

岐阜県医療通訳ボランティア幹旋事業 平成28年度医療通訳ボランティア登録試験案内

平成28年10月
公益財団法人岐阜県国際交流センター

岐阜県では、日本語が不自由な外国人の皆様が安心して医療機関を受診することができるよう、医療機関の依頼に応じて、一定レベル以上の知識及び技術を持った医療通訳ボランティアを幹旋するシステムを運営しております。

下記のとおり、この事業において医療通訳ボランティアとして派遣する方の登録試験を行いますので、ぜひお申込みください。

1 対象言語及び募集人数

ポルトガル語、中国語及びタガログ語 計20～30名程度

2 対象者

下記のいずれかに該当する人としてします。

- ・公益財団法人岐阜県国際交流センター（旧財団法人岐阜県国際交流センター）の実施する「医療通訳サポーター研修」又は「医療通訳ボランティア研修」を受講したことがある方
- ・医療機関において医療通訳として活動した経験がある方
- ・他の団体に医療通訳の認定を受けたことがある方
- ・岐阜県が実施した医療通訳者育成事業（2012年10月～2013年2月実施）の受講者

3 全体日程

(1) 試験申込書提出期間

平成28年10月17日（月）～11月18日（金）必着

(2) 試験日

平成28年12月3日（土）

会場 （公財）岐阜県国際交流センター

（岐阜県岐阜市柳ヶ瀬1-12 岐阜中日ビル2F）

* 申込者数によって、試験日を増やす場合があります。

試験時間、会場等の詳細は受験希望者に別途通知します。

(3) 試験結果通知日

平成28年12月16日(金) ※

(4) 医療通訳ボランティア登録申請期間

平成28年12月16日(金)～12月下旬 ※

(5) 医療通訳ボランティア登録証交付・説明会

平成29年1月～2月を予定 ※

(6) 医療通訳ボランティア派遣期間

平成29年3月～

※ 予定であり、変更になることがあります。

4 試験の方法

(1) ロールプレイ試験(技術をみるための試験)

医療通訳ボランティア、医師及び患者(日本語が不自由な外国人)がいる

医療機関の診察室の場面を設定します。

受験者の方は、医療通訳ボランティアとして、通訳をしてください。

(ア) 時間

15分程度

(イ) 評価項目

①最初の挨拶

②最初の自己紹介

③医師と患者の間で適切な位置を取る

④わかりやすい話し方

⑤長い発言への対処

⑥メモを適切に取っている

⑦わからない単語への対処

⑧通訳以外の業務依頼への対処

⑨プライバシーへの配慮

⑩(医師役及び患者役のことばに) 足さない(=内容を加えない)

⑪(医師役及び患者役のことばから) 引かない(=内容を省略しない)

⑫明らかな誤訳が無い ⑬通訳業務の円滑さ ⑭終了後の挨拶

(2) 面接試験 (倫理及び人物をみるための試験)

面接試験担当者が受験者の方と個別に面接を行います。受験者の方には、面接試験担当者の質問 (日本語) に対し、口頭 (日本語) で答えてもらいます。

(ア) 時間

10分程度

(イ) 評価項目

- ① 服装・身なり ② 言葉遣い ③ 振る舞い
- ④ 表現力・対応力 (論理的かつ簡潔に話すことができるか、的確な対応ができるか)
- ⑤ 堅実性・社会性 (熱意・使命感・責任感は強いのか)
- ⑥ 通訳業務の範囲の理解 (対応すべきこと・すべきではないこと)

(3) 受験上の注意

- ・試験当日は、受験票等送付時に案内する時間までに試験会場へ入室、着席してください。
- ・持ち物：受験票、鉛筆及び消しゴム
- ・ロールプレイ試験中は、辞書 (電子辞書を含む) 並びに電子機器類 (例：携帯電話及びコンピュータ等) の使用はできません。
- ・ロールプレイ試験でメモを取るための用紙は、試験当日受験者に配布し、試験終了後回収します。
- ・試験会場では、携帯電話の電源を切ってください。
- ・宿泊の予約等は各自で行うようにしてください。
- ・会場には駐車場がありません。お車でお越しの方は、会場付近のコインパーキングなどの有料駐車場に停めてください。
- ・会場までの交通費や駐車場利用料金は各自でご負担ください。

5 (参考) 医療通訳に関する学習資料

- ・「医療通訳」(平成26年3月 一般財団法人日本医療教育財団)

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000056944.html>

- ・「医療通訳教本－外国人患者によりよい医療を－」(平成23年3月 財団)

法人岐阜県国際交流センター)

<http://www.gic.or.jp/aboutgic/publication/medical/>

6 合格者の決定方法について

この試験に合格した人をこの医療通訳ボランティア登録試験の合格者とします。

なお、医療通訳ボランティアとして活動を希望する場合は、別途医療通訳ボランティアの登録が必要です。

7 試験の申込方法

(1) 提出が必要な書類

受験にあたっては、下記の書類を全て提出してください。

公益財団法人岐阜県国際交流センターホームページから所定様式をダウンロードした場合は、日本工業規格（JIS）A4用紙に印刷して利用してください。

① 医療通訳ボランティア登録試験申込書（所定様式）

② 顔写真（縦45mm×横35mm）※裏面に必ず氏名を記入してください。

※一度受理した書類は、理由のいかんを問わず、返却しません。ただし、不合格者には顔写真のみ返却します。

(2) 受験手数料

無料

(3) 書類の提出先

公益財団法人岐阜県国際交流センター

〒500-8875 岐阜県岐阜市柳ヶ瀬通1-12 岐阜中日ビル2F

※郵送の場合は、封筒の表面に「医療通訳ボランティア登録試験関係書類 在中」と記載し、封筒の裏面に申込者の方の住所及び氏名を記載してください。

(4) 書類の提出方法

書類は、持参又は郵送してください。

FAX又は電子メールにより提出された書類は、受付できません。

① 持参する場合

上記「3（1）」の期間内（土曜日・祝日を除く）の午前9時30分から午後6時までの間に持参してください。

② 郵送する場合

郵送に必要な封筒は、申込者の方が用意してください。

必ず郵便追跡が可能な特定記録郵便又は簡易書留郵便にしてください。

上記「3（1）」の期間内必着とします。

8 試験結果の通知等について

試験結果の通知は、上記「3 (3)」の日に、本人宛てに文書を郵送します。

電話による問い合わせには応じません。

ただし、上記の日から5日たっても通知文書等が届かない場合は、公益財団法人岐阜県国際交流センターに連絡してください。

9 (参考) 医療通訳ボランティア斡旋について

(1) 医療通訳ボランティア派遣までの流れ

- ① 医療機関が岐阜県医療通訳ボランティア斡旋事業事務局（以下「事務局」、公益財団法人岐阜県国際交流センター）に医療通訳ボランティアの斡旋を依頼します。斡旋先医療機関は、下記のとおりです。

[斡旋先医療機関（順不同）]

国立大学法人岐阜大学医学部附属病院

地方独立行政法人岐阜県総合医療センター

岐阜市民病院

岐阜赤十字病院

社会医療法人蘇西厚生会松波総合病院

社会医療法人蘇西厚生会まつなみ健康増進クリニック

公立学校共済組合東海中央病院

岐阜県厚生農業協同組合連合会中濃厚生病院

社会医療法人厚生会木沢記念病院

医療法人葵鐘会ローズベルクリニック

地方独立行政法人岐阜県立多治見病院

まつばら眼科

新可児クリニック

- ② 事務局は、登録されている医療通訳ボランティアの中から、依頼内容に合った方を選び、都合を確認した上で、斡旋します。

- ③ 医療通訳ボランティアの方は指定された日時及び場所に、依頼のあった医療機関に行って通訳を行います。1回当たりの通訳時間は、概ね2時間程度です。

(2) 謝礼

1回当たり3,000円 (交通費相当分を含む)

医療機関の依頼に応じて医療通訳ボランティアを派遣しますので、派遣される医療機関及び回数等は決まっておりません。また、謝礼は低く設定しているため、当事業の医療通訳ボランティアでは生活することはできません。ご了承ください。

[問い合わせ先など]

公益財団法人岐阜県国際交流センター

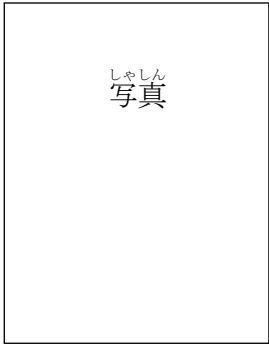
〒500-8875 岐阜県岐阜市柳ヶ瀬通1-12 岐阜中日ビル2F

TEL : 058-214-7700 FAX : 058-263-8067 電子メール : gic@gic.or.jp

※この案内は、公益財団法人岐阜県国際交流センターホームページからダウンロードできます。
<http://www.gic.or.jp/>

受験番号 (試験事務局で記入)	
--------------------	--

ぎふけんいりょうつうやく あつせんじぎょう
岐阜県医療通訳ボランティア幹旋事業
へいせい ねんどいりょうつうやく とうろくしけんもうしこみしよ
平成28年度医療通訳ボランティア登録試験申込書



日本語で記入してください(★が付してある項目のみ日本語以外でも記入できます)。

ふりがな	(せい)	(めい)
氏名★ <small>せい めい じゆん きにゆう</small> (姓、名の順に記入)	(姓)	(名)
性別 <small>せいべつ</small> 該当するものに○をつけてください。 <small>がいとう</small>	() 男 () 女	
生年月日 <small>せいねんがっぴ</small>	(西暦) 年 月 日	
住所 (試験結果等送付先) <small>じゅうしょ しけんけつか そうふきき</small>	<small>と どう ふ けん</small> <small>し く ちやうそん</small> 都道府県 市区町村 ・必ず都道府県名から記入してください。 ・方書、ビル名、アパート名、マンション名、部屋番号のある場合は必ず記入してください。	
電話番号等 (記入できるもののみ) <small>でんわばんごうとう</small>	固定電話	
	携帯電話	
	FAX	
電子メールアドレス (試験関係連絡用) <small>でんし</small>		
受験を希望する言語 (通訳する言語) <small>じゆけん きぼうする げんご</small> 該当するものに○をつけてください。 <small>がいとう</small>	<input type="checkbox"/> ポルトガル語 <input type="checkbox"/> 中国語 <input type="checkbox"/> タガログ語	
母語 該当するものに○をつけてください。 <small>ぼご</small> <small>がいとう</small>	<input type="checkbox"/> 日本語 <input type="checkbox"/> ポルトガル語 <input type="checkbox"/> 中国語 <input type="checkbox"/> タガログ語 <input type="checkbox"/> その他 (母語を記入してください) 語	国籍
研修受講経験等 該当するものに○をつけるとともに、必要事項を記入してください。 (※各項目複数ある場合は、最新のものを1つを記載してください)。 <small>けんしゅうじゆこうけいけんとう</small> <small>がいとう</small>	<input type="checkbox"/> 公益財団法人岐阜県国際交流センター (旧財団法人岐阜県国際交流センター) の実施する「医療通訳ボランティア研修」等を受講したことがある。 この研修を受講した年 (西暦) 年 <input type="checkbox"/> 医療機関において医療通訳として活動した経験がある。 通訳言語 () 語 医療機関名称 () 医療機関所在市町村名 () 市・町・村 活動期間 ((西暦) 年 月 ~ 年 月)	

	<p>() 他の団体で医療通訳の認定を受けたことがある。 認定した団体名 () 認定年月日 ((西暦) 年 月 日) ※認定書や登録証の写しを添付してください。</p> <p>() 岐阜県が実施した医療通訳者育成事業 (2012年10月～2013年2月実施) の受講者</p>
<p>かつどうかのうちいき がいとう 活動可能地域 該当する ものに○をつけてください。</p>	<p>() 岐阜市 () 各務原市 () 笠松町 () 大垣市 () 池田町 () 関市 () 美濃加茂市 () 可児市 () 多治見市 () 土岐市 () 瑞浪市 () 恵那市 () 中津川市 () 高山市</p>
<p>かつどうかのう にちじ 活動可能な日時 ががいとう 該当するものに○をつけてく ださい。</p>	<p>げつ ごぜん ごご やかん か 午前・午後・夜間 火 午前・午後・夜間 水 午前・午後・夜間 もく 午前・午後・夜間 金 午前・午後・夜間 ど 午前・午後・夜間 日 午前・午後・夜間</p>
<p>おうぼりゆう 応募理由</p>	

※本書に記入された個人情報、本試験業務に必要な範囲で使用します。