

医療通訳の依頼方法について

【医療通訳派遣を依頼する】

1. 通訳依頼時には、以下の事項を、コーディネーターブース（045-317-8803）へ電話で伝えてください。
 - 病院番号（アルファベット記号と番号）、病院名
 - 通訳を依頼したい言語
 - 派遣の日時（予定欄：開始時刻～終了予定時刻）
 - 患者さまの名前、性別、年齢または生年月日
 - 通訳派遣の必要な診療科とその内容
 - ※内容によって、派遣する通訳をコーディネートしています。また、通訳業務を円滑に行うため、診察に想定される語彙や表現を調べる等、通訳の事前準備に必要です。
 - 依頼者：依頼の件の医療機関担当者（派遣当日、担当者のところへ通訳スタッフが伺います。）
 - 当日担当者：依頼した医療機関担当者が派遣当日不在の場合、代理で担当される方（派遣当日、担当者のところへ通訳スタッフが伺います。）
2. 依頼を受けた時、受付番号、受付者名をお伝えします。

依頼内容と併せ、受付番号等を「医療通訳業務確認票」（様式2）に記入してください。
3. 派遣日前日までに、コーディネーターから担当者へ派遣予定の通訳スタッフの名前を連絡しますので、「医療通訳業務確認票」（様式2）の派遣者名の欄に記入してください。

言語、日程等によってコーディネート期間が異なります。派遣予定日前日になっても連絡がない場合は、お手数ですがコーディネーターブースへお問い合わせください。
4. 医療通訳派遣業務の終了後、「医療通訳業務確認票」（様式2）の派遣日時実績欄に開始時刻と終了時刻を記入してください。

通訳開始時刻について

原則として派遣依頼時刻とします。

通訳スタッフが派遣依頼時間に到着している場合は、患者さまが遅れた場合も派遣依頼時刻を開始時刻としてください。

患者さまと通訳スタッフが早めに到着して通訳を開始する場合は、実際の開始時刻をご記入ください。

交通機関の遅延などで通訳が遅れた場合は、実際の開始時刻をご記入ください。
5. 業務確認署名欄へ、医療機関スタッフの担当者の名前を記入のうえ、毎月1日～末日の「医療通訳業務確認票」（様式2）原本またはコピーを翌月5日までにMICかながわ事務局へ郵送してください。

医療機関用に一部を保管していただくよう、お願いいたします。

キャンセルなどで通訳業務が履行されなかった場合でも、受付番号が付与された案件に関しては、「医療通訳業務確認票」（様式2）をご提出ください。依頼実績として集計し、神奈川県国際課に報告します。

〔医療通訳スタッフ業務確認票 郵送先〕 MICかながわ事務局 集計担当宛
〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町2-24-2 かながわ県民センター13階

【時間延長・キャンセル等の取り扱い】

1. 当日通訳の業務時間が2時間を超えた場合

超過1時間につき1,000円（消費税別）の通訳費用がかかります。

「医療通訳業務確認票」（様式2）の「派遣日時 実績」欄に通訳開始時刻と終了時刻をご記入ください。コーディネーターブースへの超過のご連絡は不要です。

MICかながわ事務局で通訳実績時間に応じて通訳費用を積算し、ご請求します。

2. 通訳派遣がキャンセルとなった場合

キャンセルの発生がわかり次第、コーディネーターブースに電話してください。

キャンセル連絡欄に、連絡をした日時、医療機関担当者、その連絡を受理したコーディネーター名をご記入ください。

派遣費用の発生についてコーディネーターに確認の上、該当箇所にをお願いいたします。内容については以下を参考にしてください。

（具体例）

① 派遣日前日16:00までにコーディネーターブースへご連絡いただいた場合

事前キャンセル（費用負担なし）

② 派遣当日にご連絡いただいた場合

当日キャンセル（費用負担あり）

（ただし、交通機関の乱れや天災による事情など、止むを得ない考慮すべき事情があった場合は 事前キャンセル（費用負担なし）とすることもあります。）

③ 派遣当日、通訳は派遣されたが、患者が来院しなかった場合や医療機関の事情により通訳業務がなされなかった場合

患者来院せず（費用負担あり）

*台風・大雪の際の通訳派遣について [別添]