

## 医療法人徳洲会 湘南藤沢徳洲会病院 ボランティア活動要綱

### (趣旨)

第1条 この要綱は医療法人徳洲会湘南藤沢徳洲会病院（以下「病院」）について、患者のQOL向上を図ることを目的として、ボランティア活動が円滑に行われるために必要な事項を定める。

### (定義)

第2条 「病院ボランティア」とは、自発的意思により、病院内で患者のQOL向上のため、無償で活動するものをいう。

### (申請・承認・受付・期間)

#### 第3条

- (1) ボランティア活動をしようとするグループ、または個人は、書面（様式1・履歴書）により、病院長宛に申請を行い病院長の承認を得る。
- (2) ボランティア活動の申請書類（様式1）は総務課で受け付ける。
- (3) ボランティア活動の期間は、承認した活動期間を越えないものとする
- (4) 承認された場合、総務課から申請者へ写しを渡して誓約内容を共有する。

### (承認の条件)

第4条 ボランティアの活動範囲は、承認された範囲であること。

#### 2 承認の条件は下記の通りである。

- (1) 活動の場が病院であることを認識していること。
- (2) 心身ともに健康であること。
- (3) 病院でボランティア活動を行う意思があること。
- (4) 患者の人権を尊重し、プライバシーを守ること。
- (5) 自分の信条等を患者に強要しないこと。
- (6) 医療の内容について意見を述べないこと。
- (7) 標準予防策や予防接種など、感染防止を講じること。
- (8) 活動前に病院の抗体価検査を受け、感染管理室から活動の許可を得ること。
- (9) ボランティア活動を行う際には、「ボランティアの心得」と「誓約書」の内容を遵守すること。

(費用・支援)

第5条

- (1) ボランティア活動の費用について、抗体価検査費用、ボランティア保険、交通費等は病院の負担とする。
- (2) 活動に必要な物品は総務課で検討し、病院が準備する。
- (3) インフルエンザ予防接種を希望した場合は職員価格にて接種可能とする。

(承認の取り消し)

第6条 次のいずれかに該当する場合、病院長はボランティア活動の承認を取り消すものとする。

- (1) 承認の条件を満たせなくなった場合
- (2) 病院の信頼を著しく損なう場合または行為をする恐れがある場合

(職員の責務)

第7条 ボランティア活動の場を提供しようとする部署の職員は、活動の趣旨を十分理解していなければならず、自己の業務を手伝わせるなどの行為をしてはならない。

(改定)

第8条 この要綱は病院の院内稟議にて承認を得るものとする。

(附則)

この要綱は、平成25年8月1日から施行する。

令和8年2月1日 改定

(西曆)            年        月        日現在

|           |       |              |       |          |                   |         |         |       |  |               |
|-----------|-------|--------------|-------|----------|-------------------|---------|---------|-------|--|---------------|
| フリガナ      |       |              |       |          |                   |         |         |       |  | 写真添付<br>3ヶ月以内 |
| 氏 名       |       |              |       |          |                   |         |         |       |  |               |
| 生年月日      | (西暦)  |              | 年     | 月        | 日                 | 生 (満 歳) | ※       | 男 ・ 女 |  |               |
| フリガナ      |       |              |       |          |                   |         |         |       |  |               |
| 〒(      ) |       |              |       |          |                   |         |         |       |  | TEL           |
| 現住所       |       |              |       |          |                   |         |         |       |  | FAX           |
| フリガナ      |       |              |       |          |                   |         |         |       |  | TEL           |
| 〒(      ) |       |              |       |          |                   |         |         |       |  | FAX           |
| 帰省先       |       |              |       |          |                   |         |         |       |  |               |
| 携帯電話      |       |              |       |          |                   | Email   |         |       |  |               |
| 配偶者       | 有 ・ 無 | 配偶者の<br>扶養義務 | 有 ・ 無 | 扶養<br>家族 | 人<br>(配偶者<br>を除く) | 住宅      | 持家 ・ 賃貸 |       |  |               |

| 自 |   | 至 |   | 学歴（中学校から） |
|---|---|---|---|-----------|
| 年 | 月 | 年 | 月 |           |
|   |   |   |   |           |
|   |   |   |   |           |
|   |   |   |   |           |
|   |   |   |   |           |
|   |   |   |   |           |

[illegible]

|    |  |
|----|--|
| 氏名 |  |
|----|--|

(西暦) 年 月 日現在

取得免許

| 取得免許 | 免許登録番号 | 免許登録日 |
|------|--------|-------|
|      |        | 年 月 日 |
|      |        | 年 月 日 |
|      |        | 年 月 日 |
|      |        | 年 月 日 |
|      |        | 年 月 日 |

学会、認定資格等取得状況

| 団体名 | 認定名称 | 認定日 | 期限 |
|-----|------|-----|----|
|     |      |     |    |
|     |      |     |    |
|     |      |     |    |
|     |      |     |    |
|     |      |     |    |
|     |      |     |    |
|     |      |     |    |

専門分野・得意とする疾患、施行症例数、学会論文 等 業績

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

志望の動機、アピールポイントなど

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|      |  |
|------|--|
| 賞罰 等 |  |
|------|--|

様式 1

申請日：(西暦) 年 月 日

医療法人徳洲会 湘南藤沢徳洲会病院 病院長 殿

ボランティア申請書 兼 誓約書

1. ボランティア申請書

|        |                                             |          |       |
|--------|---------------------------------------------|----------|-------|
| フリガナ   |                                             | 所属団体     |       |
| 氏名     | 印                                           | 性別       | 男 ・ 女 |
|        |                                             | 生年月日     |       |
| 住所     |                                             | 電話番号(携帯) |       |
|        |                                             | メールアドレス  |       |
| 希望する活動 | 案内誘導・話し相手・図書整理<br>植栽園芸管理・掲示物管理<br>イベント・他( ) | 希望する日時   |       |

※申請者が20歳未満の場合(保護者又は申請者が所属する団体の責任者)

|             |   |        |  |
|-------------|---|--------|--|
| 上記の申請を認めます。 |   |        |  |
| 氏名          | 印 | 団体名・役職 |  |
| 住所          |   | 電話番号   |  |
|             |   | 携帯電話番号 |  |

2. 誓約書

住所：

氏名： 印

私は医療法人徳洲会湘南藤沢徳洲会病院の理念を遵守し、下記及びボランティア活動要綱に従って、ボランティア活動を実施する事を誓約します。

- ① 活動中に限らず活動終了後においても、活動中に知り得た患者及び職員の個人情報を第三者に漏らしません。
- ② 患者の人権、人格及びニーズ等を尊重して活動します。
- ③ 活動にあたっては、病院職員の指示に従い講堂します。
- ④ 私自身や患者にとって危険な行為を行いません。
- ⑤ 健康管理については、私自身の責任において行います。

【承認欄】

|    |      |     |     |        |
|----|------|-----|-----|--------|
| 院長 | 看護部長 | 事務長 | 総務課 | 受入先所属長 |
|    |      |     |     |        |

## 医療法人徳洲会 湘南藤沢徳洲会病院 ボランティアの心得

病院とは、多くの人々の命をあずかり、医師・看護師その他の医療従事者が、病の方を中心にして治療を行っている場です。

- ① ボランティアは医療従事者ではないので、医療に関わることは一切口を出しません。また、患者さんの身体に関わることは、安易な自己判断をせず、必ず現場の医療者に相談します。
- ② 私たちは、各自で活動に責任を持ち、病院と申し合わせて事項を守り、私事は避け、自分勝手な行動はとらないようにします。活動の詳細は、活動部署の所属長に相談します。
- ③ 私たちは常に優しく落ち着いて、誰にでも礼儀正しく接します。

### 〈患者さんやご家族に対して〉

- ④ すべての患者さんに公平に対応し、特に親しい患者さんを作らないようにします。
- ⑤ 患者さんの病気については尋ねません。
- ⑥ 安易な言葉や、気休めの言葉に注意します。例えば、「治るから大丈夫。」とか、「頑張ってください。」などは控えます。患者さんご自身が良くわかっており、すでに精一杯頑張っておられます。
- ⑦ 患者さんやそのご家族と贈り物などのやりとりはしません。
- ⑧ 困ったときは活動している部署の職員に相談します。

### 〈衛生・服装について〉

- ⑨ 定期的に健康診断を受け、自己の健康管理に十分に気をつけます。
- ⑩ 活動の前後には手洗い・うがいを励行します。抵抗力の弱い患者さんが多いので、風邪などの場合は無理をせず、連絡のうえで休みます。
- ⑪ 明るい清潔な動きやすい平常着（黒又は白の上下は避けます）の上に、所定のエプロンを着用し、名札をつけます。エプロンはその都度選択します。
- ⑫ 靴は音のしない活動しやすいものを履き、素足での活動は避けます。
- ⑬ 爪は短く切り、患者さんを傷つけたり、消毒が不完全にならにようにします。
- ⑭ 特殊な色のマニキュアや、華美な指輪やアクセサリは避けます。
- ⑮ 髪の毛が落ちないように、きちんとまとめておきます。
- ⑯ 治療中の患者さんは、においに過敏な方が多いので、香水・香りの強い化粧品や整髪料は避けます。
- ⑰ ボランティア活動によって知り得た患者さんの個人情報には第三者に漏らしません。

# 通勤費支給申請書

申請日： 年 月 日

ID: \_\_\_\_\_

|                                        |  |         |   |   |   |
|----------------------------------------|--|---------|---|---|---|
| ※ 入 職 ・ 変 更 ・ その他( )                   |  | 利用開始日   | 年 | 月 | 日 |
| 所属                                     |  | 氏 名     |   |   |   |
| ※通勤手段：電車・バス・自動車・バイク・自転車・徒歩             |  |         |   |   |   |
| 自動車・バイク・自転車利用の場合 別途申請書有（加入任意保険会社名： ） ↓ |  |         |   |   |   |
| ↳ 自宅から病院までの通勤距離： 片道 km                 |  |         |   |   |   |
| 現住所 〒                                  |  | Tel ( ) |   | — |   |

6ヶ月定期券購入月→5月1日～・11月1日～(年二回) その他の月は1ヶ月定期券を購入すること

利用開始日が月途中の場合変更月の月末までは実費支給とします

| 交通機関(電車・バス) | 区 間 | 片道料金 | 1ヶ月定期代 | 6ヶ月定期代 | 利用開始日 |
|-------------|-----|------|--------|--------|-------|
|             | ～   | 円    | 円      | 円      | 年 月 日 |
|             | ～   | 円    | 円      | 円      | 年 月 日 |
|             | ～   | 円    | 円      | 円      | 年 月 日 |
|             | ～   | 円    | 円      | 円      | 年 月 日 |
| 合 計         |     | 円    | 円      | 円      |       |

電車・バスの場合、自宅から駅・バス停まで。その他は自宅から病院までの地図を添付

(Google Mapなど印刷し経路をマーカーで書いて添付してください。)

※ 印はいずれかに○印をつけてください

|                        |                                   |                |   |   |   |
|------------------------|-----------------------------------|----------------|---|---|---|
| 総務課記入欄                 |                                   | 受付日            | 年 | 月 | 日 |
| 支給開始(変更)月              | 年 月                               | (入職・変更・応援・その他) |   |   |   |
| 実費支給                   | 有 ・ 無 (有の場合下記に記入) 常勤 ・ 非常勤 週 日    |                |   |   |   |
|                        | 月 日 ～ 月 日 日分として 往復料金 ¥ × 出勤回数 日 = |                |   |   |   |
| 年 月 から 月 額 円 の支給を決定します |                                   |                |   |   |   |
| 年 月 から 半年分 円 の支給を決定します |                                   |                |   |   |   |

|     |     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|-----|
| 事務長 | 総務課 | 担当者 | 確認者 | 処理印 |
|     |     |     |     |     |