

岐阜県医療通訳ボランティア幹旋事業 平成26年度医療通訳ボランティア登録試験案内

平成26年5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。

平成24、25年度に「医療通訳ボランティア派遣システム実証実験」の名前で派遣をしておりましたが、平成26年度より「医療通訳ボランティア幹旋事業」と事業名を改め、本格稼働となりました。

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なります。

- ・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」を受講したことがある者
- ・医療機関において医療通訳として活動した経験がある者
- ・他の団体に医療通訳の認定を受けたことがある者
- ・岐阜県が実施した医療通訳者育成事業の受講者

3 全体日程

(1) 試験申込書提出期間

平成26年5月12日（月）～6月6日（金）必着

(2) 試験日

平成26年6月25日（水）～6月26日（木）のうちいずれか1日又は両日

会場 岐阜県国際交流センター

（岐阜県岐阜市柳ヶ瀬通1丁目12番地 岐阜中日ビル2階）

* 申込者数によって試験日の日数が変更となります。

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26年6月30日(月) (※)

(4) 医療通訳ボランティア登録申請期間

平成26年7月1日(火)～7月中旬(※)

(5) 医療通訳ボランティア登録証交付・説明会

平成26年7月下旬(説明会は岐阜県国際交流センターで開催)(※)

(6) 医療通訳ボランティア派遣期間

平成26年7月下旬～

(※) 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)

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。

5 (参考) 医療通訳に関する学習資料

「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幹旋について

(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幹旋事業事務局（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幹旋を依頼します。幹旋先医療機関は、下記のとおりです。

[幹旋先医療機関（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
- 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
- 医療法人水谷医院
- 公立学校共済組合東海中央病院
- まつばら眼科

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、幹旋します。

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。

【 問といああわせ先さきなど 】

■ 医療いりょう通つう訊きんボランとうティアろく登録し試験けん

公益財団法人岐阜県国際交こうえきざいだんほうじんぎふけんこくさいこうりゅう流りゅうセンター

〒500-8875 岐阜県岐阜市柳ヶ瀬通1-12 岐阜中ぎふちゅう日にちビル2F

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

■ 医療いりょう通つう訊きんボランとうティアろく幹あつ旋せん事業じぎょう

岐阜県環ぎふけんかんきょうせい境かつかつ生活ぶ部かんきょうせい環かつかつ境せい生活さく政策か課ちいき地し域つコこミュミニニティティ室シツ

〒500-8570 岐阜県岐阜市藪田南2-1-1

TEL : 058-272-1111 (内線2405、2406) FAX : 058-278-2605

電子メール : c11260@pref.gifu.lg.jp

※この案内は、公益財団法人岐阜県国際交こうえきざいだんほうじんぎふけんこくさいこうりゅう流りゅう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/>

岐阜県医療通訳ボランティア幹旋事業
平成26年度医療通訳ボランティア登録試験申込書

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

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★ (姓、名の順に記入)	(姓)	(名)
性別 該当するものに○をつけてください。	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
生年月日	(西暦) 年 月 日	
住所 (試験結果並びに第2次試験の案内及び受験票送付先)	郵便番号 — 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)	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)		
受験を希望する言語 (通訳する言語) 該当するものに○をつけてください。	<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。	<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1つを記載してください。)	<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「医療通訳サポーター研修」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) <input type="checkbox"/> 他の団体に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。	
活動可能地域 該当するものに○をつけてください。	<input type="checkbox"/> 岐阜市 <input type="checkbox"/> 大垣市 <input type="checkbox"/> 関市 <input type="checkbox"/> 美濃加茂市	
活動可能な日時 該当するものに○をつけてください。	月 午前・午後・夜間 火 午前・午後・夜間 水 午前・午後・夜間 木 午前・午後・夜間 金 午前・午後・夜間 土 午前・午後・夜間 日 午前・午後・夜間	
応募理由		

※本書に記入された個人情報は、本試験業務に必要な範囲で使用します。