

平成18年度厚生労働科学研究費補助金  
政策科学推進研究事業

病院ボランティア普及モデル(厚生労働科研版)の東アジア  
風土における検証：定着・拡大・応用に関する研究

(課題番号 H18-政策-一般-013)

平成18年度総括研究報告書

主任研究者 信友 浩一  
(九州大学 大学院 医学研究院)

平成19年(2007年)3月

## 研 究 組 織

### [研究代表者]

信 友 浩 一 (九州大学 大学院 医学研究院)

### [共同研究者]

安 立 清 史 (九州大学 大学院 人間環境学研究院)

小 川 全 夫 (山口県立大学 大学院 健康福祉学研究科)

大 谷 順 子 (九州大学 大学院 言語文化研究院)

稲 津 佳 世 子 (九州大学 大学院 医学研究院)

### [研究協力者]

木 村 恭 子 (九州大学 大学院 人間環境学府)

金 霞 (九州大学 大学院 人間環境学府)

高 須 道 枝 (九州大学 大学院 人間環境学府)

田 中 亮 子 (九州大学 大学院 人間環境学府)

陳 曉 雲 (九州大学 大学院 人間環境学府)

李 河 妊 (九州大学 大学院 人間環境学府)

渡 邊 枝 未 (九州大学 大学院 人間環境学府)

荒 木 温 (九州大学 文学部)

入 部 千 鶴 (九州大学 文学部)

上 野 紗 佑 里 (九州大学 文学部)

黒 木 奈 々 恵 (九州大学 文学部)

長 尾 安 子 (九州大学 文学部)

山 下 香 織 (九州大学 文学部)

佐 々 木 葉 月 (九州大学 経済学部)

春 山 菜 央 子 (九州大学 理学部)

マシュー・フレーリ (ブランダイス大学)

## 目 次

1 章	厚生労働行政にとっての病院ボランティア調査研究の意義	1
1-1	厚生労働行政にとっての病院ボランティアの意義	
1-2	医療機関にとっての病院ボランティアの意義	
1-3	病院ボランティアと厚生労働行政の課題	
2 章	病院ボランティア普及モデルの検証 (1)	
	病院ボランティア・サポーター講座における普及モデルの検証	15
2-1	講座の概要	
2-2	講演の要旨	
2-2-1	ボランティアとは何か?～病院ボランティアをサポートするために～	
2-2-2	病院ボランティアとは	
2-2-3	アメリカと東アジアの病院ボランティアの現状	
2-2-4	病院ボランティア活動の事例① 淀川キリスト教病院	
2-2-5	ボランティアコーディネーターとは ボランティア保険について	
2-2-6	病院におけるボランティアのリスクマネジメント	
2-2-7	病院ボランティア活動の事例② 堺市民病院	
2-2-8	ボランティア受け入れについて	
2-2-9	まとめ	
3 章	病院ボランティア普及モデルの検証 (2)	
	病院ボランティア導入の現場の問題と課題－アンケート調査の結果とその分析	47
3-1	受講者の所属母体は医療法人が 7 割	
3-2	6 割弱が一般病院に勤務	
3-3	51～500 床までの病院が 8 割	
3-4	半分程度の病院が病院ボランティアを受け入れている	
3-5	病院ボランティア導入を考えている病院が 9 割以上	
3-6	導入理由は“地域社会との連携”が 7 割以上	
3-7	導入にあたっての最大の課題は「ボランティア保険」で、8 割弱が“分からない”	
3-8	6 割がボランティア保険に加入	
3-9	「ボランティア保険はボランティア個人が負担する」が 6 割	
3-10	ボランティア受け入れ時に健康診断を行うのは 1 割程度	

- 3-1-1 9割以上の病院で、ボランティア受け入れ時に面接を実施
- 3-1-2 6割以上の病院で、ボランティア受け入れ後にも面接を実施
- 3-1-3 6割近くの病院で、面接の結果ボランティアを断ったことがある
- 3-1-4 13%の病院で、ボランティア受け入れ後にボランティアを断ったことがある
- 3-1-5 ボランティア担当者の部署の50%以上が看護部
- 3-1-6 6割以上の病院でボランティア担当者は2名以上
- 3-1-7 9割近い病院で、ボランティア担当者は兼任で業務を行っている
- 3-1-8 8割の病院において、ボランティアに関する予算がない
- 3-1-9 ボランティア導入をしていない病院の方が受け入れへの心配が大きい
- 3-2-0 教育・研修システム、ボランティア導入ガイドライン・マニュアルの必要性

#### 4章 病院ボランティア—その東アジア風土における定着・拡大の実態 59

- 4-1 喜縁（ヒヨン）医療財団
- 4-2 釜山大学病院
- 4-3 釜山広域市女性文化会館
- 4-4 韓国ボランティア・アカデミー
- 4-5 韓国の大邱市における病院ボランティアの調査報告書
- 4-6 香港公的病院におけるボランティア
- 4-7 シンガポールの病院ボランティア
- 4-8 タイの病院ボランティア調査
- 4-9 中国の病院ボランティアの現状と課題
- 4-10 ノースウェスタン・メモリアル病院 (Northwestern Memorial Hospital) の病院ボランティア

#### 5章 病院ボランティア・ディレクターの役割とマネジメントの課題：米国の病院ボランティアの先進的システム 143

- 5-1 「全米病院ボランティア・ディレクター協会 (American Society of Directors of Volunteer Services)」調査
- 5-2 ASDVS (American Society of Directors of Volunteer Services)
- 5-3 ASDVS (American Society of Directors of Volunteer Services)の歴史
- 5-4 ASDVS と AHA との関係
- 5-5 AHA と ASDVS の連携関係
- 5-6 「全米病院ボランティア・ディレクター協会(ASDVS)」の日本への示唆  
—第38回 全米病院ボランティア・ディレクター協会年次大会に参加して—

6章 病院ボランティアの定着・拡大・応用に関する研究のまとめー東アジア と日本の病院ボランティアーその問題と課題	163
参考文献	167
参考ホームページ	169
執筆者一覧	171

# 1章 厚生労働行政にとっての病院ボランティア調査研究の意義

## 1-1 厚生労働行政にとっての病院ボランティア研究の意義

信友 浩一

ボランティアという風土・文化に密着した精神・思想であるにも関わらず、わが国では、欧米でのボランティア活動をモデルにしての導入が主流になっていた帰来がある。未だ近代化主流の考えかたが生きているとも言えるが、検めて、日本風土・文化に近い東アジアでのボランティア活動をモデルに仰ぎ、わが国のボランティア活動の一層の普及を図るための検証を行い、その結論を本報告書として纏めた。以下は、その結論を補強する私の釜山でのインタビュー調査結果とコメントである。

1. 信仰するものを持たないまま、豊かな時代に入って行った日本の現状（生活単位の最小化、世代間のギャップ、地域生活意識の希薄化）に由来する一体感のない日本社会のようには成りたくない、という決意があり、その予防のためにボランティア精神・思想・活動が必要であるとの社会的合意が存在する。

2. ボランティア教育が学校教育のなかで義務化されており、単位として認められている。ボランティア教育・ボランティア活動の機会の一大分野としてヘルスセクターがあり、主に、急性期病院が担っているが慢性期病院では関われるケアサービスが限られているので機会が少ないようである。しかし何れの病院であれ、病院ボランティアを受け入れるための予算を数百万から数千万円規模で準備している。

3. ボランティア教育の政策評価が行われており、そのひとつとして教育の形骸化が語られてはいるが廃止すべきという世論には至っていない。一体感のない社会を予防し救えるのは、社会保障制度が必須ではあっても、ボランティア精神・活動が大前提であることを多くの病院関係者から聞いた。

4. 以下はコメントである

- ① ボランティア精神・活動の高揚は豊かな時代の必須の国家的事業である。
- ② 学生期での同教育・活動の場として保健・医療・介護の場に注目すべきである、全ての人達が経験せざるを得ないのが生老病死であるから。
- ③ 生産期での同教育も重要であり、効率・利益優先の対極にある世界を経験させ、ボランティア精神・活動の高揚の障碍にならないだけでなく寄与させる。

ボランティア精神・活動は自発的には、残念ながらわが国では、展開・普及は見込まれない故に国家的事業にすべきことが痛感させられた。

## 1-2 医療機関におけるボランティアの意義

稲津 佳世子

日本の医療は、金持ちだけが受けられるプライベートなサービスであった時代を経て、明治時代以降は福祉の一環として扱われ、医療者が一方的な診断、治療を行い患者はそれを受け入れるという「パターンリズム」が成立していた。しかし、1980年代以降、消費者運動やインターネットの普及などにより、「患者の権利」が重視されるようになり、情報の非対称性を埋めるインフォームド・コンセントをはじめ、各種の説明責任を求められるようになった。さらに医療訴訟の増加傾向や、地域における医療機関経営の競争も激化してきており、医療機関が福祉からサービス業であるという認識に急転回しつつある。医療機関は生死や生活の質に直接関わるサービスの提供を求められ、なおかつ専門職と素人の間での情報格差がある特殊なサービスである。さらに、近年は科学万能主義的傾向があり、あらゆる疾患は治ると信じている患者も増えており、医療機関に対する期待は従来に無いほど高まっている。こうした期待が高いほど、従来のサービスでは満足が得られない。また、1990年代後半からは care と cure の論争から始まり「癒し」を求める人が増えている。医療機関にも「癒し」が求められ、患者満足度などの主観的評価にさらされつつある。患者の主観的満足や理解を得るための活動を志向するようになったが、社会的状況として医療機関に対する第三者評価が避けられない状態で、ボランティアがその医療機関に存在しているという事も大きな評価ポイントとなりつつある。

一方、現在日本の医療機関の絶対的な人材不足が指摘されている。診療報酬点数の問題もあり、直接医療に関係しない人員に対する手当ては無く、各医療機関の努力に任されている。医療財政の頭打ちの中で、医師、看護師などの専門職の数の不足のみならず、求められるサービスの量と人員不足のミスマッチが広がっている。医療機関におけるボランティアの存在意義には、医療機関側の有効利用できる人材としての側面と、患者、利用者側の視点を取り入れるという側面がある。さらに、医療機関という特殊な状況でのボランティア活動は、今回の調査で明らかになってきたように、徳育教育や死生観などボランティア成長の機会提供など、医療機関や直接の利用者だけの利益にとどまらず、社会的な意義も認められる。以下それぞれの視点を分析する

### 1-2-1 医療機関から見た利点—「顧客満足」の視点から

#### 【ただそこに居る】

「白衣には本音は言えぬ患者様」(サラリーマン川柳の朝柳会・会員 尾崎 雄(老病死を考える会世話人)より)

生死を預けている患者にとって、忙しそうに走り回っている医療スタッフに声をかけることはためられる。不平不満や疑問点、相談や愚痴などネガティブな発言に関してはさらに勇気が必要だ。医療機関にボランティアが存在する事で、職員でもない家族でもない「社会の風」「斜めの関係」「友達」といった、第三の存在が患者の本音を引き出すきっかけになる。職員ではなく、ボランティアという中立的な立場でしかできないオンブズマン的活動もある。ボランティアが何かをするのではなく、そこに居ることが大切だと、緩和ケア病棟でのボランティアがよく聴く言葉である。こうした存在は患者だけではなく、忙しい職員からも求められている。ボランティアが職員の代替となって実際の作業を手伝うという側面もあるが、職員、当事者以外が存在する事で双方の安らぎや癒しの手伝いができる。具体的にはボランティアが職員向けのマッサージや肩もみをした事例など直接的な介入から、ボランティアと職員がともに同じ業務を分担する事で職員のサービス精神が活性化され、結果として

職員の離職率が減ったという報告もある。ただそこにボランティアが居る。それだけでも患者中心の医療を目指す指標になりうる。病院ボランティアの理想形である。

#### 【より多くのサービス】

とはいえ、現状では医療機関が求めているのはボランティアを導入する事でサービスの絶対量を増やす事である。各自の持てる力を発揮するようにボランティアが適切に活用されるなら、患者に提供できるサービスの量や質が向上する。

海外においても、医療事務や入浴介助、食事介助を始めあらゆる雑事、日常生活介助、エンターテインメントなどをボランティアにゆだね、あるいは協働している実態が見えてきた。ただし、こうした人材活用をするためには、ボランティアに対しても職員とほぼ同様の教育や責任などを負わせる事が必要であり、こうしたボランティアの研修や管理について専門的に行う人材（コーディネーター）が不可欠である事も見えてきた。また、アメリカや韓国、香港などでも活動内容によっては、ほぼ職員と同等の業務を行っている部門も多いが、職員との競合を避けるための様々な工夫があった。ボランティアと低賃金労働者との対立を避けるために、明確な取り決めがあることが望ましい。本来なら13人分の雇用をボランティア200名でやってくれるので、3人分くらいの経費をかける事は節約であるというアメリカ、韓国双方のボランティア・コーディネーターの発言が興味深い。

#### 【医療機関のビジョンを明確化する】

医療機関にボランティア活動を取り入れるとき、ボランティアをその医療機関がどのように位置づけ、活用するかという事が問題になる。これが曖昧なまま、形式的にボランティアを取り入れても、職員とは違うモチベーションのボランティアと摩擦が避けられない。職員がボランティアを無給の職員であると階層の最下位に認識した場合は最悪である。ボランティアを受け入れてみたものの上手くいかず、医療機関とボランティアの板ばさみになるコーディネーターも多く、医療機関全体がボランティアの位置づけを明確化することが重要である。こうした機会に患者中心の視点であるとか、地域住民の視点、利用者の視点など外部の視線にさらされる事を医療機関は意識する事になる。

#### 【医療機関の広報】

ボランティアは患者とともに、医療機関の広報となる。重要な口コミの源泉である。ボランティア活動そのものを地域へアピールする事も可能であるし、ボランティアの受け入れを医療機関の地域貢献と評価している日本医療機能評価機構の基準に照らしても、ボランティアは広報である。しかし、活動開始後の医療機関での対応によっては、病院の広報としてポジティブにもネガティブにもなりうる。病院ボランティアをしようと、ある医療機関を訪れるボランティアには、前回のアンケートからもうかがえるように、大きく3つのタイプに分かれる。明確な目標は無く、漠然と人の役に立つ事をやりたい方とこの医療機関でお世話になりここに恩返ししたいという明確な目標を持ってこられる方がある。また、特技や学習の成果など自分の技能を活かしたいという方もある。それぞれのモチベーションは違うが、遠方から交通費をかけてやってくるボランティアは個別の医療機関に対する思い入れが強く、それだけに医療機関への期待は大きい。近所であるからという理由で医療機関を選んだボランティアは、特定の思い入れが少ないだけに病院を批判的に見る事もある。また、複数のボランティアを掛け持ちしている人も少なくないので、医療機関同士の比較も行われやすい。ボランティアは厳しいサービヤーである。地域に密着した人たちとどのように病院が付き合うのかが問われること



になる。自分の技能を活かしたいという人は、その活動が継続的に行われていけば達成感を持ちやすく、医療機関への評価は他のふたつのタイプに比べると厳しくはない。逆に自分の活動の宣伝の場として、医療機関を利用するタイプもあるため注意が必要である。

## 1-2-2 ボランティアの視点から—医療機関というところ

### 【教育的効能】

先に3つのボランティアのタイプを説明したが、医療機関でボランティアを行うということは他のボランティア活動とは違う効能が認められる。韓国での核家族化に伴う敬老精神を養うためのボランティアをはじめ、生死を斜めから見る事や実際の病気と戦う患者さんの姿を継続的に見る事で、ボランティア自身の死生観や健康、医療に対する見識を再認識していただく機会を提供する事ができる。何となくはじめたボランティアであっても、患者さんたちに感謝される事や、そうした患者さんが亡くなっていくことを見ていくということで、成長していると話される事が多い。医療機関は、環境ボランティアなどとは違う直接的な対人関係が求められることが多いが、各ボランティアの適性をみながら、活動を勧めていくことで、ボランティア自身の尊厳や達成感を高める事が出来る。

### 【ボランティアをする、される—自己尊厳】

ボランティア・セラピーという言葉もあるように、患者や障害者にとってもボランティアをされるだけではなく「ボランティアをさせるボランティア」という認識で、自分が他人に対して役に立っているという認識を高め、精神的健康を高めるという活動も可能になるだろう。香港における超高齢女性が、ただ病棟にいてだけでよいとみんなに言われるような活動や、「体が動けなくなっても人の話は聞けるよ」という元カウンセラーの方など、もっと自由にフレキシブルにボランティアというシステムを活用できる事が望まれる。<sup>1</sup>

## 1-2-3 ボランティア・マネージメント

くしくも原稿作成中に能登沖地震が発生したが、災害ボランティアに行こうとする人たちに向けて石川県が当初自粛を申し入れるという事態が報道されている。ボランティアしたいという人たちがいる一方、それを受け入れマネージメントする器が無ければ、ボランティア活動は成功しがたく、現地での混乱を助長するだけである。わが国においても、災害ボランティアを通じて、こうしたボランティア・マネージメントに対する関心が高まってきつつあるが、病院ボランティアにおいても同じである。ボランティアを受け入れる体制が充分でなければ、ボランティアの力を活かす事はできず、むしろ現場の混乱を増すだけである。日本の病院ボランティアは、淀川キリスト教病院を始めキリスト教的ボランティア観を職員全員が共有する土台のあるところで発展している。昨今、医療機能評価や人手不足による興味からボランティア受け入れを始めようとしている一般医療機関では、こうした土台が充分に無い事が今回のワークショップやアンケートの結果からもうかがえた。今後、医療機関がボランティアを積極的に活用することを考えるなら、ボランティア受け入れ態勢について医療機関特有のマネージメント方式の普及が必要である。今回、アメリカ以外の東アジア地域における病院ボラン

<sup>1</sup> ボランティア・セラピー「要介護者の力が活きる福祉のカタチ」木原孝久著 中央法規

ティアを概観してきたが、調査を行った各国や日本においてもボランティア活動の成功している医療機関では、ほぼ共通のボランティア・マネジメント理論やボランティア認証 (recognition) が行われていたことも興味深い。韓国では既にアメリカ型のボランティア・コーディネーターマニュアルの導入を行い、情報の共有化を進めている。香港でも地域センターでこうした情報が提供されている。わが国でも、こうした理念や手法などが共有できれば、より迅速で安全な病院ボランティアの普及に貢献するだろう。

## 1-2-4 日本の仏教徒としての病院ボランティア

大下大圓氏より聞き取り (2007, 1, 17)

大下大圓氏は

1954年生れ。高野山大学文学部仏教学科卒業。岐阜大学教育学部研究生終了。・高野山大学客員教授

- ・岐阜県内5看護学校講師・NPO地球人ネットワーク飛騨代表
- ・日本ホスピス在宅ケア研究会スピリチュアルケア部会長
- ・高野山真言宗社会福祉委員
- ・IAVE (ボランティア活動国際推進協議会) 日本委員
- ・岐阜県世界青年友の会理事
- ・(社) 日本青年奉仕協会評議員
- ・岐阜県音楽療法士 ほか。

高野山で修行し、阿闍梨 (アジャリ) 位の取得後スリランカ国へ留学、スリランカ僧として得度研修。

帰国後、地元教育委員会で社会教育担当 (3年)。飛騨で約20年前より「いのち、生と死」の学習会として「ビハラー飛騨」を主宰。その活動から病院や在宅への専門的なボランティア活動として「ひだ医療福祉ボランティアの会」を結成、ベツトサイドのボランティア活動を続ける。

また「岐阜国体から3年間」、岐阜県スキー選手のメンタルトレーナーをつとめ選手の精神的サポートをしている (全日本スキー連盟公認指導員)。

国立乗鞍青年の家 (継続)、岐阜大学講師 (3年) を経て、現在 飛騨千光寺住職のかたわら和歌山医科大学、岐阜薬科大学、高野山大学、高野山大学院 (教育ホスピス学、スピリチュアルケア理論)、高野山専修学院の講師を勤める。

高山市内にある「高桑内科クリニック」と「あらたに整形外科・内科」のスピリチュアルケアワーカー (臨床心理相談員) を勤め、医療チームの一員として患者や家族の精神的ケアにあたっている。

2002年2月に岐阜で開催された第33回全国ボランティア研究集会のコーディネーターをつとめ、その成果として、県内ボランティア活動推進ネットワークの会「岐阜県ボランティアネットワーク」を結成し、代表となる。

飛騨千光寺で「心の研修」に関する様々な宿泊研修を手がけて、医療、福祉、教育における「スピリチュアルケア」を探究している。本人は具体的な現場活動をモットーとしている。

### 1) 病院ボランティア活動の実情

- ・現在、W大学病院では医学生、看護学生が院内ボランティア活動をしているが、その医科大学と連携交流している高野山大学の学生も18年度からボランティアで入ることになった。それまで同医科大学は外からのボランティアを受け入れてはいなかった。
- ・本来宗教もボランティアも人と人とのつながりを重視する関係であるから、組織に新しい動きを導入するには、いろんな人間的コンセンサスが必要である。
- ・病院は機能的に細部にわたって、マニュアルで動いている構造を持つが、ボランティア活動は基本的にマニュアルを必要としない。したがって、そのマニュアル化した組織に組み入れられるには、な

んらかに内部コンセンサスが必要である。つまり、組織運営の中にボランティアを取り入れること、組織のだれもが理解できる筋を通すことが大事。

・病院ボランティア活動をうまく運営するには、ボランティア・コーディネータは二人が確保できることが望ましい。それは内部と外部のコーディネーター。

内部：組織内に精通している人

外部：ボランティアを取りまとめることができる人の代表

- ・それでも一人しかいない場合、どっち側の見方なのかと立場が危うくなる可能性あり
- ・高山の活動は市民が自主的に「ひだ医療福祉ボランティアの会」をつくって、施設や在宅での個人的ボランティア活動を展開している。
- ・「K病院では、外部からボランティア活動を受け入れるために、一年間の院内ボランティア検討委員会をつくって、守秘義務やリスクマネジメントの学習会を開いた。そこに私たちボランティアの代表も参画して、意見を呈した。
- ・一年間、病院内に検討委員会は毎月一回の会合を行ない。副病院長（現在の院長）も参加し、リスクの検討を行っていた。そして一年後に、恐る恐る（心配しながら）ボランティア活動の導入を開始した。
- ・ボランティア側には何をやりたいかアンケートをとり、人と接することが好きでない人は、シーツ替えなど。人と関わりたい人は、案内、話し相手、搬送、散歩などを提案した。
- ・病院側にとっては、ボランティアはなにができるかわからないし、責任のあり方もわからない。
- ・活動形態、契約は個人と病院との契約書を交わす。それは自己責任を明確にする意味と、ボランティア活動であっても責任と義務が発生していることを自覚する意味がある。また病院という組織と交渉する手段でもある。団体だと個人意識が薄れ、無責任になりがちになる。たとえば、「ボランティアは沢山いるから私一人くらい急に休んでもだいじょうぶだろう」といような安易な参加意識をもたないようにする。また一人ひとりの都合を聞きながら病院と時間帯を交渉しなければならない、ボランティア側のコーディネーターの負担を軽減するため。病院のボランティアコーディネーターは兼業で有償のケースが多いが、ボランティア側は、他に仕事をもっていることが多い。
- ・登録したボランティアはエプロン、名札、検診、保険、決まりごとを守ってもらう。コーディネーターは、師長がもちまわりで担当し、委員会の委員長も勤めた。院内にボランティア委員会も設置し、ナースたちも活動に加わった。年に1回の院内音楽コンサートを始めるなど、協働によるプログラムを展開していった。
- ・JVYA（社団法人日本青年奉仕協会）の評議員として、全国研究集会を各地で開催してきた。そこでのさまざまなボランティアマネジメント学習が基礎になっている。その教訓からボランティア同士が話し合いをする機会を作り、自分たちで問題解決する事が大切。問題が起きたとき、病院側にその解決のすべてをゆだねるのではなく、ボランティア活動の評価を検証する習慣が大事。現場で考え、瞬時にいい方向性を判断する能力が重要。そこにはマニュアルはない。経験知と誠意である。
- ・ボランティアの手引書を協同で作成し、おたがいに周知することが大事。それはガチガチの規則ではなく、前向きな方向性をもったもの。問題がおきたときの会議をし、改善をめざし、駄目な場合はその活動は止める勇気も大事。
- ・患者の安全を守ることが一番であり、ボランティアのためのボランティアではない。
- ・実際他のN病院では、ボランティア活動が管理のために行き詰まり、一年間ボランティアを入れ

なかったこともあった。人間関係もあった。ボランティアの古い人と新しい人の折り合いが悪かった。

## 2) 僧侶としての活動

- ・ 僧侶として病院に入ることは、病院側が抵抗があったようだ。そこで淡い色の作務衣で入ることにした。ニーズは多いはず。
- ・ ドクターの関心：ナースでは出来ないことをボランティアにしてほしい。流れる時間が違うから。ボランティアはゆっくりできる。反対意見もあった。
- ・ W 医大は緩和ケア病棟に学生ボランティアが入ることによって、患者・家族が大いによろこんだ。そのことを医療スタッフが再認識する。
- ・ 末期患者にとって、風としてのボランティアは最後の友達であり、家族的な一員、懐かしい人、関係性の深まり。一緒に息をしてくれる人、ではないか。一般病棟のニーズも多いだろうが、まだまだ需要は無限にある。しかし病院側の論理が優先してボランティア活動をうまく導入している病院は全国に多くない。
- ・ 患者のためのボランティアであり、ボランティアのためのボランティアではない。ボランティアにとっても学びがあり、いいことだとも思う。仕事の分業ではなく、医療現場の殺伐とした空気の隙間をうめる活動。
- ・ 職員の下請けではない。対等意識が大切。以前には一般的なボランティア活動は行政の下請けが流行った。私たちはそうではない。ボランティアは行政の下請けではない。高野山大学の学生がハンドマッサージを勉強していて、患者や家族、スタッフにマッサージをしたのが好評だった。医療ではやらないことをしてくれたことが好評だった。

ボランティア観；宗教観ではなく、地域観。都会は余り変わらないだろうが、地域によって違うのではないか。

- ・ インドネシアやマレーシア（KL）の仏教の尼僧さんがつくったホスピスでボランティアの調査をした人がいる。仏教徒の活動も世界的に広がっている。
- ・ タイのエイズホスピスにボランティアしてる日本人もいる。以前に私もそこへ視察にいった。今年2月にお高野山大学の学生と日本福祉大学の学生を連れてそこへ行く。
- ・ そこでは仏になる修行としての奉仕、修行として患者や家族自身がボランティア活動をしている。そこは寺でありながら、患者自身もボランティアをしているエイズホスピスなのだ。
- ・ 200・300人、患者と家族が住んでいる（コテージがある）。患者自身が棺おけをつくっている。（バンコクから3時間のロブロイというところでタイ人のアランコットさんがつくった）
- ・ タイは小乗仏教なので、僧侶は一切の事業（金稼ぎは）していけない。お布施のみで生きるという教えが強く、これまで自分達でアクションを起こしてこなかった。
- ・ これは新しい考え方で、アランコットさんが開発僧（かいほつそう）という考え方を提唱し、社会活動を始めた。
- ・ タイの国王も支援し、僧侶の活動が広く認められるようになった。外国人ボランティアも沢山参加している。身体を拭いたりなど、生活を支えるためのケアをしている。常に誰かが側にいること、それがボランティアの価値である。
- ・ 日本の僧侶も連れて、スリランカの津波ボランティアもした。外から日本を見ることも大切。

### 3) 歴史認識から

・日本；江戸時代、明治時代に仏教弾圧があった。江戸時代の檀家制度（宗門寺請制度）は、寺社奉行をつくり、寺受け制度により、僧侶の社会活動を抑制した。檀家の奉仕のみをしていた。僧侶も檀家の葬儀や法事をこなせば生活ができるようになり、社会活動をしなくなった。明治時代には、廃仏毀釈という弾圧があって、国民を国家神道に統一しようとして、仏教は弾圧され、僧侶も還俗させられた。しかし檀家の信仰心がつよかったおかげで仏教はつぶれなかった。

- ・ その流れが戦後まで続き、仏教は 400 年に渡って、その枠組みから脱却できないままだった。
- ・ 最近、ホスピス、緩和ケアの領域から、スピリチュアルケアの流れが出てき、個人のスピリチュアリティを重視する思考が一般化されてきた。これは企業倫理でなく、市場倫理だと思う。つまり病院経営に必要なものはクライアント（ケアの対象者）の受益であるから。したがって、その人が必要としているスピリチュアリティを用意すべきであるという議論が起きてきた。そういう意味で仏教も必要になってきた
- ・ しかし、クライアント（ケアの対象者）や家族が望む仏教的ケアであるかどうかが問われている。ケアに活かす内容やプログラムが今後大事であるということ。

### 4) スピリチュアルケアの全国ネットワーク化

- ・ 仏教界内部でもスピリチュアルケアに関心もたれてきている。これは仏教再生運動の一端でもある
- ・ 高野山では過去 5 年前より、僧侶のリカレント教育の一環から「スピリチュアルケアワーカー養成講習会」を開催してきた。受講生が 170 人にも達して関心の高さを表している。その受講生には僧侶が中心であるが、看護師、福祉、教育関係者もいる。
- ・ NPO 法人日本スピリチュアルケアワーカー協会も昨年設立（私は副会長）して、専門家集団の寺院意外でも新しい活動が期待されている。
- ・ 医療界でもスピリチュアルケアが盛んで、日本ホスピス在宅ケア研究会ではスピリチュアルケア部会が 2004 年に発足して、研究会、学習会を展開している（私は部会長）
- ・ 19 年度には、スピリチュアルケアの学際的研究会、学会の設立が議論されている。わたしもその中心的メンバーである。
- ・ 仏教関係者、キリスト教関係者、神道関係者、教育関係者、医療者がベースとなったスピリチュアルケア学会（研究会）を模索中。
- ・ スピリチュアルケアにはグリーフワークもいれるべき。社会のあらゆる悲嘆感情の解決に役立つはず。葬儀屋さんもまきこんでやっている。
- ・ 葬儀の場面で自殺をした家族に僧侶の言動が二次被害をつくっている現状。宗教家の再教育が必要。
- ・ スピリチュアルケアは、社会化していくこと、特殊社会に閉じ困らない。宗教の社会化。社会の人々に相乗効果があるのではないか。一部に人間だけではない。

### 5) ボランティア活動の未来

- ・ 奉仕とボランティアは違う。奉仕はサービスであり、ボランティアは自発的な活動だ。自由な発想が大事で管理的なものはボランティアとはいいいがたい。
- ・ その地域によって、人の意識も社会の仕組みも少しずつ異なっている。これからは、中央に迎合するのではなく、地域の風土によって自由な発想のボランティア活動が望まれる。

- ・ボランティアは風であり、風は種を運んでくる。その種が草や花になるには時間がかかるが、その活動を忘れないことが大切である。
- ・自分がボランティア活動で多くの人ご縁がつながっているし、金にならないことをよくやってきたなどと言う気持ちもある。しかし、そこで学んだ成果はかけがえのないもの。
- ・自分のためのボランティアであるという出発点の認識が重要。なまじっか「人の為に」などと叫んでいると「偽善」になる。自己実現としてのボランティア活動であり、最終的には自己超越して他者や社会とつながっているいのちを感じていくのがボランティアだと思う。
- ・この自己超越はマズローが提唱した。
- ・ボランティア自身も癒されなければならない。自分が安全出なければ人を助けられない。それがボランティアの基本である。
- ・寺院をとりまく環境も時代に応じた柔軟な活動が必要がある。
- ・アメリカはシステム作りが上手い。NPO 法もアメリカで学習、研究してきた人たちが働きかけて、議員立法でつくった。日本 NPO センター設立には私も発起人だった。
- ・病院ボランティアも今まで病院内で抱えすぎてきたのではないか。もっとオープンになったらいいのではないかと思う。
- ・医師会もあまりにも権力をもってきているために、社会でのゆがみが出ている。臨床現場や社会事象を考慮するならもっと柔軟なってもらいたい。たとえば、臨床心理士は文科省の管轄だから、医療現場での専門的な活動が、認められていない。医師の既得権ばかりが強調されている。
- ・いろんな社会のいい活動をしている団体などと行政がもっと柔軟な接点を持つといいし、そういうモデルも必要。NPO としては患者意識のことではコムルなどがある。
- ・医業の人もスピリチュアルな教育を受けていない。精神的価値をうけていない。心理だけではない。精神性。精神科の医師もスピリチュアルケアについて関心をよせてくれるといいと思う。

## 1-3 「病院ボランティアと厚生労働行政の課題」

安立 清史

### (1) 病院ボランティアが急拡大している

日本で病院ボランティア活動が始まって40年余になる。しかし日本の医療現場全体から見ればそれらの活動は極小の点のようなものであった。10年ほど前、われわれが病院ボランティアの全国調査を始めた頃、「日本病院ボランティア協会」加盟の病院ボランティアは全国わずか100団体程度だった。日本の病院総数のわずか1%程度だったのだ。ところが時代や社会情勢は急激に変わりつつある。阪神淡路大震災後のボランティアブームは一過性のもものではなかったし、医療機能評価の項目にボランティアの受け入れが入ったこともあり、近年、病院ボランティアは劇的に増えている。2003年、福岡県病院協会、福岡県私設病院協会、福岡県精神病院協会などの協力をえて調査したところ、福岡県では約3割の病院ですでに何らかのボランティア活動が始まっていることが分かった。日本全国でもほぼ同じ傾向であろうと推定される。驚くべき変化である。時代や社会の変化が、病院ボランティアを要請しているのだ。それにともない多くの問題や課題も現れてきた。ここに病院ボランティアと厚生労働行政の課題がある。

### (2) 病院ボランティアの現状と課題—労働とボランティア活動との境界線は何か？

日本の病院ボランティアをめぐる現状は多くの潜在的な問題をはらんでいる。ボランティア活動は始まっているが、ボランティアは何をする存在なのか、何が出来て何をしてはならないのかという基本的なことが曖昧なままである。病院ボランティアの受け入れにあたっての全国的で標準的なガイドラインはない。受け入れの規約やルールは各病院バラバラの状態である。このような現状のままで、果たして良いのだろうか。厚生労働行政が、病院ボランティアに関して、もっと積極的な役割を果たすべきではないだろうか。

このままだと、労働とボランティア活動との境界線が、限りなく曖昧なものになり、時には、

交差したり労働の領域を侵犯していくことが危惧される。かつて日本に初めて病院ボランティアが現れた40年ほど前には、医療関係の労働組合から、ボランティアの導入に対して大きな反対が巻き起こったことを思いおこすべきである。現在は、労働組合が、ボランティア活動に正面切って反対することはないかもしれない。しかしながら、問題は潜在化しているだけであって、いつ問題が表面化してもおかしくない状況にある。とりわけ医療事務や医療補助の仕事が、どんどん外部委託され、パートタイム労働へとアウトソーシングされていく現状では、労働組合本体ではなく、その周辺において、労働とボランティア活動との境界線が限りなく曖昧になっていくことが危惧される。

ボランティア活動と労働との区別に関しては、本報告書でも述べているように、アメリカの事例や経験が示唆的である。アメリカは、ボランティア活動にたいへん熱心であり、病院ボランティアに関してもボランティア活動にたいして促進的なシステムを持つが、労働とボランティア活動との区別に関しては、様々な法律や規定が、その区別をかなり厳格に定めている。日本の場合にはそれがままに、医療現場で病院ボランティアの導入が進んでいる。

問題が起こってからでは遅すぎる。

病院ボランティアが急拡大している今こそ、ボランティア活動と労働との区別を明確にし、ボランティア活動のガイドラインの確立に関して、厚生労働行政が主導的な役割を果たすべきである。

### (3) 病院ボランティアの受け入れ担当者の課題

グローバル化する世界情勢の中で、様々な新しい感染症が起こっている。ボランティアを介して、新しい感染症が侵入してこないという保障はない。また、グローバル化してボーダーレスとなる世界状況の中で、看護労働、介護労働の国家間移動も起こり始めている。患者の国際移動も稀な事例ではない。ボランティアとて同じであり、病院ボランティアは、日本人に限ったものではなく、今後は、ますます国際化が進むだろう。様々な文化の様々な宗教の、様々な価値観のひとびとがボランティアとして病院に関わってくる可能性がある。こうしたグローバル化への対応は



成されているだろうか。

またボランティアが活発化し、ボランティアの裾野が広がれば、潜在的には様々な人びとが「ボランティア」を口実に医療機関にやってくることも想定しなければならない。アメリカでは、新生児の誘拐や、様々な犯罪的な事件も、発生している。このようにボランティアの活発化に伴って起こりうる問題への備えは十分になされているだろうか。

個人情報保護法の制定で、患者の医療情報の保護は、たいへん重要な課題となっている。ボランティアにその問題の重要性がどれほど徹底されているだろうか。

ボランティア相互の、あるいはスタッフとボランティアとの軋轢や対立が起こるケースも報告されている。こうした問題事例が発生した時に、現在の病院ボランティア受け入れ担当者は、十分に問題解決機能を果たせるだろうか。

ボランティア活動が活発化するにしたがって、ボランティアの受け入れの判断が、重要なボランティアマネジメントの課題となってくるのだ。厚生労働行政は、病院ボランティアのマネジメントに関しても、もっと積極的な指針を示すべきである。

われわれの調査によれば、現状の病院ボランティアの実態では、病院側の受け入れ担当者や責任者は、兼任がほとんどで、このままでは問題が起こった場合に適切に対応できないのではないかと危惧される。とくに個人情報の保護や新たな感染症など、リスクの種類や内容も複雑になっていくのに対し、リスクマネジメントの体制が出来ていないことが問題である。

問題が起こってからでは遅すぎる。

病院ボランティアの先進国アメリカでは、専門職としてのボランティア・ディレクターなど専従スタッフを配置したシステムが構築されている。急増するボランティアに適切に対応するためにも、病院側も受け入れ体制を整備していくことが求められる。しかし全国的な基準やガイドラインを制定し、きちんとしたボランティアのリスクマネジメントに取り組むことが、厚生労働行政の緊急な課題ではないだろうか。

#### (4) ボランティア・コーディネーターやディレクターの体制整備

ボランティア受け入れにあたってのキーパーソンである「コーディネーター」や「ディレクタ

一」の状況はどうだろうか。われわれの調査では、日本でも病院ボランティア活動を受け入れている病院の約7割にコーディネーターがいる。しかし、そのほとんどは看護師や事務職の「兼務」である。このままではリスクマネジメントも十分に出来ないだけでなく、「やがてボランティアがいなくなる」という事態を招きかねない。ボランティアは「病院のお手伝い」に来ているわけではない。むしろ、自分たちの望む医療を、地域社会の代表として医療機関に伝える役割も果たしているのだ。こうした地域社会の声を、きちんと聞く体制や受け止める体制が必要である。現在の兼務のコーディネーターは「病院の立場から病院の要望をボランティアに伝えるだけ」の傾向があるとされる。自発的な行為者としてのボランティアは、自らの価値観を持って活動する存在だ。病院の人出不足を補完する存在ではない。病院はボランティアと「協働」という意識と行動の大転換が求められる。専任のコーディネーターを雇用するのは、現状ではかなり困難かもしれない。しかし、病院ボランティアに関するガイドラインや、病院ボランティア受け入れの指針、そして病院ボランティアのマネジメントに関するガイドラインなどが整備されれば状況は必ず変わるはずである。個別の病院でのコーディネーターの雇用は無理でも、地域のいくつかの病院がボランティア・コーディネーターやディレクターを共同して雇用するなど、様々な工夫が可能になるだろう。1960年代のアメリカでも、個別の病院が、専門職として専任専従のコーディネーターを置くことには抵抗もあったし、費用的な困難もあった。しかしこのような困難は、もし、病院ボランティアのマネジメントに関して、厚生労働行政が全国的な指針やガイドラインを決めれば、必ず乗り越えられるはずのものである。

また、専門職人材としての病院ボランティア・コーディネーターやディレクターの育成・養成や研修システムも必要となる。病院ボランティアのマネジメントに関するガイドラインが制定されれば、コーディネーターやディレクターの育成・養成や研修システムの大きな需要が現れるはずである。厚生労働行政は、こうしたコーディネーターやディレクターの育成・養成や研修システムの開発や普及にも、大きな指導力を発揮すべきであろう。

アメリカでの調査取材によれば、病院ボランティア・ディレクターは、つねに様々な問題に悩んでいる。そうしたディレクターをバックアップする全国的なサポートシステムの確立も、その次の課題となるだろう。このように、厚生労働行政が病院ボランティア・コーディネーターやデ

ィレクターの育成・養成や研修システムの確立に果たすべき役割は大きい。

## (5) 求められる政策的対応

病院ボランティアの発展のために求められる厚生労働行政の役割は、まず第1に、病院ボランティアに関する全国的な標準ガイドラインの策定である。第2に、専任のディレクターやコーディネーターの役割の普及と展開である。第3に、そのための人材育成や研修システムの確立がある。そして第4に、個々のコーディネーターを支援しバックアップする全国的なシステム、たとえば専門職としての病院ボランティア・ディレクターのネットワークや団体組織などの形成である。こうしたボランティアに関する制度基盤が整ってこそ、地域と医療を結びつけるボランティア活動が全国規模で質的にも量的にも発展するだろう。こうした制度基盤は個々の病院レベルでは実現できない。国や病院協会などが、ボランティア団体とも協議しながら、全国レベルでの指針やガイドラインを早急に策定すべきだ。その場合、病院主導の偏ったガイドラインであってはならない。ボランティアの意見や参加なしに策定したガイドラインでは、長期的にみてボランティア活動を発展させない。策定にあたっては、経験を積んだボランティアや、日本病院ボランティア協会など、実績をもった人たちや団体と協議・協働しながら作り上げていくべきだ。それはまさしくアメリカで病院ボランティアが発展してきた道のりそのものなのである。

## 2章 病院ボランティア普及モデルの検証（1）

### 病院ボランティア・サポーター講座における普及モデルの検証

#### 2-1 講座の概要

今年度のわれわれの調査研究は、病院ボランティア普及モデルを形成し、医療現場でのニーズに応えながら、その東アジア風土における検証を行い、さらにそれを定着・拡大させるための様々な政策的な展開のための提言を行い、さらに応用・発展させるための示唆やモデルを形成することにある。

今年度は、東アジアの病院ボランティアの実態と応用を調査研究するだけでなく、足下の日本における病院ボランティアの展開と、その導入現場で生じている様々なニーズや問題をキャッチし、それに応える普及モデルを形成することも目標とした。

そのため「病院ボランティアサポーター講座」を開催し、福岡、佐賀、大分、長崎、熊本などの医療関係者の参加をえて、病院ボランティアの普及モデルの紹介と研修を行ったあとでワークショップによる医療現場での病院ボランティアの導入にあたっての課題の洗い出しをおこなった。さらにアンケート調査を行い医療現場が病院ボランティア導入にあたって直面している問題や課題を把握することにした。

以下、その普及モデルの検証をかねた講座の内容とワークショップの結果の概要である。

日程 2007年2月4日（日）、18日（日）10:00～17:00 場所 九州大学病院 医学部百年講堂

#### 第一回

1. 開講挨拶(ボランティアとは)
2. 病院ボランティアとは
3. アメリカと東アジアの病院ボランティアの現状
4. 病院ボランティア活動の事例 淀川キリスト教病院
5. ワークショップ① ボランティアは病院に何を求めているのか
6. ボランティア・コーディネーターとは ボランティア保険について
7. まとめ

#### 第二回

1. 病院におけるボランティアのリスクマネジメント
2. ワークショップ② ボランティアに何をいて欲しいのか、起こりうる問題点の洗い出し
3. ボランティア活動見学（九州大学病院 愛の図書館）
4. 病院ボランティア活動の事例② 堺市民病院
5. ボランティア受け入れについて
6. ワークショップ③ ボランティア受け入れ規約、問題点の解決法
7. 閉講挨拶 まとめ

#### 2-2 講演の要旨

##### 2-2-1 ボランティアとは何か？～病院ボランティアをサポートするために～

九州大学大学院医学研究院 医療システム学講座助手 稲津佳世子

#### 主な講義内容