

第 1 目的

この要領は、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。）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、公益財団法人ひろしま国際センター（以下「H I C」という。）が実施するボランティア養成研修を受講し、H I C の医療通訳ボランティア選考に合格し、ボランティア派遣事業に協力する意思があり、H I C に登録されている医療通訳ボランティア（対応言語は、英語、中国語、ベトナム語、タガログ語、ポルトガル語、スペイン語）をいう。
- (2) 前項のボランティア養成研修を受講し、H I C の医療通訳ボランティアの登録選考に合格した者のうち、医療通訳ボランティアの登録を希望する者は、H I C 会長に様式 1 により「ひろしま国際センター医療通訳ボランティア登録票（以下「登録票」という。）」を提出するものとする。
- (3) H I C 会長は、前項の登録票を受理した場合は、様式 2 による「公益財団法人ひろしま国際センター 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 ボランティア派遣事業における医療通訳ボランティアの活動中は、登録証を携行し、医療機関・保健機関（以下「医療機関等」という。）の医師等の職員から登録証の提示を求められた場合には応じること。
 - イ ボランティア派遣事業における医療通訳ボランティアの活動中以外は、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 H I C 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（抹消希望）する場合は、様式 3 により H I C 会長に届け出るとともに、登録証を H I C 会長に返還しなければならない。
- (6) H I C 会長は、医療通訳ボランティアが、次のいずれかに該当する場合は、当該登録を抹消する。
 - ア 傷病のため本事業の遂行に支障があり、若しくはこれに耐えられない場合
 - イ 本事業の遂行上、不適切な言動や態度がみられる場合
 - ウ 医療通訳ボランティアが登録を辞退（抹消希望）する場合
 - エ スキルアップ研修など H I C 主催の研修に、2 年連続して一度も参加しない場合

第 3 医療通訳ボランティアの派遣

- (1) 医療機関等は、医療通訳ボランティアの派遣が必要な場合は、様式 4 により、ボランティア派遣事業の趣旨を通訳の必要な患者や保健サービスを受ける者（以下「患者等」という。）に説明し、当該患者等（民法の成年後見人、保佐人及び補助人を含む）から同意を得るものとする。また、医療機関等は様式 4-2 を当該患者等に配付し、注意事項を伝える。
- (2) 医療通訳ボランティアの派遣依頼は、様式 5 により、医療機関等の管理者が H I C 会長に対して行うものとする。H I C は、医療機関等の管理者以外からの医療通訳ボランティアの派遣依頼は、受理しないものとする。
- (3) H I C 会長は、医療機関等の管理者から感染症患者の医療通訳ボランティアの派遣依頼があった場合、派遣先の医療機関等における感染拡大防止策や派遣する医療通訳ボランティアの免疫力を確認し、派遣先医療機関等の医師が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判断する場合に限り、医療通訳ボランティアを派遣する。また、感染症患者の通訳のため、医療通訳ボランティアを派遣する場合、医療通訳ボランティアには、感染症患者の状態及び派遣先の医療機関等で特に注意しなければならないことを丁寧に説明する。
- (4) H I C 会長は、様式 5 により医療機関等の管理者からの医療通訳ボランティアの派遣依頼が

あった場合、該当言語の医療通訳ボランティアの登録者の中から、当該依頼条件（性別、派遣する医療機関等と居住地の位置関係）をできるだけ満たす者（派遣候補者）に対して、電話により派遣日時等の調整を行い、派遣する者を選定する。

なお、H I C会長は、派遣する医療通訳ボランティアに、様式6に様式5中の「派遣希望日時」のうち調整のできた派遣日時以外の日時をマスキングした写しを添えて依頼内容を連絡する。

(5) H I C会長は、様式5の「派遣希望日時」のうち調整のできた派遣日時以外の日時をマスキングし、「H I C記入欄」に必要事項を記入し、医療機関等の管理者に通知したうえで、派遣を行うものとする。医療機関等の管理者は、H I Cからの通知書を受理した後、患者への連絡等を責任をもって行う（参考様式：様式7）

(6) 医療機関等は、医療通訳ボランティア派遣の依頼を取り消す場合は、派遣予定日の前日（センターの休日（次の各号に掲げるもの）は日数に数えない。）の午後3時までに、H I Cに連絡するものとする。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。

H I Cは、医療機関等からの連絡を受け、派遣することとしていた医療通訳ボランティアに連絡する。

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

(7) H I Cは、医療通訳ボランティアを派遣する予定日の前日に、当該派遣予定の医療通訳ボランティアに連絡を取り、医療機関等への派遣が確実に行われるようにする。

第4 医療通訳ボランティアの役割

(1) 医療通訳ボランティアの活動は、医療機関等における日常的な診療・検査等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。

(2) 医療通訳ボランティア及び医療機関等は、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。

(3) 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。

(4) 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、医療機関等の診療（検診等）時間内（概ね午前9時から午後8時まで）とする。

(5) 医療通訳ボランティアの活動開始は、医療機関等の担当者、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。

第5 医療通訳ボランティアの派遣に要する費用

(1) 医療通訳ボランティアの派遣に要する費用（以下「費用」という。）は、医療機関等が全額負担するものとする。

(2) 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、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。
医療通訳ボランティアの交通費相当額	派遣先医療機関等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、派遣先医療機関等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H I Cと医療機関等が協議し額を定める。

なお、派遣当日に患者等が事前連絡なしに医療機関等へ来なかった場合等、患者等や医療機関等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医療機関等へ予定どおり訪問した場合には、医療機関等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医療通訳ボランティアに支払うものとする。

(3) 医療通訳ボランティアへの費用の支払いは、原則として医療機関等における活動日の翌月末までに現金又は金融機関口座への振り込みにより行う。

なお、H I Cは費用の負担者である医療機関等に対し、原則として1か月毎の費用を翌月にまとめて支払いを請求する。

第6 派遣事業完了の報告

医療通訳ボランティアは、派遣事業完了後7日以内に、H I Cに様式8により医療通訳ボランティア活動報告書を提出するものとする。また、医療機関等の管理者は、派遣事業完了後速やかに、H I C会長に様式9により医療通訳ボランティア完了報告書を提出するものとする。

第7 留意事項

- (1) H I Cの対応時間は、H I Cの休日を除く日の午前9時から午後6時までとする（ただし、土曜日は午前9時30分から午後6時までとする。）
- (2) H I C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、通訳技術及び倫理の向上に努めるものとする。
- (4) 医療機関等は、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活動を行えるよう配慮するものとする。

附 則

- 1 この要領は、平成30年11月27日から施行する。
- 2 医療通訳ボランティア派遣事業の正式運用に向けた準備期間（実証期間及び検討期間）として、医療通訳ボランティアは、平成30年11月27日から令和3年3月31日までは、次の表の左欄に掲げる区域に対してのみ派遣する。なお、準備期間中、第5の費用は第5（1）の規定にかかわらず、H I Cが費用の全額を負担する。

区 域	実証期間	検討期間
広島市	平成30年11月～令和元年11月	令和元年12月～令和3年3月
廿日市市	平成31年4月～令和2年3月 (保健機関は平成30年11月から)	令和2年4月～令和3年3月
三原市、尾道市、 福山市、府中市、 世羅町、神石高原 町	令和元年9月～令和2年8月	令和2年9月～令和3年3月
東広島市	令和元年10月～令和2年9月	令和2年10月～令和3年3月

附 則

この要領は、令和元年9月17日から施行する。

附 則

- 1 この要領は、令和3年4月1日から施行する。
- 2 医療通訳ボランティア派遣事業の正式運用に向けた準備期間を、令和4年3月31日まで延長する。ただし、派遣対象区域は、広島県内全域とする。

附 則


- 1 この要領は、令和4年4月1日から施行する。
- 2 医療通訳ボランティア派遣事業の正式運用に向けた準備期間を、令和5年3月31日まで延長する。

附 則

- 1 この要領は、令和5年4月1日から施行する。
- 2 医療通訳ボランティア派遣事業の正式運用に向けた準備期間を、令和6年3月31日まで延長する。

様式 2

(表面)

公益財団法人ひろしま国際センター 医療通訳ボランティア登録証	
写真	医療通訳ボランティア (〇〇〇語)
	名前 ○ ○ ○ ○
	上の者は、公益財団法人ひろしま国際センター医療通訳事業における登録医療通訳ボランティアであることを証明します。
登録No.	令和 年 月 日
	公益財団法人ひろしま国際センター 会長
	

(裏面)

医療通訳ボランティアの行動規範
医療通訳ボランティアは、医療通訳ボランティアとしての自覚を持ち、「倫理・心得」を遵守し、医療通訳ボランティアとしてふさわしい態度と行動をとってください。
<ul style="list-style-type: none">・利用者の基本的人権を尊重し、公平に対応すること。・活動上知り得た情報を外部に漏らさないこと。登録抹消後も同様とする。・患者等の意思に反して、患者等のプライバシーに踏み込まないこと。・自らの意見をはさんだり、相手から求められても、助言したり、自分の価値観や主観を混ぜたりしないこと・通訳は忠実かつ正確に行うこと。正確で漏れのない情報を再現し、要約しない、省略しない、変えないよう心がけること。・患者等の背景や文化について考慮すること。なお、医療従事者等と意思疎通に支障をきたす場合、患者と医療従事者等に断った上で事情を説明することは、裁量として認められる。・自らの能力を自覚し、能力を超える場合、H I Cや病院等の担当職員に申し出ること。・通訳能力の維持・向上に努めること。・利用者と個人的な関係を構築しないこと。自分の名前や連絡先は教えないこと。・自身や家族の状況と似ていて、公平な通訳が難しいと感じる時は、依頼を引き受けないこと。・利用者からの金品贈与は受けないこと。・医療通訳ボランティアは活動中登録証を常に携帯し、必要がある場合は提示すること。・患者からの相談を一人で抱え込まないこと。曖昧なことや判断に躊躇する場合は、自己判断せずに、H I Cや病院等の担当職員に相談すること。・通訳者自身の心身の健康維持と増進に努めること。・社会人としての時間の厳守、清潔さの保持、服装への配慮など節度と礼儀を守ること。

令和 年 月 日

医療通訳ボランティア登録事項変更・辞退・活動休止(再開)届

公益財団法人ひろしま国際センター会長 様

名 前 (自筆)

(登録番号)

医療通訳ボランティアの登録事項を変更したいので、
 医療通訳ボランティアの登録を辞退したいので、
 医療通訳ボランティアの活動を一時休止したいので、
 医療通訳ボランティアの活動を再開したいので、
 (※該当しないものを削る)
 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	
活動休止	休止期間	年 月 日 ~ 年 月 日
活動再開	再開日	年 月 日
備考		

医療通訳ボランティア派遣同意確認書

HIC 医療通訳ボランティア派遣事業とは

HIC 医療通訳ボランティア派遣事業は、日本語が不自由な方が、安心して医療・保健サービスを受けることができるよう、公益財団法人ひろしま国際センター（以下「HIC」という。）及び県内の医療機関等が連携して実施するものです。

- 医療通訳ボランティアは、HIC の実施するボランティア養成研修を受講し、HIC の医療通訳ボランティア選考に合格しており、医療通訳ボランティアとしての知識や通訳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活動時間は2時間を基本とします。
- 医療通訳ボランティアは、通訳活動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派遣を希望される場合は、別紙の同意書をよく読み、欄にするとともに、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、派遣できない場合もございますので、ご了承ください。派遣される医療通訳ボランティアの性別は、希望に添えないことがあります。

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

公益財団法人ひろしま国際センター（HIC）

医療機関等 _____

※各医療機関等で名称をご記入下さい

様式4(別紙)

医療通訳ボランティア派遣同意書確認書

医療機関等 名称

宛

※各医療機関等で名称をご記入下さい

同意書

- 私はこのボランティア派遣事業の趣旨を理解し、医療通訳ボランティアの派遣に同意します。
- 通訳の際に必要な自身の情報を、医療通訳ボランティア、医療通訳ボランティアの派遣を受ける医療・保健機関及び公益財団法人ひろしま国際センターに提供することに同意します。
- 医療通訳ボランティアの派遣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、医療通訳ボランティアの派遣を受ける医療・保健機関及び公益財団法人ひろしま国際センターの責任を問いません。

_____, 20____

同意者(患者等)

名前 _____
(楷書/ブロック体で記入、および署名)

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

連絡可能な時間(平日) 午前/午後 ____ : ____ ~ 午前/午後 ____ : ____

携帯電話 _____

固定電話 _____ (自宅 / 勤務)

パソコンメールアドレス _____

医療通訳ボランティア派遣に関する注意事項

1 医療通訳ボランティア派遣の決定の内容の連絡について

医療機関等から、同意書に記載されました連絡先に派遣できるかどうか、派遣できる場合は派遣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。

派遣希望日の前日まで医療機関等から連絡がない場合は、お手数ですが、下記の連絡先にお問い合わせ願います。

2 医療通訳ボランティア派遣を取り消しされる場合について

医療機関等から医療通訳ボランティア派遣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派遣を取り消しされる場合は、速やかに、下記の連絡先あてに電話によりご連絡ください。

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 あなたの名前（ローマ字。ただし、中国語はローマ字を記載しない。）」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派遣予定日の前日午後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派遣はいたしません。

連絡先

医療機関等の名称	
担当者	
電話	
メールアドレス	

※電話により連絡する場合は、なるべく日本語でお願いします。

（医療通訳ボランティアの活動ルール ～利用規程から抜粋～）

- 医療通訳ボランティア及び医療機関等は、患者さん等に対して、医療通訳ボランティアの名前及び連絡先を伝えません。
- 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さん等の個人的な依頼については、対応できません。

様式 5

医療通訳ボランティア派遣依頼書

令和 年 月 日

公益財団法人ひろしま国際センター会長 様

(依頼者) 医療機関等の名称
管理者の名前

下記のとおり、医療通訳ボランティアの派遣を依頼します。

通訳言語	英語・中国語・ベトナム語・タガログ語・ポルトガル語・スペイン語	希望する性別 ※希望に添えないことがあります	希望無し 女性・男性
派遣希望日時 (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、派遣日時以外の日時をマスキングします。	(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)		
依頼内容 (具体的な診察, 検査内容等, 事前準備に必要な情報)	通訳を希望する場面 <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"/> 院外薬局 (概ね100m以内) <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		名 前
	電 話		F A X
	メールアドレス		
患者等に関する情報(通訳の事前準備や正確な通訳に関わるので可能な限りの情報提供をお願いします)			
診療科	(病名:)科)	感染症の有無(該当番号に○印) 1.感染症にかかっている(疑いがある)(病名:) 2.感染症ではない 3.現時点では不明	
国籍		性別	男・女 年齢 歳
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派遣決定通知書

令和 年 月 日

医療機関等の名称
管理者の名前

様

公益財団法人ひろしま国際センター会長

(H I C 記入欄) 医療通訳ボランティア派遣についての決定事項	
(派遣の可否) 派遣できます 派遣できません	医療通訳ボランティア 名前 (性別) (国籍)

F A X : 0 8 2 - 2 4 3 - 2 0 0 1 メールアドレス : hic-medice@hiroshima-ic.or.jp

HIC処理番号

医療通訳ボランティア派遣依頼内容書

令和 年 月 日

医療通訳ボランティア

様

公益財団法人ひろしま国際センター会長

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

《重要連絡事項》

○医療通訳ボランティアの方は、派遣承諾後に、約束した日時に派遣依頼のあった医療機関等において、通訳活動ができなくなった場合は、直ちに、そのことを(公財)ひろしま国際センターに連絡してください。

○派遣予定日の当日、万一、約束の時刻に遅れる場合は、必ず(公財)ひろしま国際センターにHICに連絡してください。(公財)ひろしま国際センターは派遣先の医療機関等に連絡します。

(公財)ひろしま国際センター

FAX : 082-243-2001 メールアドレス : hic-medic@hiroshima-ic.or.jp

医療通訳ボランティア派遣決定通知書

20____年____月____日
(年) (月) (日)

患者の名前

_____ 様

医療機関等 名称

次のとおりお知らせします。

以下の日時に、医療通訳ボランティアを派遣してもらうことになりました。

年 年	月 月				日 日	曜日 曜日	
20____	1月	1	7月	7		月	月
	2月	2	8月	8		火	火
	3月	3	9月	9		水	水
	4月	4	10月	10		木	木
	5月	5	11月	11		金	金
	6月	6	12月	12		土	土
						日	日

開始時刻	午前	_____ : _____
	午後	

派遣されるボランティアの性別 男 女

今回は、医療通訳ボランティアを派遣してもらうことができません。

(※一方を削り使用してください。医療通訳ボランティアの派遣がある場合は、必要項目を選択・記入して下さい。)

様式 8

医療通訳ボランティア活動報告書(通訳ボランティア用)

【FAX 送信先:082-243-2001】

【Eメール送信先:hic-medic@hiroshima-ic.or.jp】

公益財団法人ひろしま国際センター 宛

通訳者の名前 _____

英語 中国語 ベトナム語 タガログ語 ポルトガル語 スペイン語

医療機関等の名称 _____

◆日 時

開始日時 _____ 月 _____ 日 _____ 曜日 _____ 午前/午後 _____ 時 _____ 分

終了時間 _____ 午前/午後 _____ 時 _____ 分

◆通訳を行った場面 ※通訳を行った場面すべてにチェックをお願いします。

受付 診察室 _____ 科 検査室 _____ 会計
病室 薬局 その他 _____

◆実施状況

医療通訳者としての倫理・心得を守り、正確な通訳ができた。
スムーズな通訳ができなかったなど、反省すべき点があった。

具体的内容 _____

トラブルが起きてしまった。

具体的内容 _____

◆メモの廃棄状況

廃棄済み 未廃棄

◆【必須】報告事項(患者等の病名・症状・治療内容、次回の予定、その他注意が必要な単語等)

◆問合せ先

公益財団法人ひろしま国際センター TEL:082-541-3777 (平日 午前8時30分～午後5時15分)

様式 9

医療通訳ボランティア完了報告書(医療機関・保健機関用)

令和 年 月 日

公益財団法人ひろしま国際センター会長 様

(依頼者) 医療機関等の名称
 管理者の名前
 (担当者) 部署
 名前
 電話
 F A X
 メールアドレス

下記のとおり、医療通訳ボランティア派遣事業が完了しましたので、報告します。

派遣時間	年 月 日 () 時 分から 時 分まで
ボランティアの主な内容 (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"/> 薬局 <input type="checkbox"/> その他
医療通訳ボランティアの患者への対応	<input type="checkbox"/> よかった <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> 悪かった その他 ()
医療通訳ボランティアの医療従事者等への対応	<input type="checkbox"/> よかった <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> 悪かった 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。	

公益財団法人ひろしま国際センター

F A X : 0 8 2 - 2 4 3 - 2 0 0 1 メールアドレス : hic-medic@hiroshima-ic.or.jp

HIC処理番号