

※本公募において取り組む内容について記載してください。

## <目次>

### 1 事業者基本情報

電話医療通訳サービス利用促進事業者の基本情報の確認を目的としています。

1. 事業者基本情報
2. 事業内容・経営理念・沿革等
3. 同類サービスの取引実績について
4. その他特筆すべきサービスや実績について

### 2 組織体制・通訳サービス提供体制

本事業を推進する担当部署の組織体制と電話医療通訳サービスを提供する体制を確認することを目的としています。

1. 本事業を実施する組織体制について
2. 通訳者の配置体制
3. 通訳者一覧
4. トラブル・災害時の対応方法等について

### 3 提供サービスの概要

本事業において、医療機関向けに提供される電話医療通訳サービスの仕様内容等、対応可能な言語の状況や受入対応可能なサービス提供時間、対応人数、対応可能なシーン(場面)等について確認することを目的としています。

1. 提供サービスの仕様内容等 (サービス仕様、通信環境等)
2. 対応可能言語・サービス提供時間・対応可能なシーン

### 4 通訳者の質の担保について

医療機関での通訳に求められる水準に則した採用基準や医療通訳の技能や倫理等についての定期的な研修や教育体制を確認することを目的としています。

1. 通訳者の採用基準、研修計画

### 5 リスク防止策・対応策について

通訳過誤に関わる医療事故や訴訟発生に備え、責任の所在等を明確にした契約書の締結等、具体的な対策について確認することを目的としています。

1. 通訳過誤などのリスク防止策・リスク対応策について

### 6 その他のサービス内容

その他の特筆すべきサービス等があるかを確認することを目的としています。

1. その他のサービス内容について

# 1 事業者基本情報

## ■事業者基本情報

フリガナ					
事業者名					
フリガナ					
代表者氏名					
郵便番号	(    -    )				
所在地					
電話番号(代表)		FAX番号(代表)			
E-mail(代表)					
ホームページ URL					
設立日	西暦	年	月	日	
従業員数	人	前年度売上高			千円
個人情報保護における 第三者認証の取得状況	ISMS (国際規格 ISO/IEC27001:2013) (JIS Q27001:2014)	認定(登録)期間		~	
		認定(登録)部署			
		登録番号		認定Ver	
	プライバシーマーク (JIS Q15001: 2006)	認定(登録)期間		~	
		登録番号		認定Ver	
	その他	認定(登録)期間		~	
	(                    )	登録番号		認定Ver	
第三者認証の取得なし	会社規定に個人情報保護規定がある。 ※個人情報保護対策として、第三者認証未取得の場合は「個人情報保護規定等」の写しを添付すること。				

## ■事業内容・経営理念・沿革等

※事業者の主な事業内容・経営理念・沿革について記載ください。事業案内別添による提出も可。

**■同類(電話通訳)サービスの取引実績について**

電話医療通訳サービス全体の実績について記載してください。

平成29年9月末現在で有効な契約を締結している件数を記載ください。

	区分		実績件数		備考（サービス内容）
医療機関との契約実績	病院	大学病院		件	
		大学病院以外の 国公立病院		件	
		一般病院		件	
	診療所・クリニック			件	
	その他(上記以外)			件	
医療機関以外との契約実績	介護・福祉施設関係			件	
	国公立・自治体関係			件	
	観光業界			件	
	その他			件	

**■その他の特筆すべき実績等について**

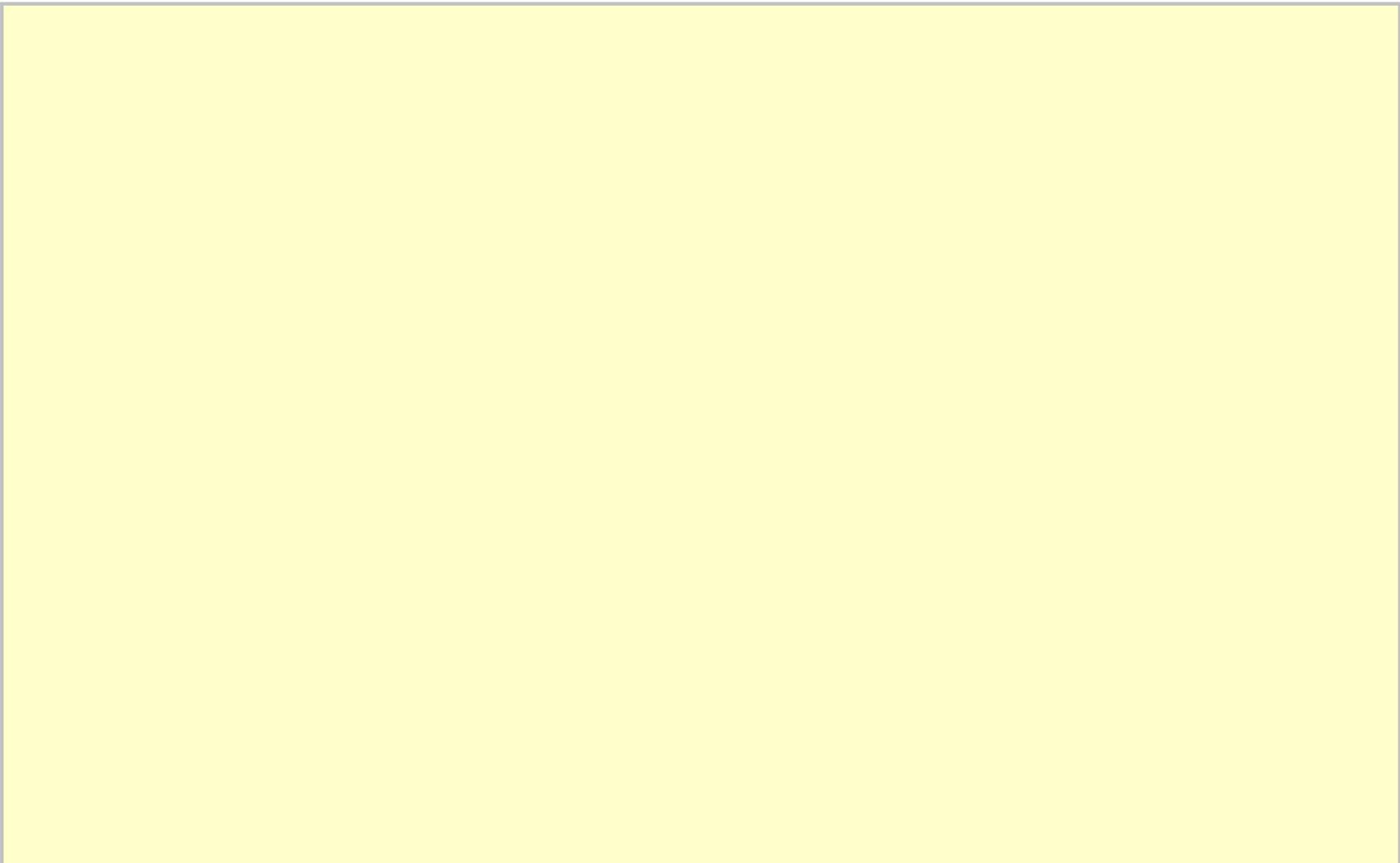
上記の同類サービスの取引実績以外で本公募事業に活かせる実績等があれば記載してください。

その他の特筆すべき実績等

## 2 組織体制・通訳サービス提供体制

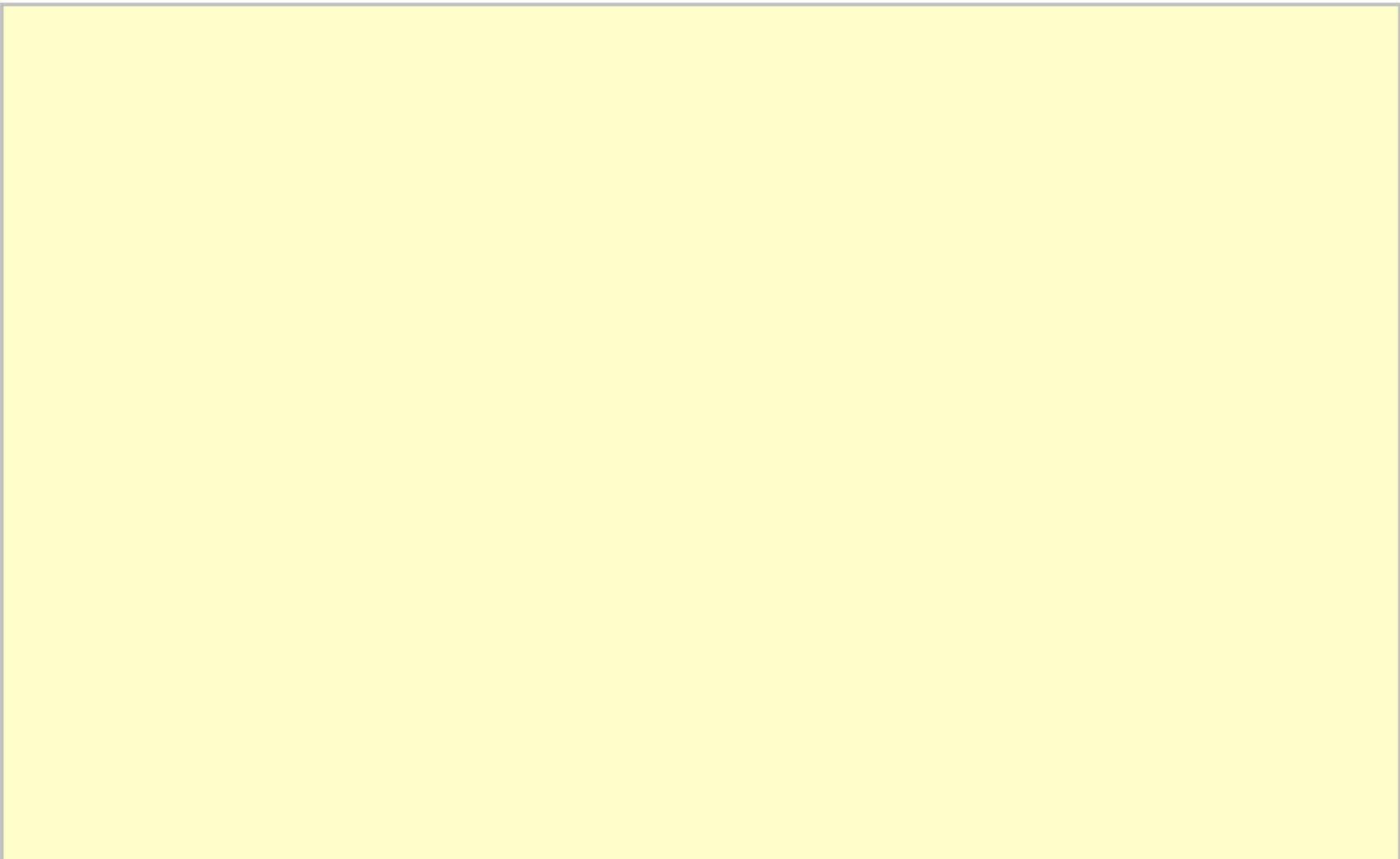
### ■組織体制

本公募事業を取り組むための主たる部署の組織体制について(組織図・プロジェクトメンバーの構成など具体的に記載ください)  
※コールセンターなどの部署の位置づけ(組織上)や業務委託先の状況についてわかるように記載ください。  
※応募事業者の組織体制図を別途添付ください



### ■通訳者の配置体制

本公募事業において提供する電話医療通訳サービスを実施する体制について記載してください。  
(コールセンターの配置体制または在宅等の登録者による体制など通訳が提供される体制、通訳者の雇用状況(自社採用者、委託先など)等  
※複数のコールセンター等がある場合はその旨もご記載ください。  
※通訳を提供するまでの提供フローについても記載ください。(利用者から通訳者までのフロー)



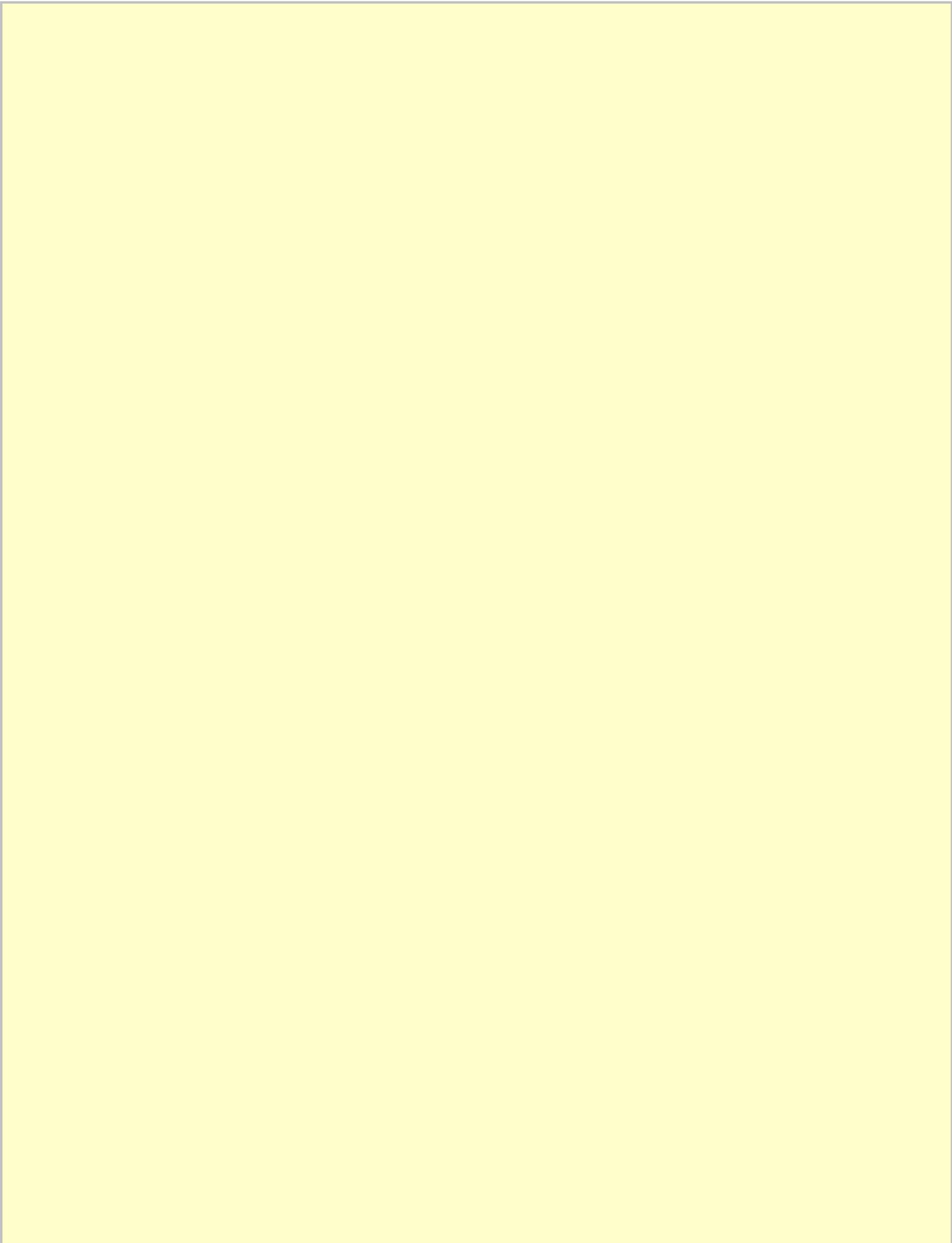
■通訳者一覧

本公募事業において、主に対応する通訳者の職歴・経歴について(採用予定の場合はその旨を備考欄に記載ください)  
また、医療職としての経験がある通訳者がいる場合には備考にその旨も記載ください。

No	母語(第一言語)	対応可能言語	対応可能なシーン	資格等	通訳歴	医療通訳の経験	備考
例	英語	英語、フランス語、日本語	IC(説明と同意)、 重篤な病名の告知の 対応可	通訳案内士試験合格 日本語能力試験 N1取得	10年	3年	看護師経験5年
例	日本語	英語、中国語、韓国語	診療時の対応可	TOEIC850点取得 医療通訳専門技能者(中国語)	15年	2年	9月～ 採用予定
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

**■トラブル・災害時の対応方法等について**

トラブル発生時や災害発生時の対応方法について記載してください。  
(主にコールセンターなどでのトラブル・問題発生時における対応、通信障害等による通話不良など運用上のトラブルを補完する具体的な方法について記載してください。)



### 3 提供サービスの概要

#### ■提供サービスの仕様内容等

本事業で提供される通訳サービスの仕様内容について記載してください。  
(サービス仕様<提供方法・サービスの特徴など>、通信環境<通信設定・安定した接続を行うための工夫>等について)

■対応言語・サービス提供時間・対応可能なシーンについて

電話医療通訳サービスにおいて、対応可能言語、サービス提供時間、医療機関における対応可能なシーンについて記載してください。  
 「対応可能なシーン」の診療場面等において、「IC(説明と同意)」または「重篤な病名の告知」などが対応可能な場合は備考欄に記載ください。  
 また、提供サービスにおいて、特別な取り組み事項等があれば下記の自由欄に記載してください。

1	電話通訳	対応可能言語	サービス提供時間										対応可能なシーン							対応人数	備考				
			曜日							提供時間			24時間	受付・会計	診療	検査	手術・出産等	院内薬局等	救急受付			入院中病棟			
			月	火	水	木	金	土	日	祝															
英語	○	○	○	○	○	○					10:00	～	18:00		○	○	○				○	5	診療において、ICおよび重篤な病名の告知対応可		
中国語(北京語)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	0:00	～	23:59	○	○						○	5			
中国語(広州語)																									
中国語(上海語)																									
韓国語																									
スペイン語																									
ポルトガル語																									
フランス語																									
タイ語																									
ベトナム語																									
ロシア語																									
タガログ語																									
ヒンディー語																									
14	その他																								
15																									
16																									
17																									
18																									
19																									
20																									

1	TV電話通訳	対応可能言語	サービス提供時間										対応可能なシーン							対応人数	備考				
			曜日							提供時間			24時間	受付・会計	診療	検査	手術・出産等	院内薬局等	救急受付			入院中病棟			
			月	火	水	木	金	土	日	祝															
英語	○	○	○	○	○	○					10:00	～	18:00		○	○	○				○	5	診療において、ICおよび重篤な病名の告知対応可		
中国語(北京語)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	0:00	～	23:59	○	○						○	5			
中国語(広州語)																									
中国語(上海語)																									
韓国語																									
スペイン語																									
ポルトガル語																									
フランス語																									
タイ語																									
ベトナム語																									
ロシア語																									
タガログ語																									
ヒンディー語																									
14	その他																								
15																									
16																									
17																									
18																									
19																									
20																									

上記内容以外で、特別な取組事項があれば記載してください。(提供方法、対応可能な言語、曜日、時間帯、対応人数等)

#### 4 通訳者の質の担保について

##### ■通訳者の採用基準、研修計画

通訳者の採用基準や、通訳者の質を確保するための教育体制・研修計画について記載してください。

**5 リスク防止策・対応策について****■通訳過誤などのリスク防止策・対応策について**

通訳過誤に関わる医療事故や訴訟発生に備え、責任の所在等を明確にした契約書の締結等、具体的な対策について記載してください。

**6 その他のサービス内容****■その他のサービス内容について**

その他の特筆すべきサービス等がある場合は簡潔に記載してください。