



福岡医発第 358 号 (地)

平成 26 年 5 月 1 日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会

会長 松 田 峻一良

(公印省略)

福岡アジア医療サポートセンター「医療通訳サービス」の開始について

標記の件につきまして、福岡県保健医療介護部長より通知がありましたのでご連絡申し上げます。

福岡アジア医療サポートセンターは、福岡県からの委託により、海外から治療・検診目的で訪日する外国人の受入支援や、日常的に在住外国人の診療を受け入れている医療機関の依頼に応じて、医療通訳者の派遣や即時対応可能な電話通訳を利用できるシステムを構築し、外国人が安心して医療を受けられるような体制の整備を目指して運営されております。

福岡県内在住外国人は年々増加し、医療機関においても外国人対応が求められる場面が増えていと考えられることから、在住外国人患者が安心して医療を受けられる環境を整えるとともに、医療機関側の外国人患者受入れの負担を軽減することを目的として、無料で医療通訳ボランティアの派遣や電話通訳が利用できる「医療通訳サービス」が実施されます。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただきますとともに、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、

- 1) 平成 26 年度福岡アジア医療サポートセンターの運營業務については、福岡県保健医療介護部医療指導課より株式会社 J T B に委託されております。
- 2) 本サービス利用の詳細につきましては、別紙 1, 2 をご参照下さい。
- 3) 県内の病院には福岡県保健医療介護部より直接通知されております。
- 4) 本サービスに関するお問合せにつきましては、下記事務局までご照会下さい。

【問合せ先】

福岡アジア医療サポートセンター

(事務局：㈱ J T B 九州 コミュニケーション事業部内 担当：中村)

福岡市中央区長浜 1-1-35 新 K B C ビル 4F

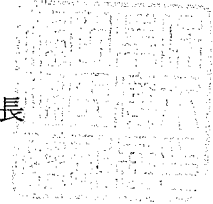
TEL：0570-006-626 (専用回線) FAX：092-762-5013

E-mail：info@asian-msc.jp

平成26年4月25日

公益社団法人福岡県医師会長 殿

福岡県保健医療介護部長
(医療指導課)



福岡アジア医療サポートセンター「医療通訳サービス」について

本県の保健医療介護行政の推進につきましては、日頃より御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、県内の在住外国人は年々増加しており、医療機関においても外国人対応が求められる場面が増えていると考えられます。

このような背景を踏まえ、在住外国人患者が安心して医療を受けられる環境を整えるとともに、医療機関側の外国人患者受入れの負担を軽減するために、福岡アジア医療サポートセンター（平成24年1月16日開設）において、無料で医療通訳ボランティアの派遣や電話通訳が利用できる「医療通訳サービス」を実施いたします。

つきましては、県内の貴会会員に対しご周知いただきますようお願いいたします。

なお、平成26年度福岡アジア医療サポートセンターの運営業務については、株式会社JTB九州に委託して行います。

記

- 1 「医療通訳サービス」を利用する医療機関の登録開始について
- 2 「医療通訳サービス」利用の手順
- 3 福岡アジア医療サポートセンター「医療通訳サービス」利用規程（様式1～4）

福岡県保健医療介護部医療指導課
地域医療係（担当：足立、高田）
TEL：092-643-3273
FAX：092-643-3277



公印省略

26医指第 392号
平成26年4月25日

各病院長 殿

福岡県保健医療介護部医療指導課長
(地域医療係)

福岡アジア医療サポートセンター「医療通訳サービス」について

本県の保健医療介護行政の推進につきましては、日頃より御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、県内の在住外国人は年々増加しており、医療機関においても外国人対応が求められる場面が増えていると考えられます。

このような背景を踏まえ、在住外国人患者が安心して医療を受けられる環境を整えるとともに、医療機関側の外国人患者受入れの負担を軽減するために、福岡アジア医療サポートセンター（平成24年1月16日開設）において、無料で医療通訳ボランティアの派遣や電話通訳が利用できる「医療通訳サービス」を実施いたします。

つきましては、本サービスのご利用を希望する医療機関におかれましては、「福岡アジア医療サポートセンター「医療通訳サービス」利用規程」をご確認の上、「医療通訳サービス利用登録書」（様式1）の提出によりご登録をお願いいたします。

なお、平成26年度福岡アジア医療サポートセンターの運営業務については、株式会社JTB九州に委託して行います。

記

- 1 「医療通訳サービス」を利用する医療機関の登録開始について
- 2 「医療通訳サービス」利用の手順
- 3 福岡アジア医療サポートセンター「医療通訳サービス」利用規程（様式1～4）

福岡県保健医療介護部医療指導課
地域医療係（担当：足立、高田）
TEL：092-643-3273
FAX：092-643-3277

「医療通訳サービス」を利用する医療機関の登録を開始します

在住外国人の皆さんは、医療機関で受診する際に言葉が通じないといった不安を抱えていたり、日本語の分かる方と一緒にいくことができて、医療機関での言葉が専門的であるため、コミュニケーションをとることが難しい状況にあります。また、医療機関においても言語の問題で外国人患者へ十分な説明ができずに対応に苦勞されている現状があります。

このため、福岡アジア医療サポートセンターでは、医療機関からの依頼に応じて、医療通訳ボランティアの派遣や電話通訳が利用できる「医療通訳サービス」を開始します。

このサービスをご利用いただくためには、別紙「医療通訳サービス利用規程」に同意していただき、登録書を提出していただく必要がありますので、ご利用を希望する医療機関は、福岡アジア医療サポートセンターまでお問い合わせください。

〈医療通訳サービスの内容〉

電話通訳	在住外国人患者が医療機関に来院した際に、電話での言語サポートを行います（無料）※通話料は医療機関の負担となります 対応言語：英語・中国語・韓国語 対応時間：平日（月～金曜日） 9時～17時
医療通訳派遣	医療機関からの依頼により、医療通訳ボランティアを派遣します（無料） 対応言語：英語・中国語・韓国語 対応時間：平日（月～金曜日） 9時～17時

〈問合わせ先〉

福岡アジア医療サポートセンター

（事務局：株式会社JTB九州 コミュニケーション事業部内 担当者：中村）

住所 〒福岡市中央区長浜1-1-35 新KBCビル4階

TEL：0570-006-626（専用回線） FAX：092-762-5013

E-mail info@asian-msc.jp

〈事業実施主体〉

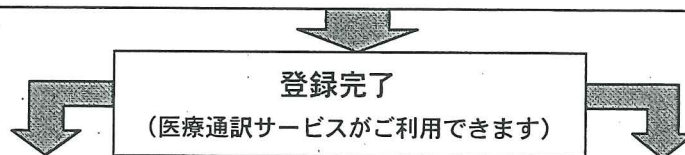
福岡県

（事務局：医療指導課地域医療係 担当者：足立、高田）

TEL：092-643-3273 FAX：092-643-3277

「医療通訳サービス」利用の手順

「利用規程」をご確認の上、医療通訳サービス利用登録書（様式1）を福岡アジア医療サポートセンターに郵送で提出してください。



◆電話通訳を利用する場合

アジア医療サポートセンター
(TEL0570-006-626) におかけください。

【ご利用の前に】
電話通訳を利用することについて、同意書（様式2）により外国人患者の同意を得てください。

◆医療通訳ボランティア派遣を利用する場合

医療通訳ボランティア派遣依頼書（様式3）を福岡アジア医療サポートセンターへFAXまたはメールで提出してください。（派遣日の3日前（土日祝を除く）まで）

【ご利用の前に】
医療通訳ボランティアの通訳を利用することについて、同意書（様式2）により外国人患者の同意を得てください。

福岡アジア医療サポートセンターにて、対応可能な通訳ボランティアの調整を行い、医療機関へ連絡します。

（派遣当日）通訳開始前に、医療機関のご担当者の方、外国人患者、医療通訳ボランティアで打合せを行ったうえで、通訳業務を開始します。

通訳業務終了後、医療機関のご担当者の方は、医療通訳業務報告書（様式4）を福岡アジア医療サポートセンターへFAXまたはメールで提出してください。

※利用規程、各様式はホームページ

(<http://asian-msc.jp/>) から入手できます。

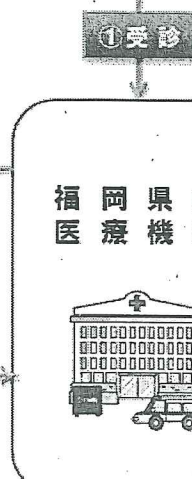
※医療通訳ボランティアの都合がつかない場合は派遣できない場合もありますのでご承知おきください。

福岡アジア医療サポートセンター サービス体制図

■国内対応



外国人患者(県内)



②依頼
(1) 電話通訳利用依頼
(2) 通訳派遣依頼

③医療通訳サービス
(1) 電話通訳
(2) 医療通訳ボランティア派遣

福岡アジア医療サポートセンター「医療通訳サービス」利用規程

(目的)

第1条 福岡県は福岡アジア医療サポートセンターを設置し、外国人患者が安心して医療を受けることができるよう、医療機関からの依頼を受け、電話通訳及び医療通訳ボランティア派遣を行う「医療通訳サービス」を実施するものとする。

(福岡アジア医療サポートセンターの業務)

第2条 福岡アジア医療サポートセンターは次に掲げる業務を行うものとする。

- (1) 医療に係る電話通訳サービスの提供
- (2) 医療通訳ボランティアの派遣
- (3) 医療通訳者ボランティアの養成
- (4) 医療通訳ボランティアに対する指導
- (5) 医療通訳サービスを利用する登録医療機関との連絡調整
- (6) 医療通訳サービスに係る広報
- (7) その他必要な業務

(利用手続き)

第3条 医療通訳サービスの利用を希望する医療機関は、「医療通訳サービス利用登録書」(様式1)に必要事項を記入・捺印の上、福岡アジア医療サポートセンターに提出し、利用登録を行うものとする。

(登録医療機関の役割)

第4条 登録医療機関は、次に掲げる役割を担うものとする。

- (1) 医療通訳サービス利用時の窓口となる担当者の指定
- (2) 医療通訳サービス利用時における外国人患者に対する同意書の確認
- (3) 医療通訳ボランティアの通訳業務に対する協力支援
- (4) 福岡アジア医療サポートセンターが依頼するアンケート等への協力

(電話通訳)

第5条 福岡アジア医療サポートセンターが行う電話通訳は下記のとおりとする。

- (1) 対応言語は、英語、中国語、韓国語の3言語とする。
- (2) 利用可能時間は、平日の午前9時から午後5時までとする。
- (3) 外国人患者が医療機関に来院しており、すぐに通訳が必要な場合、医療機関からの電話による依頼に対して通訳を行うものとする。
- (4) 電話通訳は無料で実施する。ただし、通話料は医療機関の負担とする。
- (5) 通訳依頼ができるのは医療機関のみで、外国人患者からはできないものとする。
- (6) 医療機関は、電話通訳を依頼するにあたり、外国人患者に対して事前に「医療通訳サービスに伴う通訳についての同意書」(様式2)による同意を得るものとする。
- (7) 電話通訳における通訳過誤について、福岡アジア医療サポートセンターは医療機関、外国人患者に対して賠償の責任を負わないものとする。

第6条 福岡アジア医療サポートセンターが行う医療通訳ボランティアの派遣は下記のとおり行うものとする。

- (1) 対応言語は、英語、中国語、韓国語の3言語とする。
- (2) 派遣対応が可能な時間は、原則として、平日午前9時から午後5時までとする。
- (3) 派遣に係る医療機関の負担は無料とする。
- (4) 派遣依頼ができるのは医療機関のみで、外国人患者からは依頼できないものとする。
- (5) 医療機関は、医療通訳ボランティアを、医療機関が行う医療行為の補助者と位置付けるものとする。
- (6) 派遣を希望する医療機関は、ファックス又はメールにより、原則として依頼する日の3日前（土日祝は除く。）までに福岡アジア医療サポートセンターに「医療通訳ボランティア派遣依頼書」（様式3）を提出するものとする。

ただし、派遣までの期間が3日に満たない場合においても、福岡アジア医療サポートセンターは可能な範囲で対応するものとする。

- (7) 福岡アジア医療サポートセンターは、医療機関からの依頼に対応できる通訳ボランティアの調整を行い、医療機関に連絡を行うものとする。

ただし、通訳ボランティアの都合により、派遣できない場合もあるものとする。

- (8) 医療機関は、派遣を依頼するに当たって、外国人患者に対して事前に「医療通訳サービスに伴う通訳についての同意書」（様式2）による同意を得るものとする。
- (9) 医療機関は、医療通訳ボランティア、外国人患者と通訳開始前に打合せを行うものとし、通訳業務終了後も三者で終了の確認を行うものとする。なお、当日、指定した時間を30分過ぎても外国人患者が現れない場合は依頼受理を取り消すものとする。
- (10) 医療機関は、通訳業務終了後、「医療通訳業務報告書」（様式4）を福岡アジア医療サポートセンターに送付する。
- (11) 医療機関は、医療通訳ボランティアに対して「医療通訳ボランティア派遣依頼書」に記載されている通訳内容以外の業務を依頼できないものとする。なお、当日に医療通訳ボランティアに署名を求めるものがある場合には、事前に福岡アジア医療サポートセンターに連絡を行うものとする。
- (12) 医療通訳ボランティアの派遣をキャンセルする場合、医療機関は前日の午後5時までに福岡アジア医療サポートセンターへ連絡するものとする。
- (13) 通訳派遣における通訳過誤に対して、福岡アジア医療サポートセンターは医療機関、外国人患者に対して賠償の責任を負わないものとし、損害賠償請求があった場合は、医療機関が加入する病院賠償責任保険で対応するものとする。

（守秘義務）

第7条 福岡アジア医療サポートセンター、医療機関及び医療通訳ボランティアは本事業の実施に際し、知りえた個人情報を第三者に対し開示又は漏えいしてはならないものとする。

附則 この規程は平成26年4月25日から施行する。

医療通訳サービス利用登録書

福岡アジア医療サポートセンター

事務局：株式会社JTB九州 コミュニケーション事業部内
〒810-0072 福岡市中央区長浜 1-1-35 新KBCビル4階
TEL：0570-006-626 FAX：092-762-5013
E-mail：info@asian-msc.jp HP：http://asian-msc.jp
受付時間：平日9：00～17：00（土日祝休業）

この登録書は、医療通訳サービス（電話通訳、医療通訳ボランティア派遣）のご利用を希望する際に利用するものです。

「医療通訳サービス利用登録書」に必要事項をご記入後、福岡アジア医療サポートセンターへ郵送で送付してください。その際、「福岡アジア医療サポートセンター医療通訳サービス利用規程」をご了承の上、医療機関の記名捺印をお願いします。

ご記入いただいたお名前・メールアドレス等の個人情報は、福岡アジア医療サポートセンターへのお問合せの対応業務並びに返信に関する以外の目的には利用いたしません。また、第三者への提供・開示もいたしません。

ご利用を希望されるサービスにチェックいただき必要事項にご記入のうえ、本通を当センターまでお送りください。

登録内容 ※登録される部門に○をつけてください。

電話通訳	・	医療通訳ボランティア派遣	・	両方
------	---	--------------	---	----

登録機関名 ※すべてご記入ください。

医療機関名			
ご担当者様	所属		
	職・氏名		
電話番号		FAX番号	
メールアドレス			
所在地	〒		

福岡アジア医療サポートセンター「医療通訳サービス」利用規程に同意し、上記内容により医療通訳サービス利用登録をします。

平成 年 月 日

(医療機関名)

(代表者名)

印

<登録書送付先> 福岡アジア医療サポートセンター

〒810-0072 福岡市中央区長浜 1-1-35 新KBCビル4階 株式会社JTB九州 コミュニケーション事業部内
TEL：0570-006-626 FAX：092-762-5013 受付時間：平日9：00～17：00（土日祝休業）

() 病院 御中

医療通訳サービスに伴う通訳についての同意書
Letter of Consent for Interpretation Associated with Medical Interpretation Services
 关于利用医疗口译服务时的同意书
 의료통역서비스에 따른 통역에 대한 동의서

私は、医療機関が依頼した福岡アジア医療サポートセンターが行う電話による通訳、医療通訳ボランティアによる通訳（以下「医療通訳サービス」という。）を受けるにあたり、下記について同意します。

I hereby agree as follows regarding the interpretation services that I received from the FUKUOKA ASIAN MEDICAL SUPPORT CENTER by phone or through volunteer medical interpreters (hereinafter referred to as "Medical Interpretation Services") at the request of the medical institutions:

我在接受由医疗机构委托的、由福岡亚洲医疗支援中心实施的电话口译、医疗口译志愿者（以下称“医疗口译服务”）服务时，充分理解并认同下述事项。

저는, 의료기관이 의뢰하여 후쿠오카 아시아 의료서포트센터가 행하는 전화 및 의료통역자원봉사에 의한 통역(이하 '의료통역서비스'라고 한다.) 서비스를 받기에 앞서 다음 사항에 동의합니다.

1. 「医療通訳サービス」は患者が医療機関を受診するための通訳であり、患者と医療機関のトラブルやクレーム、料金交渉などの受診目的以外についての通訳はできません。
1. The Medical Interpretation Services are provided to help patients consult doctors at medical institutions and not for any other purposes, including managing problems, handling complaints, and negotiating medical fees between patients and medical institutions.
1. “医疗口译服务”范围仅限于患者在医疗机构就诊，对于患者与医疗机构之间的纠纷、投诉以及费用交涉等非就诊目的的情况，不在口译服务范围之内。
1. ‘의료통역서비스’는 환자가 의료기관에서 진찰 받을 때 제공되는 통역 서비스이며 환자와 의료기관 사이에 발생한 트러블, 클레임, 요금 교섭 등 진찰 목적 이외의 통역은 하지 않습니다.
2. 「医療通訳サービス」による医療事故、医療過誤、ヒヤリ・ハットについては、いかなる場合においても福岡アジア医療サポートセンターでは責任を負いかねます。
2. The FUKUOKA ASIAN MEDICAL SUPPORT CENTER is not responsible for any medical accidents, malpractice, and incidents associated with the Medical Interpretation Services under any circumstances.
2. 因“医疗口译服务”而引致的医疗事故、医疗误诊、医疗过失等，无论结果如何，福岡亚洲医疗支援中心均不承担任何责任。
2. ‘의료통역서비스’에 의한 의료사고, 의료과오, 의료사고로 이어질 수 있었던 과실에 대해 후쿠오카 아시아 의료서포트센터는 어떠한 경우에도 책임을 지지 않습니다.

2014年 月 日
 (Day) , (Month) , 2014
 2014年 月 日
 2014年 월 일

患者署名
 Signature of Patient
 患者签名
 환자 서명

医療通訳ボランティア派遣依頼書

この依頼書は、外国人患者が福岡県内の医療機関で診療等を受ける際に、医療機関の方が医療通訳ボランティアの派遣を希望するときに利用するものです。派遣をご希望の方は、必要事項をご記入後、原則として3日前までに福岡アジア医療サポートセンターへお申込みください。その際、必ず利用規約をご了承のうえ、記名捺印をしてください。

Fukuoka Asian
Medical Support Center

福岡アジア医療サポートセンター
TEL: 0570-006-626
(平日9時～17時のみ受付)
FAX: 092-762-5013
HP: <http://asian-msc.jp/>
E-mail: info@asian-msc.jp

医 療 機 関	
名 称	
住 所	
電 話 番 号	
担 当 者	

受 診 者	
氏 名	国籍: 性別: 男 ・ 女
住 所	
電 話 番 号	

派 遣 の 概 要	
派 遣 希 望 日 時	平成 年 月 日 () (午前 ・ 午後) 時 分 ～ 時 分
待 ち 合 わ せ 時 刻	(午前 ・ 午後) 時 分
待 ち 合 わ せ 場 所	☐ 総合受付の待合所 ☐ 受診課の待合所 ☐ その他 ()
通 訳 を 要 す る 場 面	☐ 受付 ☐ 診察室 (科) ☐ 検査室 () ☐ 会計 ☐ 病室 ☐ 院内薬局 ☐ その他 ()
言 語	☐ 英語 ☐ 中国語 ☐ 韓国語
通 訳 内 容	

ご提供いただいた個人情報は、この医療通訳ボランティア派遣事業の目的以外で使用することはありません。

福岡アジア医療サポートセンター「医療通訳サービス」利用規程に同意し、上記内容により通訳ボランティアの派遣を依頼します。

日付: 平成 年 月 日

依頼者名

(医療機関名)

印

医療通訳業務報告書

福岡アジア医療サポートセンター 行

Fukuoka Asian
Medical Support Center下記のとおり、医療通訳業務が履行されましたので、
報告します。福岡アジア医療サポートセンター
TEL : 0570-006-626
(平日 9 時～17 時のみ受付)
FAX : 092-762-5013
HP : <http://asian-msc.jp/>
E-mail : info@asian-msc.jp

受 診 者	
氏 名	国籍 : 性別 : 男 ・ 女
診 療 科	

業 務 内 容	
日 時	平成 年 月 日 () (患者対面) 時 分 ~ (通訳業務終了) 時 分
言 語	☐ 英語 ☐ 中国語 ☐ 韓国語
医療通訳ボランティア氏名	
通 訳 内 容	
受診者に関する 次回派遣のための 引継事項	

要望・意見など

日付：平成 年 月 日

依頼者名

(医療機関名)

印