

群馬県登録医療通訳ボランティア派遣制度について

1 制度概要

本制度は、医療通訳ボランティアの協力により実施される制度です。

登録ボランティアが少ない、又はいない言語もあるため、場合によっては派遣できないこともありますので御理解ください。なお、本制度における「派遣」には、電話による対応も含めます。

2 医療通訳ボランティア派遣の条件

医療機関等が、診療、通院時の説明、インフォームドコンセント、医療費の支払、入退院の説明などにおいて、通訳が必要と判断した場合に派遣を申請できます。患者側から派遣の依頼があった場合は、医療機関等が必要性を判断し、申請して下さい。患者側からの申請は受け付けません。

また、医療通訳ボランティアの誤訳により患者に対し誤った治療が行われ、医療機関が患者から損害賠償を請求された場合に、医療機関が加入している賠償責任保険で患者に対する損害賠償責任が補償されることが派遣の条件となります。

3 派遣申請

派遣申請の際は、原則として派遣希望日の7日前までに医療通訳派遣申請書をご提出ください。電話問合せ対応は、月曜日・水曜日・金曜日の14時から17時です。

○提出先 委託事業者は入札により決定するため、3月末確定予定です。

連絡先が確定し次第、協定医療機関の皆様へご連絡させていただきます。

4 経費の負担

(1) 交通費相当額 1件の派遣につき 2,000円

患者もしくは医療機関等から医療通訳ボランティアへお支払ください。

通訳終了時に、医療機関等から医療通訳ボランティアへ直接お渡しいただくようお願いいたします。患者負担の場合であっても、支払事実の確認のため医療機関等を通してお支払願います。

なお、キャンセルがあった場合には、医療機関等がお支払ください。

また、規定の時間（待機時間も含め目安2時間以内）を超えた場合や、遠方の医療通訳ボランティアを派遣する場合は、医療機関等が超過料金をお支払ください。

3ヶ月毎に委託事業者から請求書を送付します。

- ・超過時間料金(2時間以上の場合) : 1時間につき1,000円
- ・超過距離料金(片道20km以上の場合) : 10kmにつき1,000円

(2) 負担金

医療通訳ボランティア派遣制度の安定的な運用を図るための負担金を医療機関等からお支払ください。

3ヶ月毎に委託事業者から請求書を送付します。

①前年度の派遣等件数の実績に応じた負担額

前年度の派遣件数に基づき、毎年1回お支払ください。

- ・10件未満 : 5,000円
- ・10件以上30件未満 : 10,000円
- ・30件以上 : 20,000円

②利用時の負担額

1件の派遣につき 2,000円

5 その他

- ・医療通訳に際し、医療機関等又は患者に万が一不利益や損害が生じた場合でも群馬県及び医療通訳ボランティアは一切の法的責任を負わないこととします。
- ・医療通訳ボランティアの氏名、電話番号などの個人情報を患者や第三者へ漏らさないでください。医療通訳ボランティアも患者の氏名などの個人情報は第三者に漏らさないものとします。
- ・電話通訳時以外は原則として、医療機関等は医療通訳ボランティアと直接連絡をとらないでください。