

っている。このように病院と一般施設を併設することによって、一般の人と患者がまじり合い、患者は一般の人と場所や反応を共有することが出来るのである。病院にいながら、いかに日常生活に近い生活を送るかということが、非常に重要なことであるのだ。

では、先ほどの問いの答えはどうだろうか。シェフが調理を行うことは、ボランティアにあたるのだ。栄養士は栄養面のみを考え、おいしく食べるということは気にしない。一方、シェフはよりおいしく食べてもらおうと考え、残飯を見て誰が何を残したのかまでチェックをし、どうしたら食べてもらえるのかを考えて工夫して料理をする。シェフが調理を行うことによって、患者はおいしく食事をすることが出来、より日常生活に近い生活を送ることが出来るのである。

ボランティア精神とは“察する”という感性である

医療の原点は“察する”ということである。病状を診断して治療を行うことは契約関係としての診療という、いわば知性の世界である。一方、患者の不安を察することは安心や一体感、信頼関係につながり、診察といういわば感性の世界であるのだ。インフォームドコンセントが日本ですぐに受け入れられたのは、安心を得たいという患者の不安が根底にあり、安心することによって納得して治療を受けられるからである。患者にとって納得して治療を受けるということは非常に重要であり、3年後生存率などの治療成績よりもこの医師で納得出来るかという信頼関係の方が重要視される。

医療は、患者の不安を察することが出来る感性があることが前提になっている。しかしながら、医療提供者に必ずしも“察する”という感性が備わっているわけではない。患者と話すのが苦手な医師もいる。しかし、だからと言って、そのような医師が悪いわけではない。患者と話すのが苦手な医師は技術を生かせば良いのである。大切なのは、感性がある者のみで医療を提供するのではなく、感性があるかどうかは不詳であるとして、感性のある者、すなわちボランティアを医療提供の場に招き入れるという考え方なのである。それは同時に、診療という知性の世界が優位な場において、感性の世界から牽制を行うことにもなる。診療行為は技術的、統計的なものであり患者の個別性は軽視されがちであるが、ボランティアの日常性という感性は患者の個別性を重んじるのである。個別性を大事にすることは非常に重要であるのだ。

しかし、日本の現状では、そのようなボランティア精神やボランティアの意義が浸透していない。「してあげているのにお礼がない」という考えの人がいるが、ボランティアとはしてあげていること自体が喜びであり、自分がしたいからやるのである。ボランティアは決してメリットシステムなのではない。また、資格やペナルティとしてのボランティアがあるが、これはボランティアの外形を真似ているだけでボランティア精神に沿うものではない。ただ、それがきっかけとなって本当のボランティアにつながれば良いのである。

では、明日から

では明日から、我々がすべきことは何なのか。病院経営者に対しては、病院ボランティアやサポーターの使命を明示しなければならない。また、活動ルールを設定を行わなければならない。それは、「守秘義務を守れない場合はボランティアを辞める」というような厳しさを持って行わなければならない。タブー用語を病院側とボランティアで共有することも大事である。

同時に、ケアする側のケアということも考えなければならない。例えば、淀川キリスト教病院では院内に「嘆きの部屋」というものがある。ここは完全防音になっており、病院職員やボランティ

アは好きなだけ泣いたり叫んだりして発散することが出来るのである。また、院内に 24 時間営業のカフェがある所もある。嘆きの部屋やカフェがあることによって、ケアする側に心の余裕が生れる。心の余裕は非常に重要であり、ケアする側に余裕がなければ、心の余裕を他の人に説くことは出来ない。また、心の余裕があるとボランティアの客観的な意見を受け入れることが出来る。ボランティアの意見は時には厳しいものであり、それを受け入れることが出来ればひいては賠償責任の解消にもつながるのである。

以上が今講座の閉講にあたってのまとめである。今回の病院ボランティア講座では、コーディネーターたちのネットワークとなるものが築けたであろう。また、ボランティア精神について改めて考えることが出来たであろう。これからもコーディネーターたちは、知恵と勇気を大事に活動してほしい。

病院ボランティアの現状と課題

アメリカと東アジア、そして日本の病院ボランティア

九州大学大学院人間環境学研究院

安立清史

ホームページ：<http://www.lit.kyushu-u.ac.jp/~adachi/>

今日のお話の要点

- 日本の病院ボランティアの仕組みの問題点
- 病院ボランティアの発展のためには専任専従のボランティア・コーディネーターあるいはディレクターが必要になる
- リスクとリスクマネジメント
 - 「ボランティアを受け入れるリスク」への対応から「ボランティアを受け入れないリスク」への対応へ
 - 消極的な受け入れではなく積極的な受け入れと発展をめざす方向性(ディレクターの役割)が必要に

アメリカにおける病院ボランティア 発展の諸段階

- アメリカの病院ボランティアの歴史
 - 戦争などで医師や看護師が動員され、病院が人手不足に
 - ボランティアの参加（退職した医師や看護師）
 - 寄附や資金集めのボランティア（医師夫人や地域コミュニティの名士）
 - ボランティアのマネジメントが課題に(とくに労働とボランティアとの区別)
 - 専任専従のボランティア・マネージャー
 - 「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 略称ASDVS)のような職能団体の出現
 - 全米病院協会(AHA)との協働

東アジアの病院ボランティア

- 香港
 - イギリスの病院ボランティア・システムを導入。日本より高度にボランティア活動が進んでいる。
- 韓国
 - 学生にボランティア活動を義務づけるなど、ボランティア活動の土壌や広がり日本より広い
- 中国
 - 上海や北京などで先進的な事例がたくさん現れつつある。
- その他、台湾、タイ、シンガポールなどでも
 - 日本は、病院ボランティアに関しては、東アジアの先進国ではない。

日本での病院ボランティアの展開

- 日本病院ボランティア協会の歴史
 - 1959年 広瀬夫佐子氏が米国務省の人物交流招待により渡米。ボストン郊外のマウントオーバン(Mount Auburn)病院のボランティア活動を見学、感銘を受ける。
 - 1962年 大阪の淀川キリスト教病院、ブラウン院長により初めてボランティアが受け入れられ、ボランティアグループが誕生。
 - 1970年「病院ボランティア連絡会」結成(阪神間11ボランティアグループが参加)
 - 1974年「日本病院ボランティア協会」第1回総会開催、協会としての組織を整える。(関西、関東、中部、北陸の34ボランティアグループで設立)
 - 2000年「特定非営利活動法人」の認可を受ける。
 - 2006年現在 加盟ボランティアグループ 201団体

病院ボランティアに関する調査

- アメリカの病院ボランティア調査(1995-1996)
- 病院ボランティアの調査(1998)
- 韓国の病院ボランティア調査(1999)
- 病院ボランティア・グループの調査(2000)
- 病院ボランティア・コーディネーターの調査(2003)
- 福岡県病院ボランティア調査(2004)
- ボストン病院ボランティア・ディレクター調査(2004-2005)
- ハワイの病院ボランティア・ディレクター調査(2005)
- 東アジアの病院ボランティア調査(2006～)

病院ボランティアの現状

- 福岡県病院ボランティア調査(2004)によれば、県内の病院の約3割で病院ボランティア活動が始まっている。
 - 受け入れにあたっての全国的なガイドラインがなく
 - 受け入れ担当者が兼任の場合が多く
 - 受け入れにあたって、何をどう行ってよいのか困惑する場合が多い
 - 形式的な受け入れから、実質的で発展する病院ボランティアへの転換が課題

医療機能評価と病院ボランティア

- 医療機能評価
 - 医療機能評価とは、病院を始めとする医療機関の機能を学術的観点から中立的な立場で評価することであり、財団法人日本医療機能評価機構が第三者評価を行う機関として設立され、1997年より“病院機能評価事業”を実施するとともに、その結果明らかとなった問題点の改善を支援するための活動を行っている。
 - 病院機能評価は、2005年5月30日現在で1,635病院（全国の病院の約18%）が認定を受け*、更新審査を受審した病院は305病院（受審病院の18.7%）となっている。国民の保健医療に対する関心や要求がますます高まっている中で、病院自らが患者主体の医療のあり方を真剣に考え、実践を行う上で、病院機能評価が活用され定着してきている。
 - (財)日本医療機能評価機構ホームページ (<http://jqcqc.or.jp/html/listindex.htm>)

病院によるボランティア受け入れ 発展の3段階

- 消極的受け入れ段階
 - 機能評価ゆえ、横並び、など
 - リスクが心配
- 積極的受け入れ段階
 - ボランティアの積極的「活用」
 - コーディネーターが必要
- 相乗的・創造的段階
 - 多様な発展や独自の展開段階
 - (ホスピス緩和ケア、在宅医療、精神病棟、その他、ユニークで独自の活動が次々に現れる)

病院ボランティアの発展図式

- 導入段階(サポート)
 - 病院ボランティアの開始にあたって、アシスト・ヘルプ・サポートが必要な段階(規約づくり、仕組みづくり、組織づくり)
- 調整段階(コーディネート)
 - 受け入れ担当者(ボランティア・コーディネーター)が兼任から専任へ、専任専従へと展開していく。
 - 病院スタッフの意識改革とボランティアのマネジメントが課題
- エンパワメント段階(ディレクション)
 - 病院ボランティア・ディレクター
 - 活動のエンパワメントと発展・展開
- 相乗効果・創造段階

コーディネーターの役割

- 導入段階
 - 受け入れ規約、仕組みづくり、活動場所の調整、受け入れ担当者の役割
 - 募集、面接、説明、研修、配属
- コーディネート段階
 - 活動場所の展開と発展
 - 記録の整備
 - コーディネーターの役割
 - 新しい活動分野の展開
 - リスクとリスクマネジメント

ボランティア・コーディネーター の3つの発展段階

- 兼任・兼職段階
 - まず病院ボランティアとは何かがなかなか分からない
 - 病院スタッフ側にたった視点になりがち
 - 過重負担(スタッフ、ボランティア双方に不満が)
- 専任(退職者等によるボランティアとの専任)段階
 - 病院とボランティアとの架け橋
 - 相互の立場や意見の調整
 - ボランティア数がふえてくると大変
- 専任専従(専門職化して雇用されたコーディネーター、マネージャー、ディレクター等)
 - 組織内での独自の発言、活動のプロデュース、病院とボランティアの相乗効果による展開へ

ボランティアコーディネーター 機能の発展の3段階

- 連絡・調整の段階
 - 活動の基礎づくり、サポート、アシスト、ヘルプ
 - 病院スタッフとの連絡調整
 - ボランティア相互の調整
- プロデュース、エンパワメントの段階
 - 活動プログラムの展開とプロデュース
 - ボランティアのエンパワメント
 - リスクマネジメント
- ディレクションの段階
 - 何のためのボランティア活動か
 - 大きなビジョンと将来展望をつくる

リスクとリスクマネジメント

- 病院ボランティアのリスク
 - 受け入れることによるリスク
 - 受け入れないことによるリスク
- 必ずリスクが伴う
 - リスクマネジメントが必要になる
 - 兼任でない専任専従のコーディネーターが必要に
- コーディネーターの役割
 - ボランティアの面接と把握
 - 活動の把握とマネジメント
 - ボランティアのエンパワメント
 - 病院スタッフとボランティアとの架け橋、相互理解、調整

病院ボランティアのリスク

- 病院ボランティアが、活動に不満足で地域コミュニティにもどっていった場合に何が起こるか
- アメリカの病院ボランティア・ディレクターは、地域コミュニティへの「広報担当」でもある。
- 地域コミュニティからの信頼や寄附
- 学生ボランティアの受け入れ
- ボランティア一人一人の活動記録や顕彰
- 医療は比較されて購入される「サービス」である
- 病院内部での安心・安全、ボランティアによる事故が起きないようにマネジメントも必須。
- JCAHOやHIPPAの監査対象に、ボランティア部も含まれる
- ボランティアへの直接のヒアリングも行われる。

リスクマネジメントの3段階

- リスクマネジメント無しの段階(ボランティアのリスクについて想定外)
 - 来られたボランティアさんは全員受け入れる段階
- 消極的なリスクマネジメント(ボランティアを受け入れるリスクへの対応段階)
 - 感染症、その他への対応
 - インタビューを行い、不向きな人に対応する
- 積極的なリスクマネジメント(ボランティアを受け入れないリスクを意識しながら、活動を発展させるための能動的なリスクマネジメントを行う段階)

ボランティア・ディレクターの役割

- 病院ボランティアの受け入れ責任者は、アメリカの病院ではボランティア・ディレクター
 - 病院ボランティア・ディレクター
 - コーディネーター(ボランティアの活動調整)
 - アシスタント(記録や事務作業)
- ディレクターの役割が重要
 - リスクマネジメント(ボランティアの面接、JCAHOその他の法的規制のコンプライアンス 等)
 - 病院との関係調整(予算、組織との交渉調整)
 - 対外的役割(学生の受け入れ、地域コミュニティとの関係、広報、宣伝、その他)

「全米病院ボランティア・ディレクター協会」(ASDVS)

- 全米病院協会(AHA)との連携のもと、1967年設立
- すでに各地にあった病院ボランティア・コーディネーターの地区組織の中から全国組織になっていった。医療の専門職の中で、ボランティア担当者も専門職となっていく必要があった。
- ボランティアのリスクとリスクマネジメントに対応する必要もあった。
- 医療機関では、労働組合が強いのので、労働組合との関係調整も必要だった。
- アメリカの医療は基本的に民間だが、1964年のメディケア・メディケイドの導入以降、連邦政府の予算との関係から、医療機関への規制が強まった。JCAHOによる医療機関の評価・認定の仕組み
- コーディネーターやディレクターの人材確保と研修
- コーディネーターやディレクターの資格認定制度。教科書やマニュアルの整備
- 年に一度の全国会議で、医療をめぐる情報交換や研修、資格試験の実施

病院ボランティア システム発展の3段階

- 無ルール状態、無制度状態
 - 活動や受け入れは個別の病院によってバラバラ
- 全国的なガイドラインの整備
 - 現在は、医療制度の中にガイドラインがない。やがて必ず必要になるだろう。労働とボランティアとの区別や定義その他。医療機関の受け入れ基準の明確化など。
- 医療システムへの有機的統合
 - アメリカでは病院ボランティアと全米病院協会(AHA)とが有機的に連携している。

医療とボランティアとの3段階

- 医療組織とボランティアとの関係をモデル化すると、いくつかの関係の段階をへて発展すると考えられる。
 - 進入(参加)
 - 対立(対話)
 - 共存(共同)
 - 協働(パートナーシップ関係)
 - 相乗(創造)

ボランティアの心得

- 守秘義務を守る
- 医療に関する専門分野に触れない
- 患者さんに対して平等であること
- 活動中はボランティア同士の雑談は慎む
- ユニフォームを着用する
- 各自の政党、宗教を持ち込まない
- 活動予定日は、責任をもって行動する

ボランティア コーディネーター

- ボランティアと共にいる
- 患者さんとボランティアの接点
- 精神科医療の説明
- 精神障害者の社会生活
- ボランティアに対する期待を伝える

ボランティア受け入れ経過

- 1998. 3 病院機能評価の指摘
- 1998. 7 社協、NHVAに相談
- 1999. 8 看護局、事務局で検討
- 1999. 10ボランティア講座(社協)受講
- 1999. 12ボランティア発起人会
- 2000. 3 院内委員の顔あわせ
- 2000. 4 広報さかいでボランティア募集
- 2000. 4 応募者説明会
- 2000. 5 職員研修会
- 2000. 5 新人ボランティア、職員研修
- 2000. 5 新人ボランティアオリエンテーション
- 2000. 6 本実施

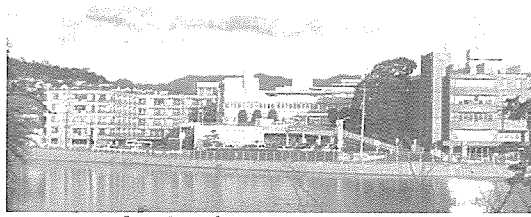
ボランティアを受け入れる時には

- 職員の認識
- コーディネーター
- ボランティア室の設置
- ユニフォーム
- ボランティア募集
- オリエンテーション
- 検診
- ボランティアの教育、交流
- ボランティアグループの育成

もずグループ役員会

- 病院からの連絡、提案
- もず かべ新聞から
- 新規活動の相談 (イベント参加など)
- お知らせ (講演会、研修会)
- 各曜日からの報告
- 随時、グループ活動について

寄り添う



病院ボランティアの 受け入れについて

原土井病院
ボランティアコーディネーター 高口貴子

ボランティアを受け入れるきっかけ

- 平成13年 4月 緩和ケア病棟開設(20床)
病院ボランティアの受け入れ開始
- 平成16年12月 ボランティア準備室設置
病院全体での受入れ準備開始
- 平成17年 4月 ボランティア室設置
病院ボランティア活動開始
職員:専任1名、兼任1名

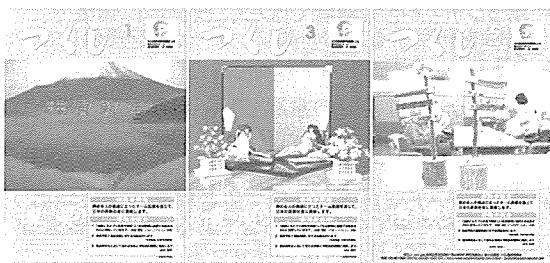
病院の受け入れ態勢

- 病院ボランティア受け入れの方針を決める
- スタッフへの“病院ボランティア受入れ 職員心得”を配布し理解の機会を持つ
- ボランティアコーディネーター選定
- 経費負担の決定(交通費、食事、健康診断、ボランティア保険等について)
- ボランティア室の設置
- ロッカー室の設置
- ユニホーム貸与(黄色いエプロン、名札)
- ボランティア規約、日誌等の書類準備

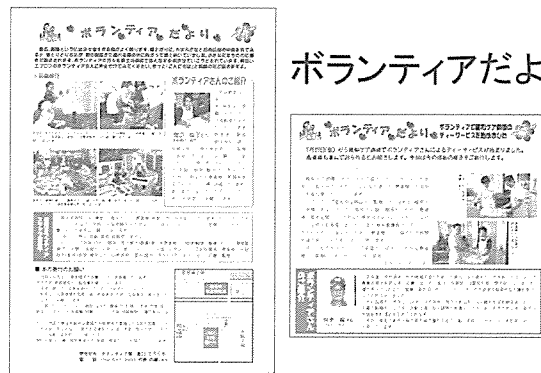
募集方法

- ポスター掲示
(院内、福岡市・東区社福ボランティアセンター、福岡市NPOボランティア交流センター)
- 地域への募集(回覧板)
- ボランティアセンターだより「風」へ掲載
- 原土井病院グループ広報誌「つくし」へ掲載
- 原土井病院ホームページへの掲載
- ボランティアからの紹介

広報誌「つくし」



ボランティアだより



ボランティアの受け入れ手順

1. ボランティアの連絡を受ける→面接日の決定
2. 面接
 - ・ 活動内容の説明、及び希望を聴く
 - ・ ボランティア規約の説明
 - ・ 活動申込書の記入
3. 健康診断を受けるか、又は最新の健康診断の結果を提出してもらう。
4. ボランティアの決定

ボランティアの受け入れ手順

5. オリエンテーション
 - ・ ボランティアの心得の説明
 - ・ 活動場所、活動内容、活動時間の調整
 - ・ ビデオによる病院紹介
 - ・ 名札作成
 - ・ ユニホームの貸与
 - ・ (現場責任者のオリエンテーションを行う場合がある)
6. ボランティア保険への加入
7. 活動開始
8. アフターフォロー

活動内容

- ・ 外来ボランティア
院内案内、車椅子介助、受診時の付添い
- ・ 病棟ボランティア(緩和ケア病棟)
お話し相手、アニマルセラピー、朗読、絵手紙、ヘアカット
アロマトリートメント、ティーサービス
- ・ デイケアボランティア
お話し相手、ヘアカット、朗読、お誕生日のプレゼント作り
- ・ 図書ボランティア
患者様図書の受付及び整理
- ・ グリーンボランティア
お花の水遣り・お手入れ
- ・ イベントボランティア
病院・緩和ケア病棟・デイケアセンターの行事への参加及びお手伝い
(お花見、夏祭り、七夕会、敬老会、お月見会など)

病院ボランティアを受け入れる上での留意点

- I. 職員の病院ボランティア理解
- II. 病院ボランティアコーディネーター
又は、担当者の役割認識
- III. ボランティア教育

I-1 病院でのボランティアの役割

- ・ 患者様やご家族の方に居心地の良い、安らぎの空間を作り出してくれる癒しの存在である。
- ・ 医療行為以外の方法で、患者様のQOLの維持と向上のお手伝いをしてくれる存在である。
- ・ 地域社会の客観的な視点を持ち、病院の質を向上させてくれる大切な存在である。

I-2 職員のボランティア理解

- ・ ボランティアは労働者ではなく、自発的に無償で、病院を利用する方のために、サービスを提供してくれるパートナーである。
- ・ ボランティアは自分の意思で行われるものであり、人との連帯感や学び・やりがい等に喜びを感じ、活動を続けることができる。
- ・ ボランティアは自由な発想で患者様や病院に外の風を運んで来てくれる開拓者である。時には苦言もありがたく聞く耳を持たねばならない。

Ⅱ-1 病院ボランティア コーディネーターの役割

1. ボランティアの動機やニーズ、得意分野などを
ていねいに聴き、活動につなげる
●話を聴く ●共感する ●調査する
2. 人と人、人と組織を対等につなぎ、一方的な人間
関係や上下関係などが生じないように調整をはか
る
●話を聴く ●ボランティア観を持ち、行動する

Ⅱ-1 病院ボランティア コーディネーターの役割

3. ボランティアの力が活かされるような環境をつくり、
活動への意欲が高まるような工夫をする
●話を聴く ●感じる ●行動する
4. ボランティア同士が問題意識を共有する場をつくり、
話し合うことによって互いが学び、あらたな課題の
発見につなげる
●呼びかける ●参加する ●話を聴く

Ⅲ-1 共働のための教育

- 教育の対象
ボランティアと職員
- ボランティア
・ボランティアの理解 ・マナーやルール
・病院の理念 ・活動上での問題解決方法
- 職員
・ボランティアへの理解 ・人としてのマナー

Ⅲ-2 教育の方法

- ボランティア
・ボランティア研修を行う
・ミーティングで意見を出し合う
・個別に話をする
・外部の研修を案内する(社協など)
- 職員
・職員に向けて、ボランティア情報を発信し、
理解を促す
・ボランティアコーディネーターが現場に
立ち会う

ボランティアがいきいきと 活動することができるように

1. 職員はボランティアを理解しましょう
2. ボランティア担当者を決めましょう
3. ボランティアの話をよく聴きましょう
4. ボランティアに「ありがとう」の感謝の気持ち
を伝えましょう
5. 現場の喜びの声を聞いたら、ボランティアに
必ず伝えましょう
6. 注意すべき事ははっきり伝えましょう

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

病院ボランティアの普及モデルの定着・拡大・応用に関する研究を進めるために、福岡県および佐賀県、長崎県、大分県などで、病院ボランティアの導入を検討している病院にたいして「病院ボランティアサポーター講座」を開催した。

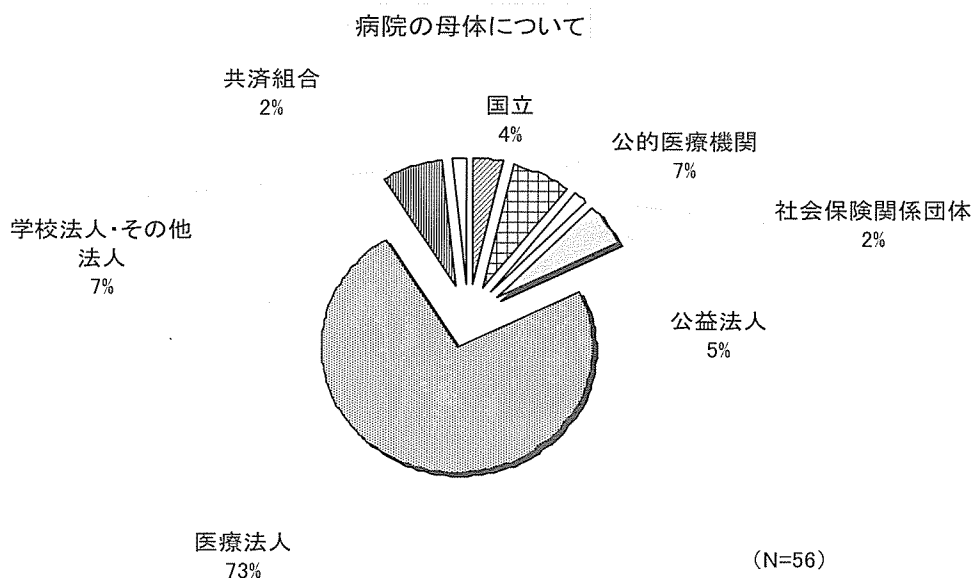
そして参加された57名の受講者にたいして、多変量解析の項目を含むアンケート調査を実施した。

この調査は、急速に普及しはじめている病院ボランティアの導入にあたって、実際の病院の担当者が、どのようなニーズやどのような問題や課題を持っているのかを確かめ、そのニーズや課題にたいして、われわれの開発する普及モデルが、どう対応すべきかを検討する実証的なデータとすることを目的として実施された。

以下、その調査の集計結果と多変量解析の結果である。

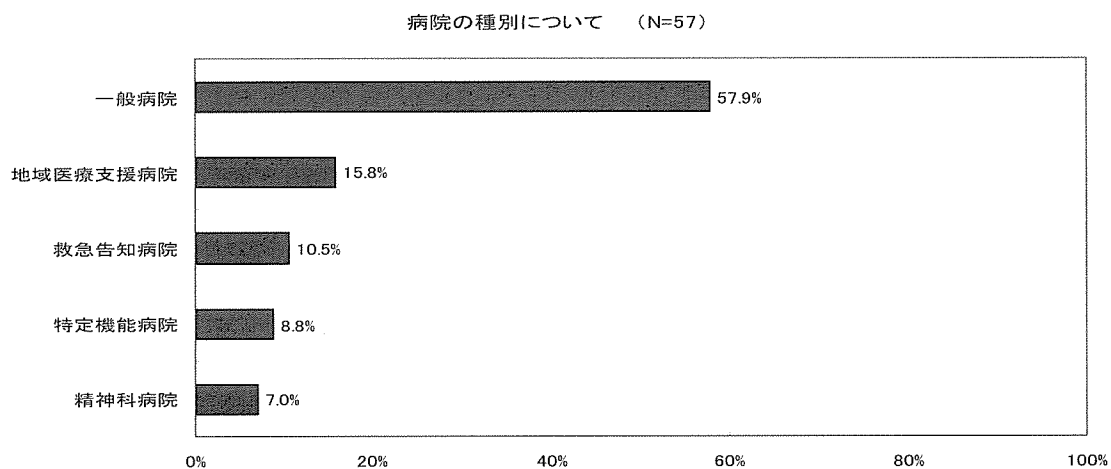
3-1 受講者の所属母体は医療法人が7割

受講者が所属している病院母体を調査した結果、医療法人が運営している団体から来ている人が73%と突出して多い割合を示した。その他の法人や医療機関等を母体とする団体から来ている人はすべて10%以下であり、2~7%と大体同程度の割合を示した。



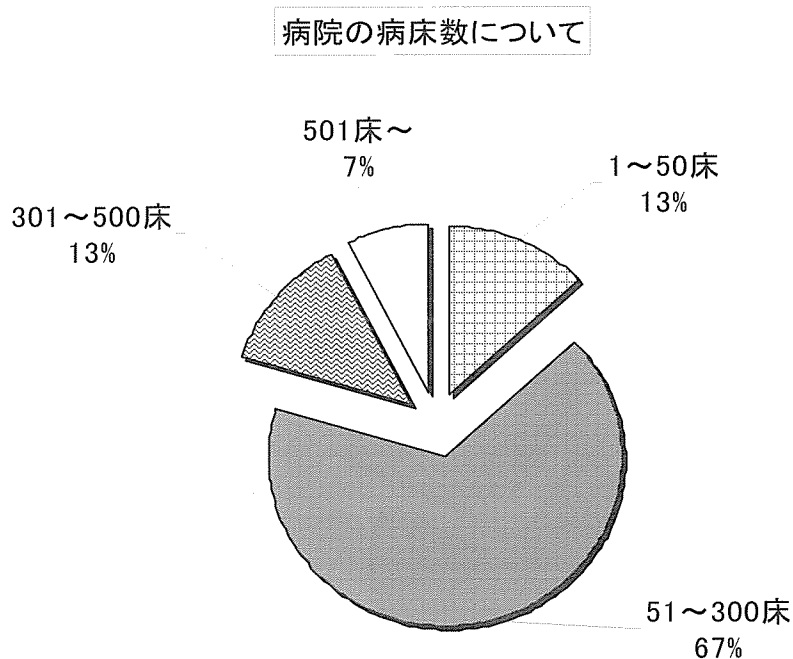
3-2 6割弱が一般病院に勤務

受講者が勤務している病院の種別を調査した結果、「一般病院」と回答した割合が 57.9%と最も多く、次いで「地域医療支援病院」が続いたが 15.8%とその割合には大きな隔たりがあった。これより 6 割弱が一般病院に勤務し、それ以外の種別の場合は顕著な特徴は見られなかった。



3-3 51~500床までの病院が8割

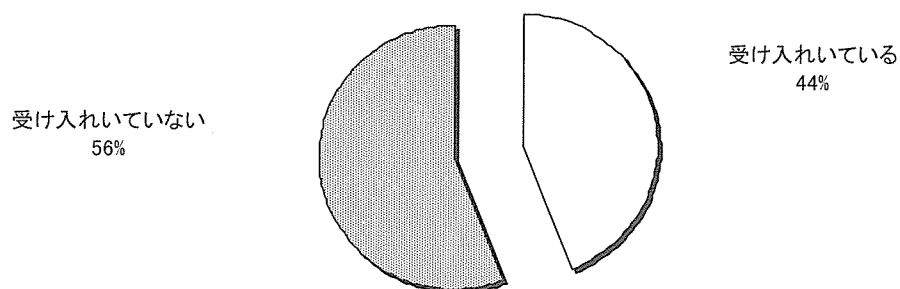
受講者が勤務している病院の病床数について調査した結果、50床以下の病院が13%、500床以上の病院が7%といずれも少なく、8割の病院が51~500床の病床数であることが分かった。



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

病院ボランティアの受け入れについて調査した結果、「受け入れている」が44%、「受け入れていない」が56%とやや受け入れていない割合が高いものの、半分程度の病院ですでに病院ボランティアが受け入れられていることが分かった。

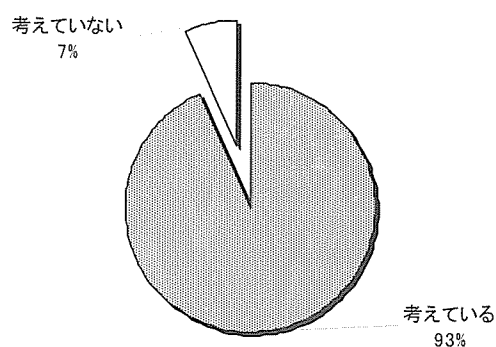
病院ボランティアの受け入れについて



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

病院ボランティアをまだ受け入れていない病院に対し、今後の導入予定を調査した結果、93%と9割以上の病院において導入が考えられていることが分かった。病院ボランティアの導入に対し、多くの病院で意欲的であることが示唆されている。

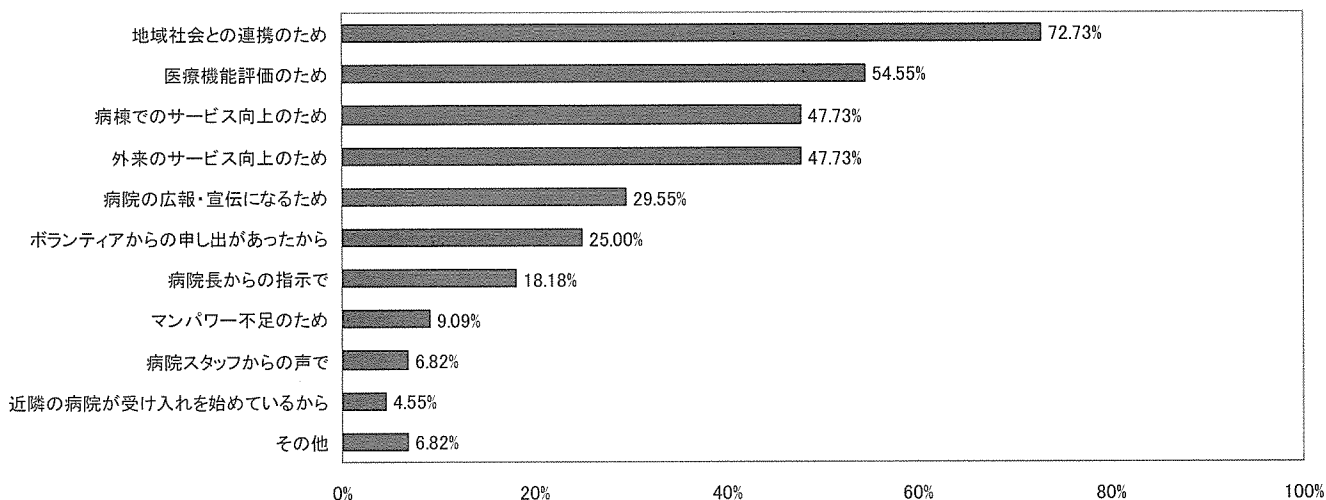
病院ボランティア導入を考えているかどうか



3-6 導入理由は“地域社会との連携”が7割以上

病院ボランティア導入の理由および導入を検討している理由として多く挙げられたのが、「地域社会との連携のため」であり複数回答で72.7%にのぼった。次いで「医療機能評価のため」が54.6%となり、「病棟でのサービス向上のため」と「外来のサービス向上のため」といった「サービス向上」に関する項目がいずれも47.7%と続いた。

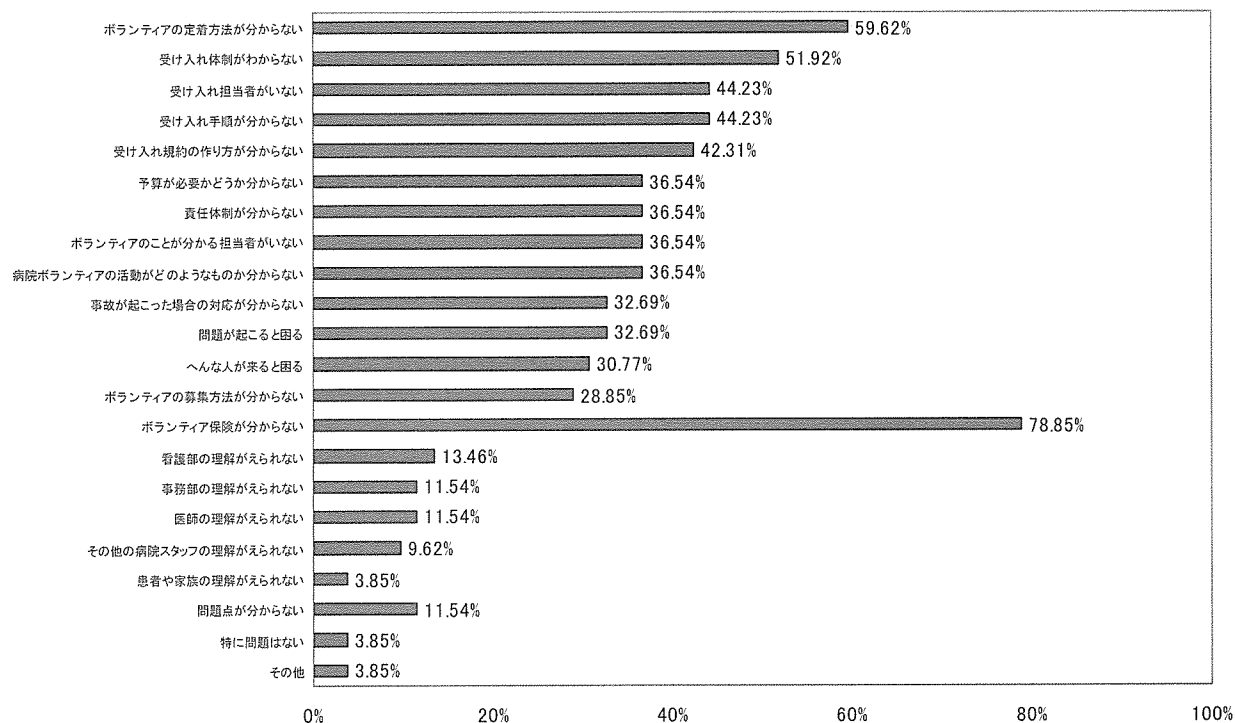
病院ボランティア導入理由、及び導入を考えている理由について (N=44)



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”

ボランティア導入にあたっての問題点を複数回答で調査した結果、最も多く挙げられたのが「ボランティア保険が分からない」で、78.9%の人が回答していた。また、「ボランティアの定着方法が分からない」が59.6%、「受け入れ体制が分からない」が51.0%と続き、主に受け入れ体制に関する項目が多く選択されていた。逆に、病院スタッフからの理解に関する項目は「看護部の理解が得られない」の13.7%が最大であった。

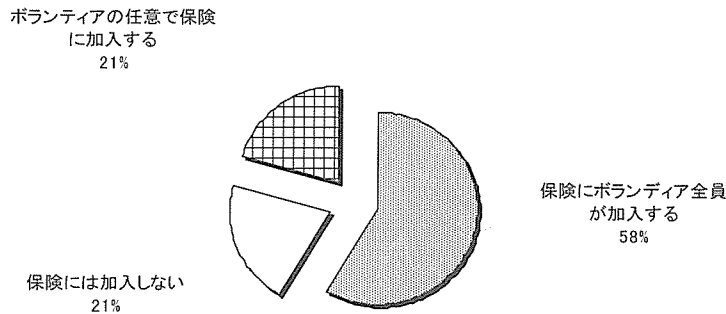
病院ボランティアにあたっての問題や課題 (N=52)



3-8 6割がボランティア保険に加入

ボランティア受け入れを行っている病院に対し、ボランティア保険に加入しているか否かを調査した結果、「全員が加入する」と回答した人が58%と一番多く、「任意で加入」と「加入しない」はどちらも21%であった。また、「全員加入」と「任意加入」を合わせると8割の病院でボランティア保険加入をすすめていることが示唆された。

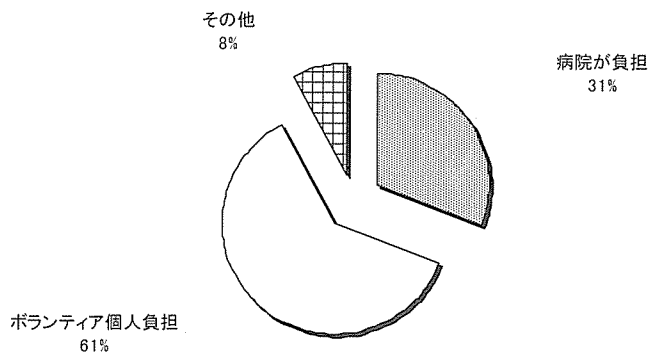
ボランティア受け入れ時のボランティア保険加入について



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

ボランティア全員を保険に加入させる病院に対し、費用の負担者を調査したところ61%が「ボランティア個人が負担する」と回答した。また、病院が負担するのは31%となり、ボランティア保険に加入させるものの、半数以上の病院で費用の負担を個人に求めることが分かった。

ボランティア保険加入時の費用負担について

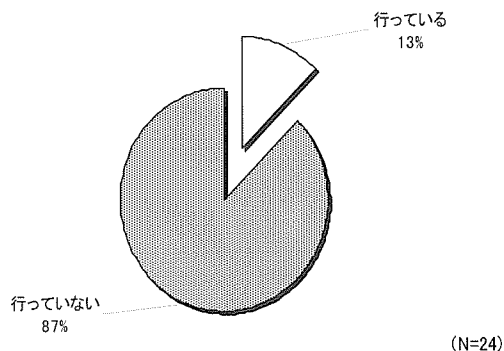


3-10 ボランティア受け入れ時に健康診断を行うのは1割程度

ボランティアを受け入れている病院に対し、受け入れ時に健康診断を行うか否かを調査した結果、87%の病院で行われておらず、1割程度の病院でしか健康診断は実施されていないことが分かった。また、健康診断を実施している病院に対し料金負担や検診項目について調査した（全数で3病院）。その結果、3つすべての病院で健康診断は無料で行われており、検診項目については胸部レントゲンと血計はすべての病院で行わ

れ、さらに肝機能とB型肝炎抗体、ツベルクリン反応を行っている病院もあった。

ボランティア受け入れ時の健康診断について



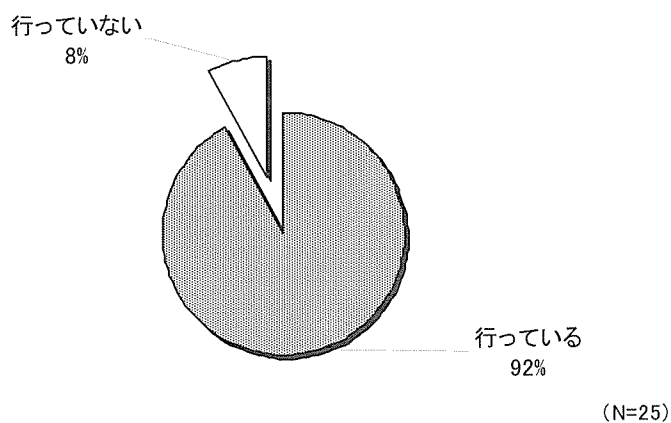
健康診断は、100%無料

健康診断項目	(N=3)
胸部レントゲン	100%
血計	100%
肝機能	66.7%
B型肝炎抗体	33.3%
ツベルクリン反応	33.3%

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

ボランティア受け入れに際し、病院が面接を実施しているのかについて尋ねた結果を図に示す。結果、92%という非常に高い割合で面接が実施されていることが明らかになった。

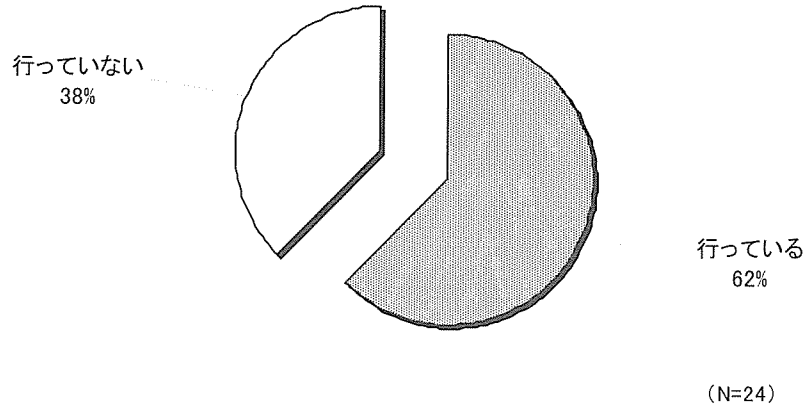
ボランティア受け入れにあたっての面接の実施について



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

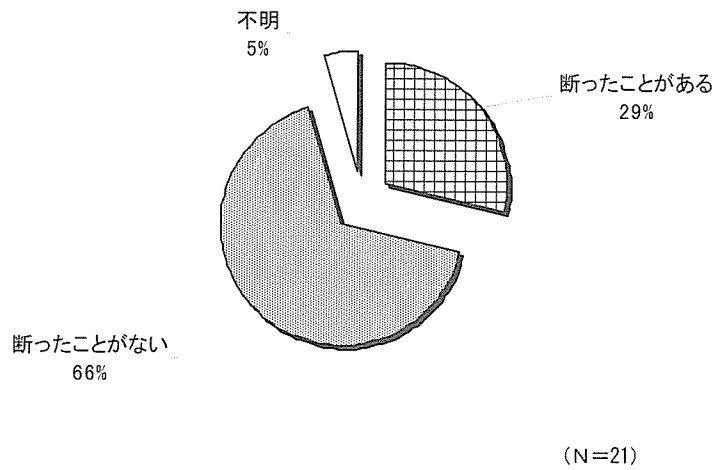
ボランティア受け入れ後にも、病院が面接を実施しているのかについて尋ねた結果を図に示す。結果、62%の病院が受け入れ後にも面接を実施していた。

ボランティア受け入れ後の面接の実施について



3-13 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

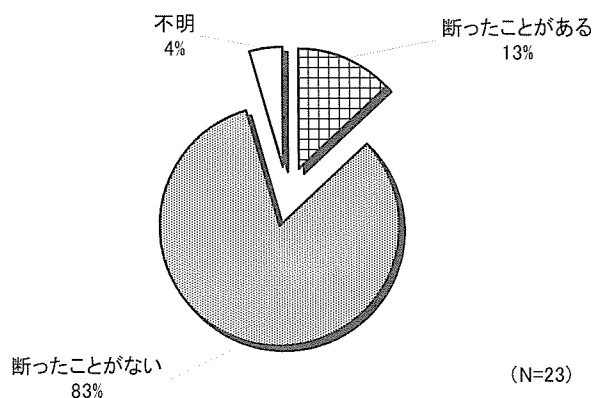
面接の結果、ボランティアを断ったことがあるかどうかについて



ボランティア受け入れの時の面接の結果、ボランティアを断ったことがあるかどうかについて尋ねた結果を図 13 に示す。面接の結果ボランティアを断ったことがない病院は 66%であった。しかしながら、29%の病院が面接の結果、何らかの理由によりボランティアを断ったことがあることが明らかとなった。

3-14 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

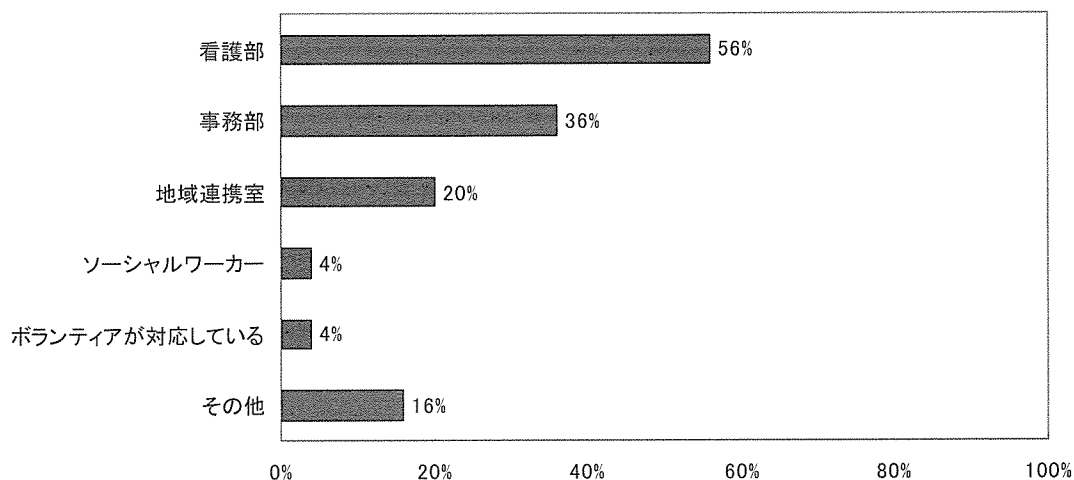
ボランティア受け入れ後に、ボランティアを断ったことがあるかどうかについて



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かどうかについて尋ねた結果を図に示す。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ない病院は83%であった。しかしながら、13%の病院が一度ボランティアを受け入れた後、何らかの理由でボランティアを断ったことがあることが明らかとなった。

3-15 ボランティア担当者の部署の50%以上が看護部

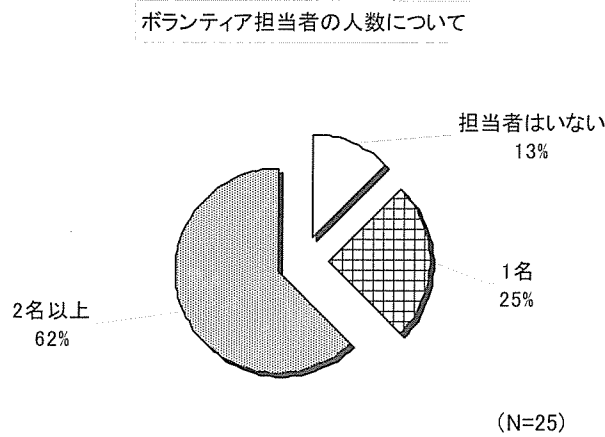
ボランティア担当者の部署について (N=25)



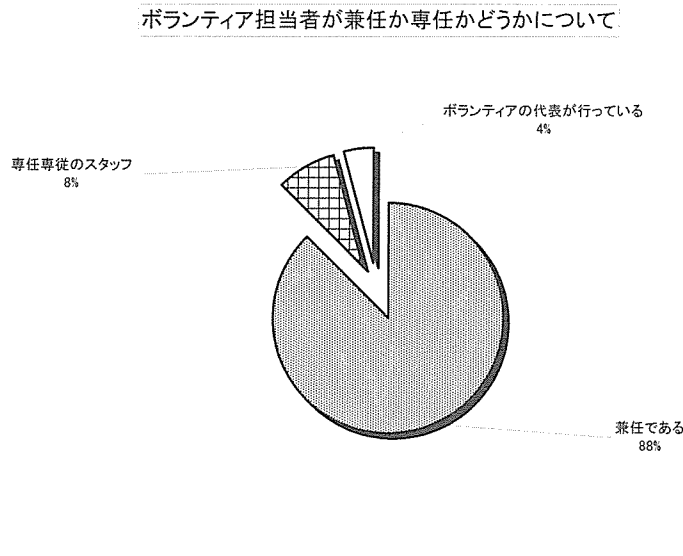
ボランティア担当者の部署について多重回答で尋ねた結果を図15に示す。ボランティア担当者の部署で最も回答が多かったのは、「看護部」56%、ついで「事務部」36%、「地域連携室」20%という結果になった。また、「その他」の回答としては、委員会の活動としてボランティアの受け入れを行っていたり、病院の友の会が行っていたりというケースが挙げられる。

3-16 6割以上の病院でボランティア担当者は2名以上

ボランティア担当者の人数について尋ねた結果を図16に示す。ボランティア担当者が2名以上人員配置されている病院は62%、1名のみボランティア担当者が配置されている病院は25%、担当者がいない病院は13%という結果になった。2名以上配置されている病院が6割を超える一方で、担当者がいない病院も1割以上あることが明らかとなった。



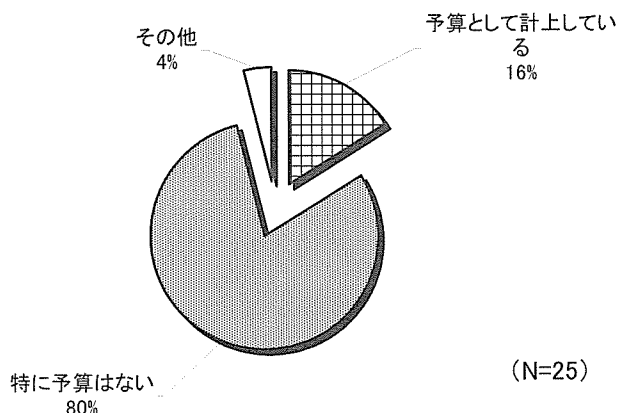
3-17 9割近い病院で、ボランティア担当者は兼任で業務を行っている



ボランティア担当者が兼任か専任かどうかについて尋ねた結果を図17に示す。ボランティア担当者が兼任である病院は88%と非常に高い割合を占める結果となった。8%と少数ではあるが、専任専従のスタッフを配置している病院もあった。また、ボランティアの代表がボランティア担当の業務を行っているケースもあった。

3-18 8割の病院において、ボランティアに関する予算がない

病院ボランティアに関する予算について



ボランティアに関する予算について尋ねた結果を図 18 に示す。80%の病院において、ボランティアに関する予算が計上されていないという結果となった。

予算を計上している病院に対し予算額を尋ねたところ、年間 2 万円から 30 万円と非常に金額にひらきのある結果となった（単純集計参照）。

<ボランティア導入への期待は「病院の質の向上」>

項目	I	II	共通性
I. 病院の質の向上			
7.医療スタッフの意識の向上	.699	.050	.453
5.院内の雰囲気向上	.668	-.140	.437
2.患者の家族などへのサービス向上	.657	-.040	.518
1.患者サービスの向上	.576	-.109	.496
11.地域社会や近隣社会への社会貢献	.356	.022	.168
4.病院のイメージの向上	.320	-.096	.224
13.ボランティア自身のやりがいの向上	.271	.173	.255
II. 労働力としてのボランティアへの期待			
8.事務スタッフの負担の軽減	.224	.911	.229
6.医療スタッフの負担の軽減	.199	-.264	.165
3.来訪者へのサービスの向上	.065	-.241	.134
10.地域コミュニティへの宣伝効果	-.000	.219	.073
因子寄与率(%)	19.046	9.827	
累積寄与率(%)	19.046	28.872	

13 項目の質問項目を用いて因子分析（主因子法、スクリープロットにより因子数を決定、バリマックス回転）を行った。ただし、各項目のうち、因子負荷が 0.20 に満たなかった 2 項目を除去し、再度、因子分析を行った。主因子法を用い、因子を抽出した。因子数は、スクリープロットにより判別し 2 因子とし、バリマックス回転を行った。その因子負荷を表に示した。第 1 因子は、「医療スタッフの意識の向上」、「院内の雰囲気向上」などに対し負荷量が高く、「病院の質の向上」に関する因子とした。第 2 因子は、「事務スタッ