



いたいのいたいの 飛んでけ通信

遊びのボランティア ガラガラドン
Since 1991・国立国際医療研究センターで
活動日 原則毎週土曜日 14:00~15:30
平日は長期入院児に個室を訪問 (在宅も)

第2回「全国小児病棟遊びのボランティアネットワーク」交流集会

2014年2月16日(日) 午前10時30分~午後4時

会場 あいち小児保健医療総合センター

11:00 基調講演 安立清史氏 (九州大学大学院人間環境学研究院教授)

講演テーマ

「子どもの入院におけるボランティアコーディネーターの役割」

13:00 事例発表

14:00 パネルディスカッション いっぱい遊んで元気になれ

安立清史氏 (九州大学大学院教授)

山崎嘉久氏 (あいち小児保健医療総合センター 保健センター長・総合診療部長)

棚瀬佳見氏 (あいち小児保健医療総合センター 保育士・HPS)

土田輝美氏 (大阪府立母子保健総合医療センターVコーディネーター)

大竹由美子氏 (NPO法人ぷくぷくばーん)

坂上和子氏 (認定NPO法人病気の子ども支援ネットワーク遊びのボランティア)

—タケダ・ウエルビーイング・プログラム助成—



第2回全国小児病棟遊びのボランティア交流会が左記の内容で開催されました。
事務局 認定NPO法人 病気の子ども支援ネットワーク 遊びのボランティア 坂上和子

85人の参加がありました。開催地のセンター職員、大学、専門学校教員、学生、ボランティア、CLS、保育士等がご参加下さいました。愛知、広島、京都、沖縄、東京、神奈川県、北海道からもご来場いただきました。安立先生の講演内容と感想の一部をご紹介します。詳細は報告書にまとめます。

▲ボランティアを始めたばかりですが、いろいろな立場の方の熱い思いを感じられていい経験になりました。▲他のボランティアグループの活動内容、問題点なども参考にになりました。▲ボランティアコーディネーターのいる病院で活動していても、コーディネーターの存在があっても安心して活動できていることを再確認しました。▲コーディネーターの必要性を感じました。活動中、ダブルブッキングや突然のキャンセル、誰が、いつ、誰に連絡するのか、システムとして確立されていない。子どもだけの情報、必要な情報も提供してほしく、必要だけでも頼みにくい。CLS、HPSはコーディネーターに期待したい。病院側のさらなる理解と協力を願います。▲アメリカと日本でボランティアの位置づけが全く違う中で、日本でここまで浸透させるのは難しいので、と思いましたが、各団体の取り組みをうかがい、そんなことはない、と思いを直しました。

病院ボランティアとボランティアコーディネーターを考える

安立清史先生講演 (抄録)

21世紀に向けての大きな課題は医療にある



皆さん、こんにちは。今日はこういうお話をさせていただくことは、大変光栄に存じます。

思えば、今から20年ほど前に初めてアメリカに渡り、家族で初めてアメリカで暮らすことになりまして、子どもは0歳と3歳だったんですけども、3歳の子どもは幼稚園に毎朝送って行って、1年間いろいろな経験を致しました。

そういう過程のなかで、日本とアメリカの、とりわけ医療と教育のいろんな違いに思い至りました。そこで、アメリカの病院のボランティアのことを調べ始めました。同時に地域のボランティア活動をいろいろ調べました。すると、お年寄りのボランティア活動がものすごく盛んだったことがわかってきて、1年間の滞在の最後には、今世界最大のNPOと言われている、アメリカのAARPという高齢者の団体のことも調べて、帰国後、岩波書店のブックレットで1冊本を作ったり致しました。

日本でも、ちょうど私がアメリカ滞在中に阪神淡路大震災がありました。日本のボランティア元年というのは、アメリカで見ておりましたけれども、ちょうどその頃にアメリカの病院ボランティアのこととかアメリカの高齢者のことを調べ始めました。

私は専門が医療でも看護でもなくて、社会学という学問の研究をしております。大学では社会学を教えて、インタビューの仕方とかアンケート調査の仕方とか、つまり社会の現実を調べながら、そこにいろんな問題や課題を発見して、その解決について考えていくというものです。私の考えでは、日本社会の21世紀に向けての大きな課題が医療にあると思ったんですね、先程、山崎先生のお話を伺って、この20年間日本の医療というのは、すごく変わってきた、新しい試みがどんどん始まって来たんだなあとということに感銘を受けました。しかし、まだまだ大きな違いがあると思いますし、課題もまだあるんじゃないかと思っております、そういうことをちょっと問題提起させていただきたいと思っております。

統計は読み方が難しいんですけども、直近の厚生労働省の医療統計によりますと、全国に約8500の病院があるそうです。私が5、6年前に調べた時には1万近かったんです。直近の日本病院ボランティア協会加盟の病院ボランティアグループ数は213、単純計算で0.0248という数字が出ます。2.5%です。

5、6年前に私が講演した時には、全国の病院の1%というふうに申し上げてたんですけども、倍増しました。倍増しましたけど、2.5%です。これは病院ボランティアグループなので、実際はもっと多いと思います。

日本病院ボランティア協会に加盟して、病院ボランティアのネットワークとして活動されているグループが213団体ということですから、実際にはこういうところに加入されなくて、個人としてボランティアをされていたり、加盟されていないところもあると思いますが、最大限見積もってもですね、やっぱり10%には行ってないと思うんですね、日本の病院全体の1割には届いてないんじゃないかと思っております。これは日本の現状として、ひとつの問題提起の数字になると思っております。

対照的に、これもちょっと資料が古くなりましたけれども、

AHA (American Hospitals Association) が毎年分厚い病院統計というのをアメリカでは出しております。

それを調べますと、その組織図の中にですね、Volunteer Department、(ボランティア部、ボランティアの部署ですね。)があるかどうかというのが、そのデータブックの中にあるんですね、日本の医療統計だとそういうのは無いので、ちょっと単純に比較出来ませんが、アメリカの統計のなかにはございます。

それによると、全米平均で75%。Massachusetts General Hospital という、日本の医療関係者が一番目標にする全米でも最高峰に近い病院や、あのハーバード大学なんかがあるマサチューセッツ州では95%の病院にボランティア部があります。ボランティア部があるということは、どういうことかと申しますと、病院の中の正式の部署として存在する、従ってそこには予算と人員が配置・配属される。つまり専従、専属の人間が配置されているボランティア部が、全米の病院の75%にあるということ。日本だと統計がちよっと違うので単純比較出来ないと言っても、かなりの違いがあるということです。

じゃあ、ボランティアディレクター、ボランティア部、ボランティアコーディネーター、実際にはどういう人達がどういふぐあいに働いているんだろうかということもいろいろ調べました。全米病院協会がですね、全米の各病院のボランティア受け入れのガイドラインとか、そのための専属のスタッフの研修教育に乗り出しております。

そしてそこで、ASDVS という、後でまたご紹介しますが、そういう専属の専門のコーディネーター養成の研修プログラムを作っておりまして、年に1回全国集会があります。私、そこに参加したことがあるんですけども、全米の病院からそういう方がいらっちゃってですね、ホテルを借り切って年に1回、そういう研修会なんかもやっていらっちゃいました。

それに出席して研修を受けると、Certificate (サティフィケート) という資格をもらうのです。しかし歴史を調べますと、アメリカでも病院ボランティアというのは、戦後大きく発展して来まして、そこに専属のコーディネーターが配属されて病院ボランティアの専門的なコーディネートを始めたのは比較的最近です。発展途上の資格と職種だということもわかってまいりました。

病院の質を高めるボランティア

日本の現状の病院ボランティアのことを始まりから考えてみたいと思います。まず第一に個人から始まるボランティアがたくさんあると思います。いろんな思いを残して病院にお世話になって、もう一度病院に恩返しをされたいという形で個人としてボランティアをさせていただけないかっていうことで、個人が呼びかけて病院のなかに入って、個人として活動されている事例は全国いろいろあると思います。

2つ目は、日本病院ボランティア協会が一体どうやって始まったかっていうと、大阪からハーバード大学の子ども病院に留学された広瀬夫佐子先生という医師の方が、アメリカの医療を見学されて、病院の中でボランティアが活動しているということにもすごく感銘を受けられて、単に医療技術だけじゃない病院としてのトータルの質を高めていく、そういう活動としてアメリカの病院ボランティアの活動に感銘を受けられて、日本に帰国された後で、淀川のキリスト教病院で少数の看護師さんたちと一緒に活動を始められたという歴史があります。日本の

病院ボランティアの始まりというのは、広瀬先生から始まったというふうに言われています。

その次にですね、これまたちょっと評価が難しいところなんですけれども、病院機能評価っていうことが始まりまして、何年か前に、その最初の評価項目のなかに地域社会との連携ということが入るんですね。地域連携として病院ボランティアの受け入れという項目がありまして、病院機能評価の項目達成のために病院ボランティアの受け入れが進みました。

最後に社会的な要請、これは入院患者の方だとか、ご家族の方だとか、やっぱり社会が求めている大きな流れでありまして、これは押しとどめようもないんじゃないかなと思います。

受け入れモデルがない日本

さて受け入れにあたってのコーディネーターの役割のお話をいただきましたので、コーディネーターについて考えてみたいと思います。

コーディネーターっていうのは、日本語ですると調整とか、いろいろな訳がつくと思いますけれども、誰が誰のためにどうコーディネーターするのか、一つ一つ考え始めると、これはなかなか難しい課題がたくさんあると思います。

病院の管理部門の事務職が兼任でボランティア受け入れ担当をされているということもあろうかと思っております。九大病院の担当の方も非常に一生懸命やってらっしゃいましたけど、1年間やってこの3月で配置転換、つまり異動になりますってご連絡いただきましたから、そういう方が1~2年で担当者が変わっていくということもあります。

日本ではまだそれほどたくさん事例はないと思っておりますけれども、病院ボランティアコーディネーターが専任専従で置かれていて、活動されているところもあります。私の知っている限りで言うと、静岡がんセンターがコーディネーターの斉藤さんという方が専任専従のボランティアコーディネーターとして置かれていたことがございます。

まず受け入れ規定を作るのでひと悶着があります。誰が受け入れ窓口になるか、受け入れ規定はどうするんだ、喧々譁々一年近く論議した経緯がございました。看護部になるのか、事務部になるのか、いや、院長直属のとか秘書室がやるとかいろいろパターンがございまして。

まあこの受け入れ窓口がどこになるか、責任者が誰になるかで、また大きくその後の展開が変わったり致します。それが出来たとしてもその後、誰をどういう基準で受け入れるか。出来るだけ地域に開かれたイメージを作りたいところは誰でもウエルカムってことになりまして、持続的に活動を展開していきたいってことになると、きちんと面接をしていきたいってことになったり、またこれがずいぶん変わりますね。そして最近の流れでは、個人情報保護の関係、医療情報の問題、衛生面、感染面、いろんなリスクを誰がどうマネジメントするかっていう、それも大きな課題になってまいります。

九大病院の信友先生という方が代表になって病院ボランティア受け入れモデルの開発っていうような研究もしたこともございます。その時にわかったんですけども、受け入れの標準モデルっていうのは、日本にはほとんど存在しないのです。だから先程8500病院がございまして、うちの200に病院ボランティアグループがあるという話をしましたけれども、全部違うんですね。標準的なモデルはないんですよ。私達は厚生労働省の委託研究でそういう「国が標準的な受け入れモデル

を作るべきだ」という議論をしたんですけども、ほとんど反響がありませんでした。受け入れにあたっての標準モデルがあれば、それぞれの地域だとか病棟だとか、受け入れのバリエーションは少しそれぞれの病院が工夫するにしても、基本の骨格があればですね、非常にやりやすいと思います。まだそういう具合になっておりません。

患者さんのために活動したいという人と、病院のための活動をしたという人が分かります。病院のために尽くしたいってことで包帯をやったりいろいろ医療の準備作業を黙々とやることにやりがいを感じてらっしゃる人もいますし、ホスピス病棟に行きたいとか小児病棟に行きたいとか、直接子どもさんと患者さんと触れ合いたいとか希望を持ってらっしゃる方もいます。病院側としては、外来の受付のところ立って欲しいとか、病院内の案内をして欲しいとか、考えの違ひもありますし、これはすぐには解決できないいろいろなことがあるかと思ひます。

こういうところにも一つ一つ乗り越えていかなければいけない課題があるんじゃないかなと思ひますね。そして、こういう問題は、ボランティア個人では絶対に進まないわけですよ。ですから、最低でもボランティアさんがグループを作って、グループの代表が病院側と協議を重ねていく機会を持つとか、病院ボランティア委員会などの協議会委員会のなかにボランティアとかボランティア代表が入って、医療者側と課題を話し合う機会が必要です。さらに日本病院ボランティア協会のような団体がやっぱりアドボカシーというか提案提言していく役割が大切だと思ひます。

そして、何のためにやるかって言うと、ボランティアのために、コーディネーターはボランティアの立場に立ってやるべきだという意見もあるでしょう。いや、やっぱり病院というものの中で活動するのだから、病院の立場をきちんとしてきて病院にとってもプラスになるような活動をすべきだって意見もあるでしょう。子どもたちの本当の気持ちだとか、子どもの立場だとか、子どもの目線に立って、やっぱり一緒になっていろいろ声を上げていく、声なき声ですよ、子どもたちというのは。そういう一緒に立場に立つというのも非常に重要な役割だと思ひます。

コーディネーターが居た方がいいと、これはみなさん、合意されると思ひますね。じゃあ、誰がどういう具合にするのかとなかなか標準モデルがないところなので、難しいことになるかと思ひます。

ボランティアコーディネーターの役割っていろいろあると思ひますけれども、まずはどういう活動が出来るのか、活動の範囲、活動のメニュー、そしてメニューを作ったとしても、それを現場の師長さんとか、フロアの方々とか、いろんな、医療関係は多職種ですから、そういう方々が受け入れてくれるかどうか、理解して下さるかどうか、調整したり、そういう作業がございませぬ。

また、ボランティアさんがどのくらい来ているのか、来てくれるのか、日程調整とか時間調整とか受け入れにあたってのいろいろな面接だとか、すごくたくさんあってですね、ここの仕組みはきちんとゲートキーパーが役割を果たして下さらないと、なかなか活動が評価されたり持続したり継続したりしにくいんじゃないかと思ひます。

日本だとコーディネーターっていう役割は、非常に大きな意味合いを持つように受け取られていますけれども、アメリカだとコーディネーターっていう言葉は日程調整とかですね、そういう意味でコーディネーターは捉えられますね。

コーディネーターの上に必ずディレクターが居て、ディレクターの下にコーディネーターが何名か居て、連絡調整、日程調整、まあそういうことをされていますので、日本でいう専門的なコーディネーターっていうのは、アメリカではディレクターっていうことになろうかと思ひます。

ここから先、ちょっとアメリカの事例を問題提起として聞いていただくということで、アメリカの病院ボランティアディレクター、コーディネーターのお話をちょっとさせていただきます。

無償では出来ない責任ある部署

まず第一に専任専従ってことですね。兼任とか、無報酬ってことは、そういうのはそもそもアメリカの統計の中に出しちゃいけないんで、専任専従のスタッフの数を掲げることになっております。専任かつ専従という役割。まあ専従って言う意味はちょっと難しいかなあ。広報担当であり、ボランティア受け入れ担当っていう場合もありますね。病院が地域の健康フェアとか地域のいろいろな団体や地域の様々な活動イベントなんかに参加する場合は、ボランティアと一緒に病院を代表して、そういう地域のイベントなんかに参加する場合がありますし、言わば一種の病院の広報活動の一端を受け持つ場合もございませぬ。専任専従ってボランティアのことだけするということではございませぬ。

ボランティアと一緒に病院を社会にアピールしていくという活動もしてまいります。

これが2番目ですね。コーディネーターの役割としては、病院と地域、コミュニティーをつなぐという役割が非常に重要だというふうにアメリカでは言われておりますし、実際そのとおりだと思ひます。病院の評判に直結する。後で、リスクとリスクマネジメントの話の中でもう一度ちょっと触れたいと思ひますけれども、病院は患者さんが来るのを待っているだけという時代から積極的にアピールしていく時代にアメリカの医療機関は変わって来ておりますから、重要な役割ですね。

またアメリカの病院ボランティアコーディネーター、ディレクターにインタビューをすると、まず第一に私達はボランティア

アの側に立つというふうにははっきりおっしゃるんですね。病院からの要請だとか病院からのいろいろなリクエストに対して、まずはボランティアの側に立って、病院側の意見をそのまま伝えるんじゃないかと、ボランティアの側に立って病院との調整を行



会場を埋めた大勢の参加者

うというふうにおっしゃっていました。日本ではこういう立場を明示できるコーディネーターはそうはいないんじゃないかと思ひます。重要だと思ひます。

全米病院協会の ASDVS というのは、直訳すれば、ボランティアサービス部のディレクターのための協会です。日本語に訳せばコーディネーター協会みたいなのを病院協会が作って、それを育成しているのです。これはかなり日本とは違う図柄じゃないかと思ひますね。

その他に病院評価機構、Joint Commission on Accreditation for Hospital Organization (略して JCAHO) 全米の病院を評価する第三者機関がございまして、病院が行っている様々な部門、部署機能の評価をしているんですね。で、この評価項目の中に、個人情報保護とか、感染症に対するリスクマネジメントとか、いろいろございまして、JCAHO が病院の監査にやって来る時には、病院ボランティア部としてもですね、きちんとボランティアに関連する情報を全部取り揃えて、クリアしていく必要がある。これは、ボランティアが手書きで「今日来ました。」とかがっていうレベルで許されるものではないので、きちんと病院としても専任専従のスタッフを置いて、記録の管理を全部やっていかないといけない。全米的な評価基準がだんだん厳しくなって来たとおっしゃっていました。全米病院協会もジェイコという病院評価機構のガイドラインにみんなボランティアのことに係る情報の提供と実態を調べています。そうなる病院としてもきちんとして専任専従のスタッフを置いていかなきゃいけないって、こういう流れが背景にはあります。

ASDVS はディレクターレベルだとすれば、今度はコーディネーターレベルで、もしくはディレクターを目指す次のレベルみたいなものもだんだん出て来ていてですね、これはサーティフィケーションを出す研修プログラムで、Certified Administrator of Volunteer Services まあこういう ASDVS の下にまたこういう入門的な資格なんかも出来て研修が行われてですね、それでも受験資格として、2年以上専任職員としてボランティア運営に関わった者が初めて受験出来るのです。2006年に私が見学に行った時にはまだ発足してました。アメリカでもまだこのくらいなんです。ただアメリカではこういう具合に整備しているか、だんだん始まっているっていうことは知っておいていただいてもいいんじゃないかなと思ひます。

受け入れないリスクどう考える

簡単に業務っていうのをご紹介致しますと、ボランティアが出来るプログラムの立案と開発、で、ボランティアしただけじゃなくて活動をどう評価するか、ですね、財源の確保、これが大切なんです。財源の確保、今病院側医療側も財政的に厳しいので、どんどん財源はカットしています。アメリカのボランティアプログラムの要点は、人材の確保、財源の確保、制度の中の位置づけ、まあそういうことをやっているのです。先程申し上げたとおり、統計に出てくる Volunteer Service Department デパートメントというのは、人員と財源があって初めてデパートメントというものなんで、単に名前だけのボランティア部じゃなくて、専従の人がいて、財源があって、権限があって、ボランティアに関する権限と同時に責任も、ジェイコなんか査察がある時には必ずそのディレクターが出ないといけないんですけども、権限があって、財源があって、人事があって、責任があってというのが、アメリカのボランティア部の特徴かなというふうにお思ひます。

ボランティアサービスの組織化とマネジメント、そして地域社会との連携、権利擁護や広報活動、これがボランティア部の重要な役割として、位置づけられていました。なぜかと言うとですね、ここから先、地域連携とか、病院の地域社会の中での名前とか顔とかいうことも関係しますが、一見ボランティアを受け入れれば受け入れるほどリスクが高まるというふうに考えることも出来ます。ボランティアさんは様々なリスクを持って病院にやると。ボランティアを受け入れれば受け入れるほど、病院の安全面や感染症や情報の漏えいやいろんなことに対するリスクが高まるというふうに考えることも出来ますよ。こういうふうに考え始めたら、ボランティアは出来るだけ限定的に受け入れるべきである、出来るだけ、いや出来る

だけ受け入れないことのほうがリスク管理のうえでは望ましいってことにもなります。でも本当にそうでしょうか。アメリカはやっぱりリスクに対してものすごく敏感な社会になってきてますよ。だから、リスクをこういう文脈で考える限り、リスクは、ボランティアは受け入れないほうが正しい受け入れ方ではないかって、そういう考え方になりかねない。はたしてそうでしょうか。

ボランティアディレクターの方とその点について話し合いをしますと、いや、むしろ受け入れないことのほうがリスクであると、受け入れないリスクというものを考えなければいけないというふうにおっしゃいます。

受け入れないっていうことは、患者さんの側に立って考えてない、病院の都合だけ考えているってことになりかねないし、長期入院している人達から不満が出るかもしれないし、地域社会がそもそもこの病院はボランティアも受け入れないくらい閉鎖的な病院なのかっていうふうにお思ひます。そういう意味で言うと、安全や衛生だけがリスクではない。むしろボランティアを受け入れてないというそういう悪評判を生み出してしまふリスクも考えなければいけないというふうにおっしゃったんですよ。

なるほどこれは日本人の考え方という、リスクというのは、感染症や病気やそういうとにかくボランティアさんに起因するものがリスクだというふうに考えがちですけども、ちょっと視点を変えてみればですね、ボランティアを受け入れてない病院であるという、そういうふうにお思ひます。リスク、を考えるといけないという事が分かります。アメリカの病院は、全米統計でも75%が受け入れている、いやボストンでは、マサチューセッツでは95%受け入れている、つまり受け入れてない病院なんてほとんどないわけですよ。そうすると、受け入れてないってだけで目立ってしまう。受け入れてないってことはどこかここの隠したいことがあるんじゃないかとか、わかりませぬけど、つまり受け入れてないと目立ってしまう、悪評の風評がたつリスクが、自信のなさとか患者本位でないっていうそういうリスクを背負う事になるわけですね。せまいリスクを考えていくと、大きなリスクを背負い込んでしまふというふうになるんじゃないか。

子どもたちの視点、患者さんのことを本気で考えてる病院なの？っていうことはやっぱりめぐりめぐって長期的な評価につながると思ひますね。



会場からも熱心な質問が

誰の立場に立ったコーディネーターか

日本の医療現場を見ると、こういうリスクの論理にボランティア負けちゃうわけですよ。リスクじゃないかって言われると縮こまってしまつて言い返せなくなる。するとやっぱりボランティアはないほうがいいっていう話になってしまうと思う。これはちょっと論理が逆転してしまっているんです。やっぱり誰が子どもたちの立場に立っているのかっていうことを考えなければいけない、多様な声、多様な立場の代弁ができるコーディネーターが大切だってお話です。

コーディネーターとかコーディネーターという言葉を考えるうえで最初に申し上げましたよね、一体誰の立場に立ったというコーディネーターか、これは本当に考えないといけないわけです。ほうっておくと、医療側の立場からのコーディネーターになりがちなんです。それは必要だとは思ひますけれども、それだけのコーディネーターだけでは、うまくいかないんじゃないかというふうにお思ひますし、アメリカではそうっていない。

いろんな声があつて、それぞれが主張があつて、みんな真剣にそれぞれの立場を提示し合う事によってさらにもう一段上の活動になっていくっていうのが、正しい病院ボランティアの発展のしかただと思ひます。多様な声、多様な関係者がきちんとそれぞれの課題だとか問題を出し合つて、今日のようなシンポジウムの中でディスカッションして、お互い理解し合つて、前に進んでいきたいなあというふうにお思ひます。

こういうシンポジウム、こういうディスカッションを通じて、私達が何をを目指しているのかってことについて最後にほんの一言だけ。

今日はアメリカの事例を紹介しました。日本の事例を紹介しました。いろんな事例があつて、自分たちよりも進んでいる事例もあれば、これくらい私達もやっているっていう事例もいろいろあつたと思ひます。私たちは現状を見ながら、それを乗り越えていく何かを発見していきたいと思ひます。

今日のようにボランティアの方々が集まって下さつて、ボランティア活動のそれぞれの立場からの実践や課題をお話し下さつて、そういうディスカッションを通じて現在のボランティア以上の何かを私たちは考えて、つかみとってきたいなあというふうにお思ひます。