

ホスピスボランティア養成に関する基礎的研究 ～ホスピスボランティア全国調査からの一考察～

鈴木聖子・山本克彦・吉田清子

Fundamental Study on Training of Hospice Volunteers: Discussion Based on Nationwide Survey of Hospice Volunteers

Seiko SUZUKI・Katsuhiko YAMAMOTO・Seiko YOSHIDA

The first hospice (in the modern meaning) in Japan was established in 1981. Previously, palliative care was defined as 'care for patients whose disease is not responsive to curative treatment and their family members' (WHO, 1990). Since then, the definition has markedly changed into 'Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing problems associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual' (WHO, 2002).

Upon implementation of the 'Basic Act for Anti-Cancer Measures' in April 2007, many palliative care teams were organized throughout Japan and their team-based approach became necessary for patients and their families. In countries with advanced hospices, volunteers have definitive roles and responsibilities as team members. However, in Japan, such roles and responsibilities may not be clear in many facilities (hospitals). In this study, therefore, we surveyed facilities (hospitals) that provided palliative care in Japan to study the status of the implementation of volunteer team-based care and the introduction and training of volunteers. Through this survey, we revealed the actual situations in hospices and have attempted to present a concrete proposal regarding what palliative care teams should do and how to introduce and train volunteers for the future in Japan.

Key Words : Training of Hospice Volunteers Palliative Care Volunteer Team-based Care

はじめに

1981年、日本で最初のホスピスである聖隷ホスピス（院内独立型）が、続いて1984年には淀川キリスト教

病院（院内病棟型）が誕生した。1990年4月には厚生労働省（当時の厚生省）によって、一定の施設・人員配置基準を満たす緩和ケア病棟に対して定額の診療報酬が支払われる制度が認められ、ホスピスの増加が促

鈴木聖子（すずきせいこ）
山本克彦（やまもとかつひこ）
吉田清子（よしだせいこ）
岩手県立大学社会福祉学部

進された。1994年10月、都道府県知事への届け出制となり以後さらに急増し、17年後の1998年には49箇所、1999年には68箇所と年々その数は増加している。また2002年、一定条件の下で行なわれる緩和ケアに対しては一般病棟でも診療報酬が加算されるようになり、現在では全国で177施設、3,399病床¹⁾におよぶ緩和ケア病棟が誕生している。そのような中で、緩和医療に対する関心は除々に高まり、1996年には研究に基づく知識や技術の確立と患者のQOLの尊重を基本的な考え方とする緩和医療に関する学会が開催された（第1回日本緩和医療学会：札幌市、会長柏木哲夫）²⁾。

ホスピスは、ラテン語の“Hospitium”あたたかいうもてなしという言葉から発生しており³⁾、患者や家族のQOLを高め、ニーズに沿ったケアを実施することでホスピスとしての意義があるのだといえる。そしてそのためには、医療関係者を中心とするホスピスボランティアを含めたチームアプローチが必要不可欠なのである。特定非営利活動法人日本ホスピス緩和ケア協会⁴⁾が定める「ホスピス緩和ケアの基準」にも「ホスピス緩和ケアは、生命を脅かす疾患に直面する患者と其の家族のQOL(人生と生活の質)の改善を目的とし、さまざまな専門職とボランティアがチームとして提供するケアである。」とその理念が記述されている。これはホスピスボランティアが明確な役割をもった、チームの重要な一員であることを示唆するものであり、ホスピス緩和ケアの“大切な提供者”であることを意味する。

ホスピスボランティアは、患者だけではなく、ケアスタッフにとっても大きな役割をもっている。つまり「単に患者のみと関わり、患者の直面する不安や恐怖の声に耳を傾け、安心感や支持を与えるだけではなく、患者の家族が抱く心配や不安にも応え、適切な援助を具体的な助言や行動を通して関わっていく。」⁵⁾という視点が求められるのである。またホスピスボランティアは自由意思によって、チームに参加しながらも一定の知識や援助技術、さらにはその基盤となる価値観や感受性をも求められている。さらにホスピスボランティアは、「わたしたちに生きる力を与えてもらっている。」⁶⁾とあるように、患者とともに生きる喜びを感じとれる存在としての大きな意義も持つ。

このように日本におけるホスピスの概念は広がりつつあるものの、人々にとって、ホスピス・緩和ケア病棟の選択は現実的なものとはなっておらず、その量的不足や在宅サービス等地域における連携という面での

課題は多い。さらにチームアプローチにおけるホスピスボランティアの位置づけや役割、導入や養成をどのように実践するか等の取り組みにも多くの課題を抱えているといえる。

本研究ではここまで述べた内容について、まず国内の現状を調査し、その結果からホスピスボランティアを含めたチームアプローチのあり方について考え、ホスピスにおけるボランティアの導入や養成が具体的にどのように実践されるべきかを検証していく。

日本におけるホスピスは従来の病院のように一つの施設ケアとして認知されていることが多い。近代ホスピスの創始者であるシシリー・ソンドースは、院内と在宅ケアの連続性としてのホスピスケアを重視しているが⁷⁾、日本において在宅ホスピスケアの実践例は少なく、院内ケアが中心であるといえる。こうした実情を踏まえ、ここでは主として院内ケアとしてのホスピスボランティアについて述べていく。

研究方法

1. 調査対象

調査は、「日本ホスピス緩和ケア協会会員一覧表」に掲載されている243箇所を対象とした。その内訳は2007年1月1日現在、A会員（緩和ケア病棟届出受理施設163箇所）・A会員（緩和ケア診療加算届出受理施設5箇所）及びB会員（診療所および活動準備中の75団体）である。

2. 調査方法

調査時期は、2007年6月30日から7月30日までの1カ月間とし、郵送法にて回答を得た。回収率は123通、50.6%であった。

調査内容は、回答者の基本的属性、緩和ケアチームについて、ホスピスボランティア及びホスピスボランティア・コーディネーター（以下、コーディネーターとする）について、およびホスピスボランティア養成講座に関する内容を中心とする26問で構成した質問紙を作成した。

3. 分析方法

数値化可能な回答は集計し平均値および中央値を求めた。また、コーディネーターの有無と、「チームとしての活動」、「医療関係者との連携」、「ボランティア養

成講座の開催」、「予算化」の4項目についてはクロス表を作成し、独立性の検定を行った。記述による回答については、内容分析にて類似したもののカテゴリ化を行なった。

4. 倫理面への配慮

調査依頼の際、結果の公表を説明し、返信により了解は得られたものとした。無記名により匿名性の保持と提出の自由を保障した。

結 果

1. 回答施設の概要について

1) 回答者について (表1・表2)

回答者の基本的属性は、性別、年齢、緩和ケア経験年数、職種あるいは緩和ケアにおける立場とした。性

表1 回答者の状況 n=123

回答者性別	数値	
男性	38 (30.9%)	
女性	83 (67.5%)	
回答なし	2 (1.6%)	
計		123
回答者年齢	数値	
20歳代	3 (2.5%)	
30歳代	18 (14.6%)	
40歳代	40 (32.5%)	
50歳代	49 (39.8%)	
60歳代	8 (6.5%)	
70歳代	1 (0.8%)	
回答なし	4 (3.3%)	
計		123
平均値	47.8 (SD±9.57)	
回答者経験年数 (ホスピス)	数値	
1年未満	3 (2.5%)	
1年～5年未満	61 (49.5%)	
5年～10年未満	34 (27.6%)	
10年～15年未満	15 (12.2%)	
15年～20年未満	3 (2.5%)	
回答なし	7 (5.7%)	
計		123
平均値	5.40 (SD±5.78)	

別は女性が多く67.5%を占めていた。年齢は40歳代と50歳代でほぼ70%を占めており、平均年齢は47.8歳であったが、緩和ケアの経験年数は1年から5年未満がおおよそ50%と最も多く、次いで5年から10年未満27.6%であることから他部署での経験を経た後に緩和ケアを経験していることがうかがえた。

回答者の立場は看護職が54名(43.9%)と最も多く、ついで医師25名(20.3%)であったが、ボランティアコーディネーターからの回答もあり、さまざまな立場からの回答が得られた。

2) 病院の状況 (表3・表4)

緩和ケアを中心とする病院は123箇所中、20箇所であったが、98箇所が緩和ケア病棟ありと回答していた。緩和ケアチームありと回答していたのは、56箇所と半数以下であった。緩和ケアチームがない理由については、29箇所の回答が得られたが、ほとんどが人材に起因するものであり、精神科医や専任医師の不在であった。またそのうち6箇所は、緩和ケア病棟をもっている事を理由とする回答であった。

開設後の年数については、20年以上が1箇所、10年以上20年未満が17箇所であったが、1年から5年が41箇所であり、開設間もない病院が多いといえる。

背景となる宗教については、キリスト教が20箇所と最も多かったが特になしとの回答が94箇所と圧倒的に多かった。

表2 回答者の職種あるいは立場 n=123

職種あるいは立場	人数	備考
看護部長・師長	39	
看護師	12	
緩和ケア科所属等医師	16	
医師	9	
管理者	6	
事務職	6	ボランティア担当
チャプレン	4	
看護師	3	ボランティアコーディネーター
MSW	3	
ボランティアコーディネーター	4	
パストラルケアワーカー	1	ホスピス聖霊推進協議会委員長
主婦ボランティア	1	
その他	5	鍼灸師・介護支援専門員・音楽療法士・臨床心理士・スピリチュアルケアワーカー
回答なし	14	
計	123	

3) 緩和ケアチームメンバーについて (表5)

緩和ケアチームありと回答した56箇所中、54箇所からチームメンバー構成についての回答が得られた。その内容について、職種と専任あるいは兼任に分類し表5に示した。医師は、9箇所が専任のみであり、内訳は、1人が5箇所・2人が2箇所・3人が1箇所・6人が1箇所と1人体制が半数であった。在宅ホスピス緩和ケアを行なっているところが3箇所見られたが、その内訳は、医師数が多く専任のみ6人、専任と兼任で10人、兼任のみ1名と、他の施設に比べ医師スタッフは充実していた。医師の専門は、ほとんどが緩和ケ

緩和ケアを中心とする病院	数値
はい	20 (16.3%)
いいえ	76 (61.8%)
回答なし	27 (22.0%)
計	123
緩和ケア病棟の有無	数値
有り	98 (79.7%)
無し	22 (17.9%)
回答なし	3 (2.4%)
計	123
緩和ケアチームの有無	数値
有り	56 (45.5%)
無し	47 (38.2%)
回答なし	20 (16.3%)
計	123
開設後の年数	数値
1年未満	1 (0.8%)
1年～5年未満	41 (33.3%)
5年～10年未満	42 (34.1%)
10年～15年未満	13 (10.6%)
15年～20年未満	4 (3.3%)
20年以上	1 (0.8%)
回答なし	21 (17.1%)
計	123
平均値	6.04 (SD±4.23)
背景となる宗教	数値
キリスト教	20 (16.3%)
仏教	2 (1.6%)
上記以外	3 (2.4%)
特になし	94 (76.4%)
回答なし	4 (3.3%)
計	123

内容	件数
1. 構成員をみただけの人材確保が困難	6
2. 精神科医がいない	7
3. 専任の医師がいない	2
4. 緩和ケア病棟をもっているから	6
5. 診療所のため	2
6. 在宅ホスピスだから	1
7. 機能評価を受けていない	1
8. 準備中	4

表5 緩和ケアチームメンバーについて (緩和ケアチームありと回答56箇所中メンバーについて回答あり54箇所・回答なし2箇所)

職名	医師 54	看護師 50	MSW 31	その他職種	備考
専任のみ	5 (内科・在宅ホスピス緩和ケア)	8	3	臨床心理士	※ほとんどの病院が1人以上ホスピス認定看護師を有する
2人	2 (内科・緩和ケア科)	2	2	音楽療法士	
3人	1 (緩和ケア科)	1	1	チャプレン	
6人	1 (在宅ホスピス緩和ケア)	7人: 1箇所・10～23人: 11箇所		薬剤師	
計	9	23	6	クラーク他	
兼任のみ	6 (緩和医療科・精神科・地域ケア)	8	15	管理栄養士・歯科衛生士・ケアマネジャー・薬剤師・ボランティアコーディネーター・パストラルケアワーカー・OT・PT・臨床心理士・チャプレン・鍼灸師・牧師・ホームヘルパー	
2人	13 (外科・精神科・診療内科・麻酔科・緩和ケア科・ペインクリニック・産婦人科等)	2	3		
3人	5 (緩和ケア科・精神科)	6	5		
5人	1 (外科・麻酔科・精神科・呼吸器)	1			
6人	1 (緩和医療科・精神科)	8人: 1箇所・10人: 1箇所・11人: 1箇所			
8人	1 (内科・外科)				
計	27	20	23		
専任+兼任	2人: 13 (専任1+兼任1: 緩和ケア科他)	2	5人: 2箇所		看護師回答なし4箇所
3人	2 (専任2+兼任1: 緩和ケア科他)	0	(専任2人+兼任3人)		
4人	1	2			
6人	1	11人: 1箇所・17人: 1箇所・21人: 1箇所			
10人	1 (在宅対応含む)				
計	18	7	2		

ア科であった。兼任のみは27箇所であり、2人体制が13箇所と最も多かったが、1人体制も6箇所見られた。医師の専門は、専任のみと同様に緩和ケア科や精神科が多かった。専任と兼任体制は、18箇所であり、2人体制が13箇所と最も多く、専任のみと同様ほとんどが

緩和ケア科を専門とする医師の配置であったが、精神腫瘍科と回答した施設が2箇所、腫瘍科と回答した施設が1箇所あった。

次に看護師であるが、50箇所からの回答が得られた。うちおよそ半数の23箇所が専任のみで対応しており、

他に20箇所が兼任のみ、専任と兼任対応が7箇所であった。専任、兼任ともに1人から20人以上と配置人数にはばらつきがあったが、半数以上は、緩和ケア認定看護師が1人以上配置されていた。また、がん看護専門看護師の配置も数箇所見られた。

MSWは6箇所が専任対応、23箇所は兼任対応、2箇所は専任・兼任対応と回答の57%がMSWを配置しており、緩和ケアチームにおけるMSWの存在の重要性がうかがえる。

その他の職種としては、表5に示すとおりであるが、臨床心理士や音楽療法士、薬剤師、PT、OTなど多くは、チームメンバーとして配置されていた。

2. ホスピスボランティアについて

回答施設中、77.2%がホスピスボランティアを導入しており、登録人数は100人以上が4箇所、10人未満28

箇所と、施設による差があったが、10人から30人までがおおよそ30%を占めていた。また、ボランティア導入後の年数については10年未満がおおよそ半数を占め、20年以上の施設も1箇所見られたが、開設年数と同様に導入間もない施設が多いといえる(表6)。

ホスピスボランティアを導入しない理由としては、ホスピスに特化せず、病院全体としてのボランティアや、受け入れ体制の準備状況を理由とする回答が多かった(表7)。また、年齢制限については9箇所のみありと回答しており、受け入れ年齢について、回答のほとんどの理由は知的・体力的な面であった(表9)。

ボランティアの活動状況は、緩和ケアチームの一員としての活動が36.6%と最も多かったが、別組織としての活動とボランティア組織がない、を合計すると28.5%であり、ホスピスにおけるボランティアとしての立場はさまざまであることが示唆された(表8)。

ボランティア導入の有無	数値
有	96 (77.2%)
無	28 (22.0%)
回答なし	1 (0.8%)
計	123
ボランティア年齢制限の有無	数値
有	9 (7.3%)
無	87 (70.7%)
回答なし	27 (22.0%)
計	123
ボランティア導入後の年数	数値
1年未満	2 (1.6%)
1年～5年未満	38 (30.9%)
5年～10年未満	33 (26.8%)
10年～15年未満	17 (13.8%)
15年～20年未満	5 (4.1%)
20年以上	1 (0.8%)
回答なし	27 (22.0%)
計	123
平均値	6.30 (SD±4.57)
ボランティア現在の登録人数	数値
10人未満	28 (22.8%)
10人～30人未満	35 (28.5%)
30人～50人未満	18 (14.6%)
50人～100人未満	10 (8.1%)
100人以上	4 (3.2%)
回答なし	28 (22.8%)
計	123
中央値	16人
医療関係者との連携	数値
とても良くとれている	22 (17.9%)
良くとれている	62 (50.4%)
あまり良くとれていない	11 (8.9%)
良くとれていない	0
回答なし	28 (22.8%)
計	123
ボランティア養成講座	数値
開催している	42 (34.1%)
開催していない	54 (43.9%)
回答なし	27 (22.0%)
計	123
ボランティア予算計上	数値
有	54 (43.9%)
無	65 (52.8%)
回答なし	4 (3.3%)
計	123

内容	件数
1. ホスピス専任ではなく病院全体のボランティア組織	5
2. 受け入れ体制が整っていない	3
3. 緩和ケアをはじめて日が浅い	2
4. 教育システムが整っていない	2
5. 施設設備が整っていない	2
6. 準備中	4

ボランティアの活動状況	数値
緩和ケアチームの一員として	45 (36.6%)
一部がチームの一員として	5 (4.1%)
全く別組織として活動	20 (16.3%)
ボランティア組織はない	15 (12.2%)
その他	9 (7.3%)
回答なし	29 (23.5%)
計	123

内容
1. 10代以上の方
2. 20歳以上の方
3. 18歳以上65歳まで
4. 70歳まで（体力的理由）
5. 75歳まで（体力的理由）
6. 高校生以下は不可
7. 高校生以上上限なし（病院全体の内規に準じている）
8. 学生ボランティアは受け入れていない
9. 知的・体力的に活動可能な年齢

次に、ホスピスボランティアの緩和ケアチームにおける役割であるが、ボランティアがチームの一員として活動している約40%の施設について、その回答から表10に示すように4つに分類ができた。その多くは、病院と社会との接点としての役割を担うものであった。また、活動内容については、「専門的技能を示す」「癒しの環境(場)を創る」「病院の行事運営」「日常生活

サポートなどケアの一部代行」「組織化への関わり」の5カテゴリに分類することができた。このような5つのカテゴリの中で、各病院等において、状況に応じた重みづけを行いながら活動していることが示唆された。各活動における具体的内容については表11に示した。

一方、職員のホスピスボランティアへの期待事項で

表10 ホスピスボランティアの緩和ケアチームにおける役割

1. 社会との接点としての存在・地域社会と病棟の架け橋
2. ホスピスが地域で発展するためのキーパーソン
3. カンファレンスへの参加（特に傾聴ボランティアはチームカンファレンスに参加）
4. チームの一員としての意識をもつ
※病名や家族についての個人情報には伝えない

表11 ホスピスボランティアが実際に行なっている活動

ねらい：患者家族の日常の癒し、安心してくつろげる療養の場の提供、人間的日常生活を取り戻すことの支援、患者のニーズに応じて、QOLの向上

活動項目	内 容
専門的技能を用いる	スピリチュアルケアワーカー・フィジカルセラピスト・訪問美容・絵手紙・リフレクソロジー・茶会の準備・折り紙教室・ビーズ教室・アニマルセラピー・カラーセラピー・絵・舞踊・音楽セラピー（リコーダ奏者・バイオリニスト）読書・アロマセラピーなど
癒しの環境（場）を創る	病棟飾りつけ・園芸・庭の手入れ・病棟内の花の手入れ・金魚の世話・ベランダのガーデニングなど
病院の行事運営	季節行事の手伝い・喫茶・コンサート運営・病棟行事（食事会・お茶会等）運営
日常生活サポートなどケアの一部代行	傾聴・おやつの準備片付け・話相手・身の回りの世話・たおる交換・お茶配り・車いす散歩など
組織化への関わり	遺族ケア・遺族会・家族会への参加

あるが、「組織化すること」「チームワーク」「地域との交流」「人格（能力）的内容」「効果評価」「目的の達成」「内容に関すること」の7カテゴリに分類することができた。施設ではホスピスボランティアに対して、実際の活動以上の期待感を持っており、活動内容

についての具体的意味づけについての回答が多く見られた(表12)。特に傾聴ボランティアについては、人選面においても慎重に捉えており、職員のカンファレンスへの参加を求めている回答も数例見られた。

表12 ホスピスボランティアへの期待事項

期待項目	内 容
組織化すること	今のままで継続し仲間を定着増員しより安定したボランティア活動を行う（組織）・リーダーシップ・スタッフとの橋渡し・ボランティアの数が増えて患者個々の趣味や興味にあった方をお願いできること
チームワーク	チームの一員としての活動・自主性を期待・チームとしてともに活動できる方・普通の病棟ボランティアとは異なる意識で・チームの一員として患者さまに援助できるような連携
地域との交流	地域とホスピスの架け橋・緩和ケアについて理解し、地域に知ってほしい・傾聴ボランティアは注意して導入すればいいかもしれないが、地域内の人では複雑な問題もあるかもしれない
人格（能力）的内容	感情的にならない方・ボランティア自身の自律性・存在（あたたかい・優しい・かぜのような）・自律して行動できること・明るく労を惜しまない人・患者さまに喜んでほしいと思っている人・優しく普通の人・させていただくという気持ちを持ったかた
効果評価	アロマリラクゼーションでの行為は時に有効と思える・ボランティアの精神がよい香りを放つならスタッフとともに成長できる・患者家族に社会の風となりやすらぎの存在となる・病棟全体の和らぎ・患者さまの要望（体調）にあわせた活動・病院が収容施設でないようオープン化する
目的の達成	・患者さんが生活感をかんじられるような活動・患者様の癒し・気分転換スタッフボランティア相互がお互いの立場を尊重しあえること・QOLの向上・日常の感覚を患者様家族・医療スタッフにもたらしてほしい・ボランティア自身が楽しめる活動かつ患者のQOL向上につながるもの
内容に関すること	家族の代替的援助・行事の主催・緩和ケア病棟施設案内・自然体・特別なことはிரない・形はとらない・季節や日常を感じてもらえるような活動・自立・特に何をするというわけではなく日常的に普通の人として病棟内に存在してもらうこと・スピリチュアルケアが出来ること・元気にいけられるアイテムの提供・ごく普通の話し相手・新規ボランティアの紹介・積極的イベント企画・社会人としてのごく当たり前の関わり・催しの支援・患者様の心の癒しと実際の業務援助・環境整備・社会とのつながり・社会の風を届ける・あたたかい雰囲気をつくる・家庭的雰囲気づくり・心の安らぎ・見守り・傾聴など・医療にないスキルの発揮・相談相手・スタッフと患者家族の橋渡しの役割・医療者によるケアとは異なる社会的コミュニケーションの提供・話し相手・茶話会・行事への参加・ミニコンサート・医療者以外に気軽に声をかけることができる・医療スタッフだけでは対応しきれない日常的要望に対応・患者のつぶやきを拾う・付き添いボランティアを試験的に初めている・業務の穴埋めでない柔軟で自由な活動・患者家族の気持ちの理解の拡大につながる

3. コーディネーターについて

123施設中、コーディネーター導入は、43施設(35.8%)であった(表13)。そのうち、緩和ケア病棟における経験者は3名であり、ほとんど、現在の緩和ケア病棟が

要性を認識している施設が多いことの表れといえる。内容を「資格的条件」・「人格(能力)的条件」・「知識・技術的条件」・「経験的条件」・「その他」の5カテゴリに分類したが、この5カテゴリ全体がコーディネ

表13 ボランティアコーディネーターについて n=123

ボランティアコーディネーターの有無	数値
有	43 (35.8%)
無	53 (43.1%)
回答なし	27 (21.1%)
計	123

表14 ボランティアコーディネーターの経験

現在以外の緩和ケア病棟でのボランティア経験		
経験の有無	人数	
経験あり	3	
経験なし	34	
回答なし	7	
計	44	
経験年数	人数	備考
1年未満	9	最小3カ月
1年以上3年未満	6	
3年以上5年未満	3	
5年以上10年未満	9	
10年以上	6	10年3名・12年1名・15年1名・33年1名
回答なし	11	
計	44	

初めての経験であった。現在の病棟における経験年数は表14に示すとおりであるが3カ月から33年まで大きな差がみられた。

次にコーディネーターの条件であるが、ホスピスボランティアとは異なり、表15に示すような、条件が示されていた。この条件は、すべての施設を網羅するものではないが、コーディネーターに対する期待感と重

たの必要条件と考えることができる。また、期待事項については、ホスピスボランティアには期待しないような学習意欲や死生観を深める努力、医療関係者とのコミュニケーション、ニーズ把握など、調整力や判断力、人間性などを求めていることがうかがえる(表16)。

表15 ホスピスボランティアコーディネーターの条件

条件項目	内容
資格的条件	MSW ・法人本部からの任命(チャプレン) 緩和ケア病棟職員で看護職 ・職員であること
人格的(能力)条件	企画力 ・創造性 ・明朗さ ・リーダーシップ 判断力 ・洞察力 ・人間理解が深い
知識・技術的条件	コミュニケーションスキル
経験的条件	人と接する仕事経験のある方・病棟ボランティア経験3年以上で 緩和ケア講習受講していること ・院内を熟知している
その他	毎日活動可能な方 ・心身ともに健康

表16 ボランティアコーディネーターへの期待事項

期待事項	内容
人格的(能力)側面	学習意欲があること ・誠実であること ・死生観を深める努力 をしている方 ・優しさ ・謙虚な心
ボランティアの姿勢	聴く姿勢があること ・ボランティアの共助と医療関係者との コミュニケーションを図ること ・ボランティア自身が楽しみをも てること ・楽しんでいること ・少しのことを長期間行なうこ と ・与えられた環境条件の中でできることを行う ・背負いこま ないこと ・患者様に対する家族、病院、職員のニーズを把握し、 患者様と家族の心の支えとなり思いやりを持って関わっていただ き、穏やかな態度で接する
内容的側面	病棟内を笑顔のある明るい雰囲気 ・医療職でない人が病棟に 出入りすることによる社会的効果など ・外の風を運び続けてほ しい ・一般の方にボランティアの必要性を広めもっと多くの の方々の参加を呼びかけたい ・血縁、宗教、性別、年齢、国籍な どいろいろなものを超えて人間と人間の真実の深い絆を築いてい く
メンバーとの関わり	・チームワーク・同じ目標を共有しその達成をともに喜びあえる 存在

4. ボランティアと医療関係者との連携

ホスピスボランティアと医療関係者との連携について、とても良くとれていないと、良くとれている、の合計が68.3%、あまり良くとれていないが8.9%であり、ほとんどの医療関係者は良くとれていると認識していた(表6)。連携の方法としては、看護師長が対応するとの回答が最も多く、ついでコーディネーターを通して、担当者の配置などとなっており、連携の方法としては、調整者の存在が大きく、カンファレンス等への参加など医療者とボランティア間の全体的な関わりは

少数であった。また、マニュアルの活用という回答も多くみられた(表17)。

連携が取れていない理由としては、表18に示すように、「相互の関係性」「病院の体制」「看護師の認識」等のカテゴリに分類された。病院の体制からくる連携不足の場合には、看護師長等の調整者にお任せという回答や、コーディネーターの不在等があげられていた。また、看護師の認識に関する理由としてはボランティアの必要性の認識不足やボランティアの自立が必要など、ボランティアについての否定的な回答が見られた。

表17 医療関係者との連携 複数回答(回答あり96・回答なし27)

連携の内容	病院数
コーディネーターを通して連携をとっている	4 1
ホスピスボランティアマニュアルに基づいて	3 7
担当者が配置されている	3 8
看護師長が対応	6 4
特に定まった担当者はいない	3
引継ぎに同席して	1 5
計	1 9 8

表18 ボランティアと医療関係者の連携がとれていない理由 11箇所回答

連携がとれていない理由の項目	内 容
相互の関係性	・在宅のため、情報共有難しい・ボランティアは不満の多い集団になっている・対応不十分・コミュニケーション不足
ボランティア側の理由	なし
病院の体制等	・ボランティアの理解や感謝はしているが、担当者以外はボランティアとの交流ない・師長が対応している・多忙のため関わりをもてない・ボランティア担当者不在時、代行不在のときもある・コーディネーター不在・教育不足・コーディネーターの専任がいない
看護師の認識	・ボランティア活動の必要性の認識がない(スタッフの交代)・リーダーに問題あり(スタッフよりも経験長いなど)・ボランティアの自立が必要・ナースのボランティアに対する個人差・毎日くるわけでないので難しい
その他	・担当者にお任せという形・開設したばかり

5. ボランティア養成講座について（表19）

ボランティア養成講座の開催であるが123施設中、開催しているところが42箇所（34.1%）、開催していないところが54箇所（43.9%）であった（表6）。開催頻度については、年に1回の開催が20箇所、年に2回が7

箇所であり、月に1回が5箇所、随時開催も5箇所見られ、施設による差が大きかった。また、開催期間も半日から14日と大きな差が見られた。開催内容については、講義と実習の組み合わせ、講義とボランティア体験の組み合わせ、開設前に重点的に行なうものや、

表19 ボランティア養成講座開催について

項目	回数	病院数	項目	日程	病院数	
開催頻度	年	1回	開催期間	半日	4	
		2回		1日	12	
		3～4回		2日	4	
		5回		3日	4	
		2年に1回		4日	7	
	月	1回		5日	2	
		2回		6日	3	
	随時			10日	2	
					14日	2
					回答なし	2
計		42	計		42	
他の開催方法	＊ 年に講義16時間＋ボランティア体験60時間、期間は週1回3時間 ＊ K県緩和ケア研究会に所属し年に1回ボランティア講座開催 ＊ 6年間で2回、期間8日 ＊ 希望者が毎年各地で開催されている研修会に参加し費用はボランティア経費で負担（バザー） ＊ 開設前は4回シリーズで4日間 ＊ 4日講義実習4日					
プログラム立案者について	ボランティア運営委員・事務・看護部・パストラルケアワーカー・ボランティアコーディネーター・チャプレン・医師・ナース・緩和ケア研究会・MSW・緩和ケアチーム・ホスピス医師・看護師長・ボランティアサポート委員会・緩和ケア病棟スタッフ・スーパーバイザー・牧師・シスター					
募集方法	緩和ケア病棟以外で6カ月以上のボランティア活動を行った会員に意向調査・地域広報誌・公募・ポスター・ちらし・新聞・ボランティア室にポスター掲示・インターネット・ホームページ・地元各種広報誌・教会関係・新聞・市報・ミニコミ誌・現在ボランティアに来ている人を対象・ハガキ郵送・病院情報誌・法人内・口コミが多い・病院全体で公募・社協機関紙・院内ボランティア経験1年以上・登録ボランティア全員に通知・緩和ケア研究会広報誌・院内掲示・ラジオ・一般公募後書類選考					
【ホスピスボランティア養成講座を導入しない理由】						
1. 受け入れ・教育体制が整っていない						
2. ホスピス専任ではなく病院全体としてのボランティア組織がある（5）						
3. 受け入れに習熟していないから						
4. 希望はあるが、養成やマニュアルなどシステムが整っていない						
5. 希望者がいない						

他で開催されている研修会参加等、実情にあわせて研修会を工夫している施設もみられた。プログラム立案については、ボランティア運営委員会等の委員など、何らかの形で、ボランティアに関わっている職員が中心となり企画運営を行っていた。講習会受講者の募集はさまざまな形で、ボランティア経験者を中心に募集している例が多くみられたが、経験を問わず公募している施設もあり、施設の方針による種々の募集方法があげられた。

一方、養成講座を開催しない理由としては、受け入れ教育体制が整っていないことがあげられた。

6. ボランティアに関する予算について（表20）

ボランティア活動に関する予算であるが、予算を計上している54箇所（43.9%）、計上していない65箇所（52.8%）と予算化していない施設のほうが多かった（表6）。特に施設としての予算はないが病院職員によるバザー収益や、ボランティア基金により運営している施設も各1箇所見られた。予算の使用は、図書や文房具購入に最も多く当てられており、ボランティア

活動における必要不可欠な費用と考えられる。また、日々の活動材料費としてアロマオイルやマッサージオイル、手芸用品など活動内容によるものや催しものの費用にも当てられていた。他にボランティアに対する直接的な経費として、交通費が11箇所、駐車場や健康管理費用として計上している施設も見られた。その他として制服費として予算化している施設もあり、病院や施設のボランティア活動に対する考え方や方針、あるいは、職員の認識の違いによるものと捉えることができる。

7. コーディネーターの存在と関連要因について

コーディネーター導入ありと回答した43施設と、なしと回答した53施設について「チームとしての活動」、「医療関係者との連携」、「ボランティア養成講座の開催」、「予算化」の4項目との関連について、クロス表を作成し χ^2 検定を行った。その結果、「ボランティア講座の開催」について、コーディネーターの導入ありの施設が有意に開催が多い（ $p<.05$ ）という結果が得られた（表21）。

表20 予算について 54箇所（43.9%）複数回答

費目	内容等	数
日々の活動材料費	アロマオイル・マッサージオイル・手芸用品 絵手紙材料・生花等	12
茶話会費	コーヒー・お茶・お菓子・抹茶等	11
催し物材料費		6
養成講座開催費		15
図書・文房具購入費		29
庭園管理費		3
交通費	ボランティアに対する直接的経費	11
駐車場		2
健康管理等		4
その他		4
回答なし		4

※病院職員バザーの収益：1カ所 ボランティア基金：1カ所

表21 コーディネーターと養成講座開催の関連

	開催あり	開催なし	合計
コーディネーターあり	24	19	43
コーディネーターなし	18	35	53
計	42	54	96

$p<.05$ $\chi^2=4.60$

考 察

1. ホスピスボランティアについて

登録ボランティア人数について、今回の調査結果では施設によって大きな差があるものの10人から30人の範囲でボランティア登録をしている施設が全体の30%を占めていること、また導入そのものは施設（病院）の77.2%で実施されていることから、ホスピスにおいてボランティアが必要とされている、あるいは重要だと認識されているという事実が明らかになった。受け入れていない施設は受け入れの準備体制が整っていないという理由が多く、準備が整えば受け入れ可能という認識であると解釈するならば、ボランティアがチームの重要な一員であることを施設が理解していることは明らかであろう。また現時点では開設間もない施設が多かったことから、今後体制の充実に伴ってボランティア導入施設は増加すると考えられる。活動状況は、施設によりさまざまであるが、全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会のホスピス・緩和ケアプログラムの基準にも謳われているように緩和ケアチームにおける一員としての活動施設が最も多く、ボランティアの存在意義は大きいといえる⁸。その後NPO法人化した日本ホスピス緩和ケア協会では基準の冒頭に「この基準は、自宅や施設でホスピス緩和ケアを受ける患者・家族とケアを提供する専門職とボランティアが共通の理解を得るための拠り所として作成した」と明記し、さらに“7 ボランティアについて”の中で「(1) ボランティアはチームの一員であり、大切なケアの提供者である。」と記述している⁹。

ではボランティアの役割はどうであろうか。表10では4つの分類を試みたが、未だ曖昧さがあり、各施設とも試行錯誤している現状がうかがえる。前述の基準にはボランティアの位置づけを述べた後に「(2) ボランティアは自由意思によって、チームに参加する。そして、チームにおける役割を明確にした上で応分の責任を果たす。」という記述を設けている。

ここでの“自由意思による参加”はボランティア個々の主体的な関わりへの期待が感じられる。しかし“チームにおける明確な役割”や“応分の責任”といった、ある意味曖昧さを残すところについては今後の実践から一定の具体的基準を見出す必要がある。

また、カテゴリ化された実際の活動（表11）からは、患者のニーズに応じた多様な内容が準備され実践され

ていることがわかる。これらの活動をツールとした場合、その活動を通してボランティアが果たす役割は何かについて、やはり明確にすることが求められる。そうした意味では表12に挙げられた期待項目および内容は具体的役割を示唆するものが多く含まれている。これらを整理し、施設の実態に応じた実践を行なう必要がある。

2. コーディネーターについて

ボランティアの受け入れに比べて、コーディネーターの存在は35.8%と少なく、経験年数についても、施設により大きな差が見られた。5カテゴリに分類されたコーディネーターに求める条件も、資格や人格、経験等、求める内容が高く、そのことが受け入れを困難にしている要因とも考えられる。さらに、期待する内容についても人間性や調整力、判断力などが求められ、コーディネーターとしての人材を確保することの難しさも推察される。また、施設職員である看護師や事務員がコーディネーターとして活動している例もあるが、ホスピスボランティア受け入れや、調整等に関するコーディネーターの役割は重要であり、専任としてのコーディネーター採用が望まれる¹⁰。さらに、コーディネーターの存在が養成講座開催に有意に高く、コーディネーターは養成講座開催に関連していることが明らかになった。したがってホスピスにおけるコーディネーターは、ボランティアの効果的な活動と施設における効率的なチームケアを実現するための一員としてその役割に大きな期待が寄せられているといえる。

本稿では詳細の記述を省くが、本研究の一環として今秋視察を実施したロンドンのホスピスでは“VSM（ボランティアサービスマネージャー）”が専任としておかれていることが多く、コーディネーターへのスーパービジョンの機能を果たす等の役割を担っていた。

3. ボランティアと医療関係者の連携

ボランティア活動が有効に実施されるかについては、医療スタッフの認識によるところが多いといわれているが¹¹、およそ70%近くが、ボランティアと医療関係者の連携はとれていると認識しており、良い関係の中で活動は行われていると考えられる。しかし、連携がとれていないと回答した施設もあり、その理由は、施設の体制からくるものがほとんどであった。コーディネーターがいる場合には、医療スタッフがコーディ

ネーターとのみ関わっている例や、そもそも他のボランティアとの関わりを持つ必要性を認識していない例など、日常からのチームワークに起因するものが多く見られた。また、ボランティアに対する否定的感情などもあげられており、組織体制的な変更やチーム内の人間関係調整を実施することで、ある程度は解消されるものもあると考えられる。ボランティアと医療スタッフ間、ボランティア同士等の関係構築をねらいとしたプログラムを含む講座の開催や、前述のVSMのようなスーパーバイザーの配置も1つの解決策ではないかと考えられる。

4. ボランティア養成講座について

ボランティア養成講座の開催は、34.1%が行っていた。開催頻度、開催期間、内容等種々であったが、定期的に開催している施設も32箇所（26.0%）みられ、およそ、1/4の施設は、継続的なボランティア養成の重要性を認識して実践しているといえる。開催していない施設であっても、他の研修会への参加や、必要性に応じた開催など、養成については努力しているといえる。また、養成を開催しない理由は、必要性を認識しながらも教育体制が整っていないことをあげているが、コーディネーター導入による開催への効果も検証されており、今後、経験を積み、ボランティアを含むチームとしての体制が整うことで、養成講座を開催する施設増加の可能性は高いといえる。

今回の調査結果のようにボランティア導入後10年に満たない施設が半数ということから考えると、国内のボランティア養成の実情は、まだまだ試行錯誤の中で実践されているということがわかる。講座の形態は大きく「講義」と「演習」に分けられるが、特に演習については現場実習やボランティア体験というものがある。

本研究の一環として筆者らの研究会は岩手県内2箇所のホスピス・緩和ケア病棟でのホスピスボランティア養成講座を実施している。これらは時間数を4時間×4回開催、または8時間×2回開催の2パターンで行ったが、いずれも16時間とし、内容はホスピスボランティアの導入研修としている。ここでは「講義」として“ボランティア”や“ホスピス”の理解、また患者の家族の体験談等を具体的内容とした。「演習」については主に受講者の自己覚知（自己理解）、関係構築、チームワーク形成等に主眼を置いて実施している。ま

た「講義」についても、たとえば患者家族の体験談の場合、それを受け止めた受講者個々の感想や疑問等を明確にし、それをグループ単位で話し合うというワークショップ¹²形式で実施している。参加者個々が現場へ出向く実習とは異なり、敢えて室内で受講者が揃った状態でグループワークを実施するのである。受講者個々が自分自身の考えを明確にする作業（自己覚知）から話し合いの作業（自己開示・自己主張・他者受容）へ、さらにはグループとしての合意形成を図る作業（信頼関係の構築）へとプロセスをふむことによって、実際にボランティア活動を実施する以前にチームワークを体験的に理解することをねらいとしている。ホスピスボランティアがチームの一員であると理解され、医療スタッフも含めてお互いの専門性を超えた関係構築をすることが重要であると考えた場合、このプログラムが国内のボランティア養成の1つのモデルとなるのではないか。今後はボランティア実施後のスーパービジョン等を含む経験年数別のワークショップや、ボランティアと医療スタッフ、つまりチームケアスタッフ全体を対象としたワークショップ等について検討し、提案していくことも必要であろう。

ボランティア活動における経費については、予算化していない施設の方が多いという結果だった。バザーの開催やボランティア基金により活動経費を捻出し運営している施設もあるが、およそ40%の施設は、予算化しており、その用途は、患者に対する直接的活動経費にあてられていた。たとえばアロマオイル、マッサージオイル、手芸用品などの購入やボランティア自身の交通費として計上している施設もあり、経費を予算化することで、ボランティアの活動内容の拡大と、さらなる内容の充実につながるのではないかと考えられる。前述のロンドン視察の際にはVSMがファンドレイジング（fund raising）の役割を担っているケースも多く、チャリティショップ経営等、苦労はあるものの資金調達のしくみが確立されている点は大いに参考になるのではないか。

5. 緩和ケアチームについて

緩和ケア病棟は、増加しつつあるが、そこで看取ることのできる患者は、一部にすぎない。その打開策として、一般病棟におけるコンサルテーション型の緩和ケアチームの役割は重要である。今回の調査では、45.5%の施設が緩和ケアチームありと回答していたが、

今後、さらなる増加を期待したい。緩和ケアチームの主要メンバーは、医師・看護師・MSWであり、医師の多くは、緩和ケア科であり、緩和ケアの専門医が専任者としてあっている例が多い。また看護師についても、各施設1人以上は緩和ケア認定看護師がおり、専門的な緩和ケアを提供している施設が多いといえる。さらにMSWは、緩和ケアチームには欠かせない存在といえ、多くの施設でメンバーの重要な一員として期待されているといえる。

おわりに

今回、緩和ケア病棟を中心とする施設のホスピスボランティアに関する調査を行ったことで、緩和ケアチームにおけるホスピスボランティアやホスピスコーディネーターの役割の重要性が明らかになった。今後、地域ネットワークの視点から日本における緩和ケアを考えてみると、院内ホスピスだけではなく、在宅ホスピスケア、ディホスピスケア、さらには特別養護老人ホーム等、老人福祉施設の看取りの増加に伴う看取りボランティアの養成が重要な課題としてあげられる。患者や利用者あるいは家族のQOLを大切にしたい。生命を尊重し、死を自然なことと認め、最期まで患者や利用者がその人らしく生きてゆけること、また患者が療養しているときから死別した後には、家族が様々な困難に対処できるように支えること、これらは地域独自のネットワーク形成が重要であり、地域の中で「看取り」を支えていくという視点が求められてくるのではないかと考えられる。今後はホスピスボランティアだけでなく、同時にホスピスボランティアコーディネーターをそのような活動の中核的な存在として、養成していくことも大きな課題ではないだろうか。

脚 注

- 1) 全国緩和ケア病棟承認施設一覧:緩和ケア 17(6) Nov 2007 P541-543.
- 2) 柏木哲夫「日本における緩和ケア病棟の歴史と現在」

- かんご、日本看護協会出版会51(3)、1999、P24-28.
- 3) 藤沢真理子「地域ケアネットワークにおけるホスピスボランティアの役割」日本の地域福祉、日本地域福祉学会、VOL13、P37-50.
- 4) 1991年に任意団体「全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会」として発足。2004年7月、ホスピス緩和ケアが、病棟のみならず、在宅においても提供されることの重要性を鑑み、その名称から病棟を外し、「日本ホスピス緩和ケア協会」と改称。ホスピス緩和ケアのいっそうの広がりを求め「生命を脅かす疾患に直面する患者とその家族のQOL(人生と生活の質)を向上させるために、ホスピス緩和ケアの普及と啓発およびサービスの質の確保と向上に関する事業を行い、もって、ホスピス緩和ケア事業の健全な発展を図り、国民の保健・医療・福祉に寄与すること」を目的とし、2007年10月31日より「特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会」として活動を開始している。
- 5) 横山稔「ターミナル・ケアにおけるボランティア養成のための援助方法に関する一考察」社会問題研究44(2)、1995、P152.
- 6) 江木さよ子「緩和ケア病棟設置に対する看護部の取り組み」かんご、日本看護協会出版会 51(3)、1999、P35-38.
- 7) 川越厚「社会福祉士養成講座14第5章介護技術各論 3節ターミナルケア」介護概論、中央法規出版、2006、P179-197.
- 8) 西村真智子、奈良寿美子「ホスピスボランティア導入の現状と課題」秋田県医療学術交流学術大会、ホスピス開設5周年記念誌、外旭川病院、2004、P53.
- 9) 「特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会」ホスピス緩和ケアの基準<<http://www.hpcj.org/>> (2007. 12. 08)
- 10) 久保山千鶴「ボランティアとともに4年目を迎えて」、看護管理、医学書院 8(1)、1998、P17-21.
- 11) 寺永守男、石山洋美、嘉藤茂「ホスピスボランティア活動に対する医療スタッフの認識について」第8回秋田県緩和医療研究会 ホスピス開設5周年記念誌 外旭川病院、2004、P52.
- 12) ここでは“ワークショップ”を学習手法としてではなく、「場」として理解し、「参加者が個々の多様性を理解しながら主体的に交流し、集団の相互作用を通じて新たな関係やチームワークを生み出す場」と

考えている。

山本克彦「ワークショップ入門―実践とプロセスアプローチ」久美出版、2006、P8-12.

謝 辞

本研究の調査にあたり、お忙しい中、ご回答くださいました特定非営利活動法人日本ホスピス緩和ケア協会会員のみなさま、調査の準備段階からご協力いただ

いた岩手にホスピス設置を願う会のみなさま、またホスピスボランティア養成講座実施にご協力いただいた社団医療法人恵生会孝仁病院および岩手県立磐井病院のみなさまに厚く御礼を申し上げます。

※ 本研究は平成19年度公立大学法人岩手県立大学学術研究費公募型地域課題研究の助成を受けて行いました。