支払うものとする。

（費用の請求）

第5条 甲は、原則として1か月毎の前条の費用を翌月にまとめて乙に請求するものとし、乙は指定された期日までに甲の指定する口座に費用を振り込むものとする。

（医療通訳ボランティアの役割）

第6条 医療通訳ボランティアは、派遣先の乙において、異なる言語と文化を持つ医療従事者等と外国人患者等のコミュニケーションをつなぎ、意思疎通を図るため、乙の指示の下に通訳活動を行う。

2 医療通訳ボランティアの活動は、乙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（患者が医師から治療内容等について十分な説明を受け理解した上で、患者自身が同意し、最終的な治療方法を選択すること）のような高度医療における通訳には、原則として対応しないものとする。

3 医療通訳ボランティア及び乙は、患者等に対して、医療通訳ボランティアの名前及び連絡先を伝えない。

4 医療通訳ボランティアは、医療通訳のボランティア活動と関係のないこと及び患者等の個人的な依頼については、対応しないものとする。

- 5 医療通訳ボランティアの活動時間は、原則として、1回につき概ね2時間程度を目途とし、乙の診療（検診等）時間内（概ね午前9時から午後8時まで）とする。
- 6 医療通訳ボランティアの活動開始は、乙の担当者、医療通訳ボランティア及び患者等の三者で打ち合わせを開始した時間とする。また、当該活動の終了は、上記三者で当該活動の終了を確認した時間とする。

（保険の加入）

第7条 甲は、医療通訳ボランティアの活動中の不慮の事故や感染症等に対応するため、費用を負担して福祉サービス総合補償保険に加入する。

- 2 医療通訳ボランティアが事故等により被った損害に対して甲が補償するのは、前項の保険から支払われる金額を限度とする。

（賠償の責任）

第8条 医療通訳ボランティアの通訳過誤等の医療通訳について、甲は、乙に対して賠償の責任を負わないものとし、乙（公立等の公的保健機関は除く。）は、賠償責任保険に加入し、当該過誤等について担保できることを条件とする。また、医療通訳ボランティアの通訳過誤等の医療通訳について、甲及び乙は医療通訳ボランティアに対して賠償請求しない。

- 2 緊急あるいは不測の事態のため、派遣することになっていた医療通訳ボランティアが活動不能となった場合、甲はその責を負わない。

（秘密の保持）

第9条 甲及び乙は、ボランティア派遣事業の実施上知り得た秘密を第三者に漏らしてはならない。また、甲は医療通訳ボランティアに守秘義務を課さなければならないものとする。

（利用期間）

第10条 乙がこのボランティア派遣事業を利用できる有効期間は、第2条第1項に規定する申込受理日から、利用申込開始年度の末日（3月31日）までとする。翌年度以降も引続きボランティア派遣事業の利用を希望する場合、乙は有効期間満了日1週間前までに別記様式1により、甲に利用を申込みものとする。

（事務の取扱い）

第11条 詳細な取扱事務については、別途「H I C医療通訳ボランティア派遣事業事務処理要領」に定める。

（利用停止）

第12条 乙がこの利用規程に違反し、又は信用失墜行為、又は甲の事務手続きを著しく害する行為をした場合には、甲は乙に対し、別記様式3により利用停止を通知するものとする。

（協議）

第13条 この利用規程に定める条項の解釈に疑義が生じた場合、又はこの利用規程に定めのない事項については、甲及び乙との間で互いに誠意を持って協議し、解決を図るものとする。

附 則

- 1 この規程は、平成30年11月27日から施行する。
- 2 平成30年11月27日から平成31年3月31日までは、ボランティア派遣事業の実証期間とし、医療通訳ボランティアは広島市内の医療機関並びに広島市内及び廿日市市内の保健機関に対してのみ派遣する。なお、実証期間中、第4条第5項の費用は同条第6項の規定にかかわらず、甲が費用の全額を負担する。

別記様式1

「H I C医療通訳ボランティア派遣事業」利用申込書・変更届出書*

公益財団法人ひろしま国際センター会長 様

「H I C医療通訳ボランティア派遣事業利用規程」に同意の上、利用を申込み・変更を届け出*ます。

平成 年 月 日

(医療機関名等)

(管理者職氏名)

印

医療機関等の名称 (正式名称)	
郵便番号 住所	〒
管理者職氏名	
担当部署	
担当者職氏名	
電話番号	
F A X 番号	
電子メール	
費用負担 (医療通訳ボランティア への協力金等)	医療機関等が負担する(ただし、実証運用期間中を除く) ※1回当たり概ね2時間程度2,000円 なお、医療機関等における活動時間が2時間を超える場合は、1時間毎 に1,500円を加算する。 また、医療通訳ボランティアの交通費相当額は別に支給する。
加入保険	(保険会社名) (保険の名称) (補償期間)平成 年 月 日～平成 年 月 日

*不要の文字は削除すること。

※この様式は公益財団法人ひろしま国際センターのウェブページからダウンロードできます。

提出先：〒730-0037 広島市中区中町8-18 広島クリスタルプラザ6F

公益財団法人ひろしま国際センター H I C医療通訳ボランティア派遣事業 担当

TEL:082-541-3777 FAX:082-243-2001 e-mail:hic-medic@hiroshima-ic.or.jp

別記様式2

「H I C医療通訳ボランティア派遣事業」利用停止申込書

公益財団法人ひろしま国際センター会長 様

「H I C医療通訳ボランティア派遣事業」の利用を停止します。

平成 年 月 日

(医療機関名等)

(管理者職氏名)

印

医療機関等の名称 (正式名称)	
郵便番号 住所	〒
管理者職氏名	
担当部署	
担当者職氏名	
電話番号	
FAX番号	
電子メール	
利用停止の理由	

※この様式は公益財団法人ひろしま国際センターのウェブページからダウンロードできます。

提出先：〒730-0037 広島市中区中町8-18 広島クリスタルプラザ6F

公益財団法人ひろしま国際センター H I C医療通訳ボランティア派遣事業 担当

TEL:082-541-3777 FAX:082-243-2001 e-mail: hic-medic@hiroshima-ic.or.jp

第 号
平成 年 月 日

「H I C医療通訳ボランティア派遣事業」利用停止通知書

(医療機関等の管理者職氏名) 様

公益財団法人ひろしま国際センター会長

下記の理由により、「H I C医療通訳ボランティア派遣事業」の利用を停止します。

記

理由