

# 群馬県登録医療通訳ボランティア派遣等事業実施要領

## 第1 目的

この事業は、外国人県民等が、県内の医療機関又は公的保健福祉機関等で、言語や文化の問題により十分な医療・保健サービスが受けられない場合に、群馬県登録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。）の派遣等により、コミュニケーションの円滑化を支援することで、地域における多文化共生の推進を図ることを目的とする。

## 第2 実施主体

この事業の実施主体は、群馬県とし、事業の実施に当たっては、適切な事業運営を確保できると知事が認めた事業者（以下「委託事業者」という。）に当該事業を委託するものとする。

## 第3 医療通訳ボランティアの派遣等

- (1) 医療通訳ボランティアとは、県が定める「群馬県医療通訳ボランティア養成事業等実施要領」に基づき、県が登録した者をいう。
- (2) 派遣等とは、医療通訳ボランティアの派遣及び電話通訳（テレビ電話通訳も含む）とする。
- (3) 1回の派遣等に係る活動時間は、待機時間も含め概ね2時間以内とする。
- (4) 医療通訳ボランティアの派遣等の申請及び実績報告は、第4（医療通訳ボランティアの派遣等対象範囲）に掲げる者が、医療通訳ボランティア派遣等申請兼実績報告書（様式1）により行う。申請は原則として通訳を必要とする日の7日前までに、実績報告は通訳を行った日の3日以内に委託事業者へ提出するものとする。
- (5) 委託事業者は、医療通訳ボランティアの派遣等を必要と認めたときは、あらかじめ医療通訳ボランティアとして登録された者のうちから派遣等が可能な者を選定し、通訳の依頼をするものとする。

## 第4 医療通訳ボランティアの派遣等対象範囲

医療通訳ボランティアの派遣等は、次に掲げる事項に係る通訳を行う場合に限る。

- (1) 知事と協定を締結した医療機関及び公的保健福祉機関（以下、「協定医療機関等」という。）における診療、相談等
- (2) その他、知事が特に必要と認める事項

## 第5 医療通訳ボランティアの派遣等の条件

知事と協定を締結した医療機関は、医療通訳ボランティアの誤訳が原因で患者に対し誤った治療が行われ、当該患者から損害賠償責任を追及される場合に備え、医療通訳ボランティアの誤訳に伴って生じる、医療機関の患者に対する損害賠償責任が補償される賠償責任保険に加入しなければならない。

また、医療通訳に際し、協定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、知事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する。

## 第6 医療通訳ボランティアの派遣等に要する費用

医療通訳ボランティアの派遣等に要する費用については、下記表のとおりとする。なお、キャンセルがあった場合は協定医療機関等が支払うこととする。

	金額	負担者	支払方法
派遣等費用	1 件につき	協定医療機関等	口座振込
交通費相当額	<b>2,000 円</b>	患者	通訳終了後 医療通訳ボランティアへ 直接支払 ※
超過時間料金 (2 時間以上の場合)	1 時間につき <b>1,000 円</b>	協定医療機関等	口座振込
超過距離料金 (片道 20km 以上の場合)	10km につき <b>1,000 円</b>		

※電話通訳の場合は口座振込

## 第7 医療通訳ボランティアの派遣等に要する協定医療機関等の負担金

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として、協定医療機関等は下記表のとおり支払うものとする。

	金額	負担者	支払方法
前年度の派遣等件数の 実績に応じた負担額 (毎年 1 回) ※新たに協定を結ぶ医療機 関等については、初年度に限 り、派遣等件数にかかわらず 一律	10 件未満 <b>5,000 円</b> 10 件以上 30 件未満 <b>10,000 円</b> 30 件以上 <b>20,000 円</b> ※初年度 (一律) <b>5,000 円</b>	協定医療 機関等	口座振込 協定締結後 又は 年度初めに請求書送付
利用時の負担額	1 件につき <b>2,000 円</b> ※	協定医療 機関等	口座振込 3 か月ごとに請求書送付

※医療通訳ボランティアへの謝金 1,000 円含む。

## 第8 医療通訳ボランティアの活動報告

医療通訳ボランティアは、通訳の依頼を受け、活動したときは、「群馬県登録医療通訳ボランティア活動報告書」（様式2）により、速やかに委託事業者に報告するものとする。

### 附則

この要領は、令和4年4月1日から施行する。

この要領は、令和5年4月1日から施行する。

この要領は、令和5年10月1日から施行する。

(様式1)

## 群馬県登録医療通訳ボランティア派遣等申請兼実績報告書

令和 年 月 日

所在地(住所)

機関名(氏名)

下記のとおり、派遣等の申請 / 実績報告をします。

日時	予定 実績	年 年	月 月	日( ) 日( )	時 時	分 分	～ ～	時 時	分 分	まで まで
派遣等を希望する 病院、診療科、施設名										
派遣等を希望する施設所在地										
希望言語										
通訳内容 ※病名や症状、当日通訳する 内容など詳しく記載してく ださい。	外来(初診・再診・検査説明・検査実施付き添い・検査結果説明 ・その他: ) 入院(診察・検査説明・検査実施付き添い・検査結果説明 ・その他 ) 手術(術前説明・麻酔説明・術後説明・その他 ) 告知(病名 ) 救急 その他									
通訳希望者(患者)氏名					年齢・国籍・性別					
費用の支払者	患者( 円)	病院( 円)	在留カードの有無		有・無					
担当者連絡先	課・係		氏名							
	電話				メールアドレス					
その他特記事項(特に事前に連絡したいことがあればご記入ください)										
※次回通訳の予約を希望している場合										
日時	月	日( )	時	分	～	時	分			
診療科	内容									
予定通訳者名	(都合確認済み、都合未定)									

## 【通訳者・コーディネーター評価票】※実績報告時に記載願います

通訳者の態度:	良い	やや良い	やや悪い	悪い
通訳者言語力:	良い	やや良い	やや悪い	悪い
通訳者医学理解度:	良い	やや良い	やや悪い	悪い
通訳者に対する信頼感:	安心できる	やや不安	不安	
コーディネーターの態度:	良い	やや良い	やや悪い	悪い
コーディネーターの段取り:	良い	やや良い	やや悪い	悪い
その他( )				

(様式 2)

群馬県登録医療通訳ボランティア活動報告書

令和 年 月 日

氏 名  
(言 語: 語)

下記のとおり、群馬県登録医療通訳ボランティアとしての活動について報告します。

活動日時	年 月 日 時 分 から 時 分 まで
活動した機関 ・診療科・施設名	
○活動内容を具体的に記入してください(通訳した内容、活動中に生じたトラブルなど)	
外来(初診・再診・検査説明・検査実施付き添い・検査結果説明・その他 ) 入院(診察・検査説明・検査実施付き添い・検査結果説明・その他 ) 手術(術前説明・麻酔説明・術後説明・その他 ) 告知(病名 )  裏	
○特記事項(特に報告したいこと、活動にあたっての疑問点など)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・困ったこと</li> <li>・気になること</li> <li>・医師、看護師、SWからの要望</li> <li>・患者からの要望</li> <li>・わからなかったこと</li> </ul>	