

患者支援・ボランティア業務指針

非公式・独立研究・研究用試作

東京大学病院・医療運営課患者支援チームの業務領域における

ボランティア運営・調整、活動員支援および

患者サービス関連業務の方法論的足場

患者の尊厳、安全および支援関係の倫理を基盤として

黄 万鴻

独立研究ノート・非公式公開版

第一版（試作）、2026 年 10 月

倫理開示 (Ethical Disclosure)

本資料は、執筆者が個人として作成した、東京大学病院医療運営課患者支援チームの特任専門職員募集に係る応募・選考準備を出発点とする独立研究ノートの非公式公開版である。執筆者は作成時点において、本募集職位への採用、業務委嘱その他病院を代表する立場にない。本資料は、東京大学および同附属病院の公式見解、内部規程、承認済み業務手順を示すものではない。記載した方法論、手順案および規範的判断は執筆者の暫定的見解であり、その正確性、完全性、最新性を保証しない。実務においては適用法令、病院の正式な規程および指示、医療専門職の判断並びに患者の安全を優先する。本試作には実在する患者情報や未公開の院内資料を使用していない。本稿の再利用は後掲の CC BY 4.0 ライセンス頁に従う。再配布時は非公式性と出典・第三者権利の区別に留意されたい。

This public research edition derives from a personal working note independently prepared by the author for application and selection preparation for the Project Specialist position in the Patient Support Team, Medical Operations Division, at the University of Tokyo Hospital. At the time of preparation, the author has not been appointed to the advertised position, commissioned by the Hospital, or authorized to represent it. This document does not state the official views, internal regulations, or approved operational procedures of the University of Tokyo or its Hospital. Its methods, proposed procedures, and normative judgments are provisional views of the author; their accuracy, completeness, and currency are not guaranteed. In actual practice, applicable laws, official Hospital regulations and instructions, the judgments of healthcare professionals, and patient safety take precedence. No actual patient information or unpublished internal Hospital materials have been used in this draft. Reuse is governed by the CC BY 4.0 notice in this document for material the author is entitled to license; institutional and third-party rights remain separate.

AI 利用声明

AI Use Statement

利用範囲 / Scope of assistance

本稿の構想、章構成、資料探索、文章の草稿・推敲、翻訳、法令・判例の参照候補の整理、数理モデルの検討、合成テスト、 $\text{\LaTeX}$ ソース作成および PDF 制作に、OpenAI の ChatGPT を広範に利用した。AI の寄与は表記ゆれの校正に限定されず、草案の生成、構成案の提案、論理上の反例の探索にも及んでいる。本文の各文が独立した人手のみで執筆されたとの表示は行わない。

著作者の判断と検証責任 / Human oversight and accountability

執筆者は研究目的、理論的方向、文書の構成、検討対象および公開の判断を担い、法令、原資料、引用、数学的主張ならびに倫理的評価を批判的に再検証する責任を負う。AI の提案、検索結果、合成データによる検査合格、PDF の正常な組版は、資料の正確性、法的妥当性、臨床安全性又は病院の承認を証明しない。第 1 章から第 21 章の判断・提案は、病院の見解でなく執筆者が責任を負う暫定的な研究内容である。

情報保護と公開条件 / Data and release limitations

本公開稿は、公表資料、抽象的な仮定、合成的なモデル例を用いて作成した。患者・活動員の実データによる運用検証や、病院の非公開内部記録を用いた実証を実施していない。現場で使用するには、病院の正式な許可、安全・情報保護上の審査、必要な研究倫理上の手続および実地検証が別途必要である。2026 年 10 月 8 日現在、特定の法令の施行版全文・附則、1998 年のボランティア事故判決原文、院内の実際の権限系統は未確認の部分を残す。

English statement

OpenAI's ChatGPT was used extensively to assist with conceptual organization, drafting and editing, translation, discovery of candidate sources, analysis of legal and ethical questions, formal-model reasoning, synthetic test development, and preparation of the $\text{\LaTeX}$ and PDF files. Its contribution was substantive and went beyond proofreading. The human author directed the research and takes responsibility for deciding what to publish and for critically checking the claims, references, and mathematical arguments. Neither AI-assisted review nor passing synthetic tests establishes clinical validity, legal sufficiency, or authorization by the University of Tokyo Hospital. The work is based on public materials and synthetic examples, without field validation using real patient or volunteer records. Known verification limits are documented in the release notes.

Disclosure dated 8 October 2026. This statement records assistance in producing this edition, without attributing institutional approval or independent authorship to the AI system.

著作権・ライセンス

License Page

Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

© 2026 Wanhong HUANG（黄万鴻）

作品：『患者支援・ボランティア業務指針』独立研究・非公式公開版（R38.1a、2026年10月8日）。

ライセンス：<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

法的条文：<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode>

許諾の範囲

執筆者が適法に許諾できる本稿の著作権保護対象となる文章、独自の説明、構成及び図表等を CC BY 4.0 により公開する。利用者は著作者表示、ライセンスへのリンク、改変の有無の表示等の条件に従い、営利目的を含む複製、再配布、改変を行える。表示は病院又は著作者が改変物・利用者を推奨するかのような方法で行わない。

対象外の権利

本許諾は、病院名・大学名の表示から生じる商標等の権利、他者の著作物、引用した論文・図表・公的資料の保護対象部分、写真・肖像、個人情報、その他執筆者が許諾権限を有しない権利には及ばない。引用・参照先の資料を再利用する場合は、それぞれの権利状態・出典及び適用される法的例外を確認する。本稿のライセンスは、診療行為、院内手順の採用、病院を代表する行為を許可するものではない。

推奨する表示例 / Suggested attribution

Wanhong HUANG（黄万鴻）、患者支援・ボランティア業務指針 (R38.1a, 2026), CC BY 4.0, <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.（改変した場合は変更内容を表示）

English summary

Original material over which the author holds licensable rights is made available under Creative Commons Attribution 4.0 International. Reuse, including commercial adaptation, is permitted with appropriate attribution, a license link, and an indication of changes. Third-party rights, quotations, institutional names and marks, privacy rights, and materials outside the author's licensing authority are excluded. This license neither implies endorsement by the University of Tokyo or its Hospital nor grants permission to implement hospital procedures. The work is provided without warranties; the legal code governs.

本頁はライセンスの要点の案内であり、正式な条件は CC BY 4.0 法的条文による。

目次

AI 利用声明 / AI Use Statement	i
著作権・ライセンス / License Page	ii
1 目的、範囲および本指針の性格	1
1.1 目的	1
1.2 範囲	3
1.3 目標	6
1.4 準拠する規範および業務目標	8
1.5 本指針の性格	10
2 病院の組織的背景および患者支援業務の位置づけ	11
2.1 大学病院としての制度的環境と公表方針	11
2.2 医療運営課および患者サービス機能の位置づけ	12
2.3 にこにこボランティアの成立史と活動の展開	13
2.4 令和 8 年度募集・受入れ過程の具体的条件	14
2.5 現場サービスの活動類型と施設の条件	15
2.6 公開記録、過年度評価および時間的条件	16
2.7 関係部署、患者および活動員の相互関係	17
2.8 病院固有の条件に基づく企画・配置・評価への接続	18
2.9 活動配置モデルのための病院固有条件	19
3 関係主体、権限、責任および協働関係	21
3.1 本章の目的、対象および分析基準	21
3.2 病院の公表組織とボランティア運営の位置	22
3.3 患者、来院者、活動員および職員の主体類型	23
3.4 業務領域別の権限分界と実施関係	24
3.5 連絡、相談、指示および引継ぎの関係	25
3.6 主体関係の時間的・空間的变化	26
3.7 責任帰属、記録および制度的自己点検	27
3.8 協働関係の設計と配置最適化への接続	29
4 ボランティア・人道的支援・患者支援の倫理的基盤	30
4.1 本章の目的、適用範囲および規範の層位	30
4.2 自発性、参加条件およびボランティアの持続可能性	32
4.3 患者の権利、尊厳、意思および接遇	33
4.4 援助関係の認識論、非対称性および三つの分析水準	35
4.5 活動類型に即した倫理的判断	37
4.6 活動員支援、専門職との協働および責任の所在	38
4.7 企画、配分、EBM・EBPM および数理支援の倫理	40
4.8 倫理的葛藤の取扱い、説明責任および継続的改訂	41
5 法令、医療制度および院内規程との整合	42

5.1	本章の目的および規範の参照構造	42
5.2	医療機関の安全管理および専門職の権限	45
5.3	患者の権利、合理的配慮および院内相談	47
5.4	ボランティアの法的地位、受入条件および保険	49
5.5	個人情報、活動記録および保健情報の取扱い	52
5.6	次世代医療基盤法と二次利用の権限境界	53
5.7	情報システム、外部サービスおよび計算論的支援	54
5.8	記録、苦情、事故および制度的な説明責任	55
5.9	規範的整合の点検と後続業務への接続	57
6	証拠基盤型業務決定方法論：EBM・EBPMの理論、限界および運用	58
6.1	本章の目的、用語および適用境界	58
6.2	日本におけるEBPMの制度的背景と病院固有の運営条件	59
6.3	証拠の成立条件、情報源および認識上の限界	61
6.4	ロジックモデル、因果仮説および効果検証の設計	63
6.5	観測指標、時間粒度およびシステム状態	64
6.6	証拠基盤型判断に伴う五つの構造的限界	65
6.7	意思決定、協働および説明責任の設計	67
6.8	ボランティア企画・配置および患者サービスへの具体的適用	68
6.9	小規模試行、再観測および方法論の継続的改善	70
7	ボランティア活動の企画、制度設計および年間運営計画	70
7.1	企画業務の目的、対象および設計原則	70
7.2	支援需要の把握と企画課題の定式化	72
7.3	活動類型、機能区域および業務境界の設計	74
7.4	企画書の構成と事前調整の方法	75
7.5	年間運営計画と募集・受入れ・更新の連結	76
7.6	時間枠、人員供給およびサービス連続性の設計	77
7.7	変動、代替対応および運営上の余力	78
7.8	計画の記録、連絡および決定責任	79
7.9	EBM・EBPMによる企画評価と理論的留保	80
7.10	実施準備、企画の改訂および後続業務への接続	81
8	ボランティアの募集、広報および応募受付	82
8.1	募集業務の目的、対象および運営上の位置づけ	82
8.2	募集計画、年度区分および活動需要との整合	83
8.3	広報媒体、募集情報および公表品質	84
8.4	応募条件、参加意思および相談の取扱い	86
8.5	申込書の様式、提出方法および受付手続	87
8.6	個人情報、健康関連記載および情報管理	88
8.7	応募相談、活動見学および説明会への導線	89
8.8	受付期限、表示の整合および例外事象	90
8.9	応募記録、広報評価および関係的な影響	91
8.10	募集業務の引継ぎと受入・研修への接続	92

9	ボランティアの選考、受入れおよび登録管理	92
9.1	本章の目的、受入過程および用語の区分	92
9.2	説明会の準備、実施および確認事項	93
9.3	面談の準備、対話および記録の境界	94
9.4	応募条件、個別事情および適合性の確認	96
9.5	受入判断、権限および説明責任	97
9.6	受入結果の通知、辞退、保留および相談への対応	98
9.7	受入後の登録管理および活動資格の区分	99
9.8	年度更新、休止、再開および登録終了	100
9.9	情報保護、記録の品質および事務上の例外	101
9.10	業務評価、関係形成および後続章への接続	102
10	研修、活動要件の確認および健康管理事務	102
10.1	研修・健康管理関連業務の目的および位置づけ	102
10.2	令和8年度の研修日程、会場および案内事務	103
10.3	感染対策、院内案内および車いす支援の教育	104
10.4	先輩活動員への帯同研修と累計18時間の把握	105
10.5	活動要件と役割別配置可能性の確認	106
10.6	健康チェックおよび健康管理事務の範囲	107
10.7	抗体検査、予防接種等に係る案内と日程調整	108
10.8	感染状況の変化、活動環境および安全上の例外	109
10.9	研修・健康情報の記録とアクセス権限	110
10.10	研修の評価、継続的改善および配置計画への接続	111
11	活動配置、シフト編成および日程調整	111
11.1	活動配置の目的、判断主体および業務上の位置づけ	111
11.2	活動需要、参加可能性および資格情報の確認	112
11.3	配置計画の構築および関係部署との調整	113
11.4	不可譲の制約、裁量条件および配置公平性	115
11.5	数理最適化による配置・調整支援	116
11.6	欠員、予定変更および動的再配置	125
11.7	配置確認、通知、引継ぎおよび記録	127
11.8	配置支援システムの検証、倫理的限界および改善	128
12	ボランティア活動の日常運営および活動状況の管理	130
12.1	日常運営の目的、対象および状態の区別	130
12.2	活動日前の準備、情報確認および連絡	131
12.3	到着確認、活動開始および役割の引受け	132
12.4	現場活動の調整、関係部署との接続および支援の質	133
12.5	欠席、遅延、配置変更および再調整	134
12.6	交代、活動終了、引継ぎおよびサービス継続	135
12.7	相談、危険事象、情報の誤りおよび例外処理	137
12.8	活動記録、事務状態および情報管理	138
12.9	日次・週次確認、改善および次回企画への還流	139

13 ボランティアの相談対応、継続的支援および表彰	140
13.1 本章の目的、位置づけおよび公表資料の射程	140
13.2 相談の受付、傾聴、分類および所管への接続	141
13.3 参加動機、自発性および活動経験の変化	142
13.4 研修、活動負担および継続参加への支援	143
13.5 活動員間の協働、葛藤および心理的安全	144
13.6 参加頻度の変更、休止、再開および退出	146
13.7 病院の表彰実績、謝意の制度および現行基準の確認	147
13.8 表彰・感謝事業の企画、実施および倫理的設計	148
13.9 活動支援・表彰に係る記録、個人情報および説明責任	149
13.10 支援効果の評価、関係性の尊重および次年度への還流	150
14 来院者対応、院内案内および移動支援	151
14.1 本章の目的、支援対象および公表資料の射程	151
14.2 病院施設の機能的区分、目的地情報および来院動線	152
14.3 初診、再診、検査および会計の受付案内	154
14.4 来院者の意思確認、接遇、多様な意思疎通および合理的配慮	155
14.5 紙媒体、受付機器および外来受診支援アプリの利用案内	157
14.6 車いす利用、視覚障害等に関する移動支援と安全上の分界	158
14.7 区域間の同行、引継ぎおよび関係部署との調整	160
14.8 支援困難事象、緊急性の認識および正式窓口への接続	161
14.9 案内記録、情報保護および説明可能な運営	162
14.10 配置計画、業務評価および患者サービス改善への接続	163
15 院内図書室および院内行事の企画・運営支援	164
15.1 本章の対象、サービス価値および公開資料の位置づけ	164
15.2 にこにこ文庫+の利用条件、空間および蔵書類型	165
15.3 開室計画、配置条件およびサービス連続性	166
15.4 図書室における日常業務、貸出記録および蔵書管理	168
15.5 院内行事の企画目的、活動類型および事前設計	169
15.6 ロビーコンサートの募集、出演調整および権限の分離	170
15.7 開催場所、動線、設備および安全上の事前調整	171
15.8 活動員の配置、当日進行および行事終了後の処理	172
15.9 広報、記録、著作物および個人情報の管理	173
15.10 サービス評価、関係的価値および継続的改訂	174
16 患者安全、感染対策および緊急・例外事象への対応	176
16.1 本章の目的、対象範囲および公開資料の性格	176
16.2 安全管理の主体、権限および初動の関係構造	177
16.3 案内、移動支援および環境上の危険の予防	178
16.4 感染予防の一般原則と東京大学病院の公表運用	179
16.5 活動員の健康管理事務、安全研修および参加条件	180
16.6 急変、転倒、外傷その他の医療的緊急事象	181
16.7 災害、火災、設備障害および集団的な事象	183

16.8 苦情、威圧的行為、迷子および情報上の例外事象	184
16.9 発生記録、正式報告および業務継続・再開の判断	185
16.10 事故予防の評価、組織学習および規範の再点検	187
17 院内連携、関係部署との調整および苦情・紛争処理	188
17.1 本章の目的、対象範囲および制度的な位置づけ	188
17.2 院内組織の公表された職能と責任の境界	189
17.3 活動需要の受付、部署間調整および実施条件の確定	191
17.4 患者相談、活動員相談および正式窓口への分流	192
17.5 苦情の受理、事実確認および公正な応答	193
17.6 活動員・職員間の葛藤、支援関係の調整および紛争予防	196
17.7 複合事案の連絡、エスカレーションおよび専門判断への移管	196
17.8 連絡、引継ぎおよび案件終結の確認	198
17.9 記録、情報管理および説明責任の制御	199
17.10 関係性の評価、EBPM の限界および業務改善への還流	200
18 活動記録、報告書作成および一般事務	201
18.1 本章の目的、記録の対象および権限の境界	201
18.2 募集、受入れ、登録および活動資格の台帳	202
18.3 配置計画、参加確認および実施実績の記録	203
18.4 相談、異常事象および案件連絡の記録	204
18.5 活動類型別の運営実績およびサービス継続	205
18.6 記録の出所、時間的文脈および訂正履歴	206
18.7 活動統計、指標の定義および解釈の留保	207
18.8 日次、月次および年次報告書の作成	208
18.9 通常事務、表彰準備および文書の流通	209
18.10 品質確認、引継ぎおよび EBPM への還流	210
19 個人情報、医療情報およびデータガバナンス	211
19.1 本章の目的、資料基盤および制度上の位置づけ	211
19.2 情報の分類、主体および利用関係の同定	213
19.3 取得、利用目的および情報ライフサイクルの管理	214
19.4 アクセス制御、部門間共有および権限の継続的確認	215
19.5 活動員の健康関連情報、研修資格および相談の保護	216
19.6 次世代医療基盤法と医療情報の二次利用	217
19.7 安全管理、情報事故および保存・廃棄の判断	219
19.8 外部サービス、生成 AI および業務支援システムの統治	220
19.9 統計、開示、オープンな知識および EBPM への利用	221
19.10 本人の権利、監査可能性および院内確認事項	223
20 患者サービス評価および EBPM に基づく業務改善	224
20.1 本章の目的、評価対象および実施権限	224
20.2 支援需要、価値およびロジックモデル	225
20.3 証拠の取得可能性、観測過程および歴史的状態	227
20.4 活動別指標、到達可能性およびサービス継続性	228

20.5 因果的評価、比較設計および推論可能性	229
20.6 関係性の価値、質的理解および評価の倫理	230
20.7 EBPM の五つの構造的限界への実務的応答	231
20.8 改善案の構成、比較、試行および中止	232
20.9 数理最適化、デジタル支援および公開可能な知識	233
20.10 評価記録、組織的学習および企画への還流	235
21 品質保証、業務引継ぎおよび本指針の改訂	235
21.1 本章の目的、適用範囲および品質保証の位置づけ	235
21.2 業務段階別の品質確認と手順間の接続	237
21.3 サービス継続性、機能区域および運営上の耐性	238
21.4 証拠、判断理由および品質審査の方法	239
21.5 患者・活動員の参加、承認および関係性の品質	240
21.6 不適合、例外事象および是正の取扱い	241
21.7 文書、個人情報およびデジタル支援の品質管理	241
21.8 担当者交替、業務引継ぎおよび継続可能性	242
21.9 本指針の版管理、出典更新および改訂手続	243
21.10 全書の整合性、倫理性および技術的品質保証	245
21.11 継続的な実施体制と本指針の今後の運用	247

1. 目的、範囲および本指針の性格

1.1. 目的

(1) （直接目的）

本指針は、東京大学病院（2026年10月1日より「東京大学医学部附属病院」から改称。以下「病院」という。）医療運営課患者支援チームに係る公表募集要項を出発点として、ボランティアの運営・調整、ボランティア活動員の支援、来院者への案内等の院内サービス補助、院内行事の支援、患者サービスの改善、および関連する事務作業について、業務を理解し、企画し、実施し、検証するための方法論的足場を整備することを直接目的とする。対象とする職位は、2026年8月19日付で公表された医療運営課の特任専門職員（常勤）の募集に係るものである¹。本指針は、応募者が公開情報に基づいて作成する個人参照用作業ノートであり、病院における現行の内部実施体制を記述するものではない。

(2) （業務過程の体系化）

本指針は、個々の事務を相互に独立した作業として扱うことに加え、業務開始前の設計から活動後の改善までを一つの連続した運営過程として把握する。検討の基本的な順序は次のとおりとする。この順序は本指針の分析上の配置であり、病院における現実の決裁順序または所定の業務フローを表すものではない。

- 一 活動目的、支援対象、活動場所、必要人員、活動内容および関係部署を確認し、企画案と運営計画を構成する。
- 二 活動の趣旨および条件を明示した募集・広報を設計し、応募と照会への対応を整理する。
- 三 適合性の確認、受入れ、登録、研修ならびに必要な健康管理関連事務補助を整理する。
- 四 活動需要、活動員の参加可能時間、意向および確認済みの活動要件を踏まえて配置・日程調整を検討する。
- 五 日々の活動確認、相談受付、欠員・変更への対応および関係部署との連絡を支える。
- 六 来院者対応、院内図書室および院内行事の支援に伴う役割分担と安全上の境界を確認する。
- 七 活動記録、報告、表彰等の事務を整理し、患者サービスの評価と業務改善に知見を還元する。

(3) （企画および運営の実行可能性）

業務企画においては、支援の必要性の把握と、実際に提供できる活動の構成を区別し、次の観点を併せて確認する。

- 一 支援需要の把握。患者・来院者の状況、院内各部署の要請、活動員の経験および利用可能な人的・物的資源に関する情報を検討する。
- 二 実行可能性の確認。役割権限、活動場所、時間、安全条件、研修・健康管理上の要件、連絡経路、記録負担および欠員時の代替手段を検討する。
- 三 企画と実績の照合。前二号の条件を確認可能な項目として整理し、企画段階の見込み

¹東京大学医学部附属病院「医療運営課 特任専門職員〔特定有期雇用教職員（常勤）募集〕（2026年8月19日公表）。<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/syokuin/20260819-1.html>。本指針の職務対象に関する記述は、原則として同公表情報を基礎とする。病院名称の改称については東京大学病院「病院名称変更に関するFAQ」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/about/faq/>を参照。

と日常運営の実績とを相互に検討できる状態を目指す。

個別の要件および優先順位は、病院の正式な規程と関係部署の判断に従って確定される。

(4) (活動目的、企画目的、募集目的および運営目的の区別)

本指針は、ボランティア活動の存在意義と、個別企画、募集、日常運営の目的を異なる判断対象として整理する。第一に活動の存在意義は、患者・来院者への適切な支援、市民の自発的参加、相互理解および社会的なつながりを考察する水準である。第二に企画目的は、病院の具体的な必要、施設、時間、関係部署および安全条件の下で、どのような支援活動を設けるかを正当化する。第三に募集目的は、既に検討した活動と、参加を望む人の意向・能力・生活条件との適切な接続を形成する。第四に運営目的は、成立した支援関係を安全かつ持続可能に維持し、経験に応じて修正することにある。各目的は相互に連動する一方、参加人数や実施回数の増加だけで同一に評価しない。この四区分は執筆者による本指針の方法論上の整理である。

(5) (患者と活動員の双方に対する配慮)

患者および来院者の尊厳、安全、意思および適切な支援へのアクセスは、活動設計と日常運営における基本的な判断事項である。同時に、ボランティア活動員は、自らの意志、生活上の事情、能力および活動の動機を有する主体として扱う。支援需要の充足、活動員の参加可能性および活動の継続可能性は、相互に調整を要する条件である。本指針は、活動員を単なる補充可能な労働力として取り扱うことによる関係上の不利益を意識し、参加意向の確認、適切な負担配分、相談機会の確保ならびに活動内容の説明を、企画と調整を支える重要な要素として位置づける。

(6) (権限分界および専門職との連携)

ボランティア関連業務と患者サービス補助を検討する際には、活動員、調整担当者、医療専門職、関係部署および病院の管理権限者の役割を区別する。特に健康チェック、抗体検査および予防接種等に関する事務補助は、公表募集要項に記された案内、日程調整、記録整理等の範囲を検討対象とし、医学的評価、診断、接種の適否判断その他の医療判断を本指針の事務手続案から除外する。車いす利用者の支援を含む院内サービスについても、本人の意向、当日の安全状況および院内で許容される活動範囲の確認を前提とする。権限や安全性に疑義がある場合に担当者が単独で判断を完結させないための照会・連携経路を、後続の各業務章で検討する。

(7) (記録、説明可能性および知見の継承)

本指針は、必要な事務記録を、業務の経過を再確認し、引継ぎと改善に利用するための実務的基盤として位置づける。活動の需要、配置、変更、実施状況および相談対応等の記録について、作成目的、記録項目、閲覧・変更権限、保存場所、保存期間ならびに廃棄の条件を検討する。記録の詳細度は、患者・活動員の権利および情報の機微性に照らして必要な範囲に限定する。記録が存在すること自体を適切な支援の証明とみなさず、活動の質、本人の経験および記録に現れにくい事象を併せて吟味し、属人的な経験を後任者にも参照可能な知見として蓄積することを目指す。

(8) (証拠基盤型判断の導入と限界)

業務改善においては、活動実績、相談内容、関係部署の意見および利用者の経験等、適法かつ適切に取得された情報を吟味する。Evidence-Based Management (EBM) および Evidence-Based Policy Making (EBPM) に関する方法を参照する際は、少なくとも次の問題を区別する。

- 一 帰納の問題。過去の観測から将来の妥当性が論理的に保証されるわけではない。

- 二 人間性疎外。標準化や量化の運用によって、本人の意思、対話および関係の質が周辺化され得る。
- 三 責任の分散。証拠の生成、判断、承認および実行が別々の主体に配分され、責任の所在が曖昧になり得る。
- 四 証拠の時間・状態依存性。観測時の制度、人的配置、サービス需要およびシステム状態を十分に復元できない場合がある。
- 五 主体の物象化。人の表象が流通・配分の単位として固定され、その表象に基づく決定が現実の関係を変化させ得る。

各項目の哲学的・方法論的根拠は第6章で区別して検討する。証拠は判断を支えるものであり、権限を有する者の説明責任や患者・活動員への具体的配慮を代替するものではない。

(9)（数理的調整手法の補助的位置づけ）

活動配置および日程調整では、実務上の必要性和導入可能性を確認したうえで、候補計画の作成に数理的手法を利用する可能性を検討する。設計上の区分は次のとおりとする。

- 一 候補案の構成。二部マッチング、数理最適化、制約プログラミングおよび欠員時の再配置等を比較する。
- 二 遵守を要する条件。効率性の向上との交換を許容しない条件として、次の事項を確認する。
 - イ 本人の参加意思、参加不能時間および活動資格。
 - ロ 患者安全、活動区域の許可および必要な専門的判断・承認。
- 三 解が存在しない場合の対応。不足人数と競合する条件を明示し、担当部署と協議して対応を決める。
- 四 人間による確認。数理モデル上の活動員の表現と本人の人格的・関係的な実在を区別し、配置案の利用は正式な運用権限に従う。

本指針の検討段階では、実在する患者情報または未公開の院内情報を入力とする運用を想定しない。

(10)（本指針の目的と正式な業務運用との関係）

本指針が目指す成果は、公開情報を手掛かりとして業務の目的、確認事項、判断の分岐、連絡の順序および記録方法を説明可能にすることである。本指針に示す手続、判断基準、様式または情報技術の利用案は、執筆者による暫定的な検討結果として扱う。実際の業務における適用の可否、権限分担、情報処理および医療安全上の条件は、適用法令、大学・病院の正式な規程、責任者の指示および現場の判断に従う。これにより、本指針を応募準備のための自己学習資料として位置づけつつ、将来の実務経験と公式資料の確認に応じて改訂可能な構造とする。

1.2. 範囲

(11)（対象業務の区分）

本指針の対象範囲は、2026年8月19日付公表募集要項に示された医療運営課患者支援チームの職務内容を基礎として、次の六領域に区分する。各領域は業務整理上の区分であり、病院が実際に用いる事務分掌または内部組織区分を示すものではない。

- 一 ボランティアの運営・調整。募集、採用、研修の企画・広報・実施、活動状況の管理、相談対応、関係部署との調整、活動記録、報告書作成および表彰等の企画・運営。

- 二 ボランティア活動員の支援。健康チェック、抗体検査および予防接種等に関する案内・日程調整・記録整理等の事務補助、ならびに活動環境の整備。
- 三 院内サービスの補助。来院者の受付案内、院内案内および車いす利用者の支援等。
- 四 院内図書室「にこにこ文庫プラス」の運営補助、ならびに院内行事の支援、企画および運営補助。
- 五 患者サービス全般に関する支援、改善および補助業務。
- 六 医療運営課におけるその他の事務作業。

前各号の列挙は、公表された業務内容を本指針の章立てに接続するための整理である。個々の作業の実施範囲、決裁権限、担当者および実施時期は、病院の正式な業務分担により確認される。

(12)（企画および受入れに関する業務範囲）

ボランティア活動の企画に関する検討は、活動目的と支援需要の整理、活動内容および役割境界の設定、必要人員の見積り、関係部署との事前調整、活動条件の明示、年間・月間計画の作成、募集方法の選択、応募受付ならびに受入れ後の導入過程を含む。選考および登録については、必要な確認事項、照会先、記録項目および本人への説明内容を整理する。応募者の受入可否その他の正式な人事・活動参加上の決定については、病院が定める権限主体による判断を前提とする。本指針に示す選考項目または手続案は、病院における現行の基準として扱わない。

(13)（配置、日程調整および日常運営の範囲）

活動の配置および日程調整は、活動場所別・時間帯別の需要、活動員の参加可能性、本人の意向、研修・活動要件、関係部署の受入体制ならびに安全上の制約を確認する過程を対象とする。日常運営は、出欠および活動実施状況の確認、事前連絡、変更・欠員への対応、代替配置の検討、活動終了後の報告および次回活動への引継ぎを含む。病院固有のシフト表、配置ルール、運営システムおよび承認経路の存在や内容については、本指針の作成時点で未確認の事項として扱い、具体的運用を仮定しない。

(14)（活動員への支援の範囲）

活動員の支援は、参加前後の説明、相談への応答、活動に伴う困難の把握、関係者間の連絡調整、必要な環境整備、継続的な活動参加への配慮および活動実績の適切な記録を対象とする。公表募集要項に記載された健康管理関連業務については、健康チェック、抗体検査、予防接種等に係る案内、日程調整および記録整理等の事務補助を検討範囲とする。医学的な適否判定、検査結果の臨床的解釈、感染管理上の専門判断その他医療職の権限に属する行為は、当該事務補助の範囲に含めない。健康に関する個人情報取得・閲覧・保存は、必要性和取扱権限を個別に確認すべき事項とする。

(15)（患者・来院者サービスの範囲）

患者・来院者に関する対象業務は、受付案内、院内の目的地への案内、車いす利用者への支援等、公開募集要項に示された非臨床的なサービス補助を中心とする。院内図書室「にこにこ文庫プラス」の運営補助および院内行事の企画・運営補助については、それぞれの活動の目的、参加者、場所、役割分担、物品管理、連絡経路および安全条件を検討する。直接の支援場面においては、本人の意思、プライバシー、尊厳ならびに具体的な安全状況を考慮する。患者に対する診療上の説明、医療行為、病状判断または身体介助の実施範囲は、所定の権限と病院の指示によって定まる。

160 (16) (関係主体の範囲)

161 本指針が分析の対象とする関係主体は、患者および来院者、ボランティア活動員および
 162 応募者、患者支援チームの担当職員、医療運営課の関係職員、医師・看護師その他の医療専
 163 門職、活動を受け入れる院内部署、ならびに状況に応じて関与する患者の家族等を含む。各
 164 主体は、職務権限、情報へのアクセス、支援を求める立場および当該場面で負う責任におい
 165 て異なる。主体間の関係は、業務場面および時間の経過に応じて変化し得るため、一律の代
 166 理関係、指揮命令関係または情報共有権限を前提としない。具体的な権限関係は公表資料お
 167 よび正式な院内規程に照らして確認する。

168 (17) (場所的および時間的範囲)

169 本指針が主として想定する場所は、公表募集要項に勤務地として示された東京大学医学
 170 部附属病院の外来診療棟、中央診療棟1・2およびボランティアルームである。個々の活動の
 171 実施場所、立入範囲、移動経路、施設の利用条件および安全上の手続は、当該施設の最新の案
 172 内および病院の指示によって確認する。また、募集要項に記された勤務日・勤務時間は募集
 173 職位の雇用条件であり、すべてのボランティア活動員の活動可能日・時間を当然に示すもの
 174 ではない。時間帯別の活動需要と活動員の参加可能性は、実際の運営条件が確認された段階
 175 で個別に取り扱う。

176 (18) (横断的手法の検討範囲)

177 業務の企画、運営および改善を支える横断的手法として、活動記録と報告、患者サービ
 178 スの質的・量的評価、Evidence-Based Management (EBM) および Evidence-Based Policy Making
 179 (EBPM) に関係する判断方法、ならびに配置・日程調整の数理的手法を検討対象に含める。二
 180 部マッチング、整数計画、制約プログラミングおよび動的再配置等は、所定の安全条件と活動
 181 員の意向を尊重する候補案作成の手段として位置づける。これらの手法の適用可能性は、必
 182 要情報の取得可能性、入力 of 妥当性、利用目的、担当者の説明責任および運用負荷を踏まえ
 183 て検討する。アルゴリズムの利用や評価結果に基づく運営変更は、病院による導入決定また
 184 は承認を前提とする。

185 (19) (情報管理および法制度に関する検討範囲)

186 本指針は、個人情報保護、医療情報の取扱い、記録の管理、情報システム利用および情
 187 報の二次利用に関する規範を、業務上の注意事項を整理するための検討対象に含める。「医療
 188 分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報及び仮名加工医療情報に関する法律」（次世
 189 代医療基盤法）についても、医療情報の利活用に関する法制度の一例として後続の節で扱う。
 190 ただし、当該法制度に関する解説は、患者支援業務の担当者に医療情報の独自取得、加工、第
 191 三者提供または研究利用の権限があることを意味しない。本指針の試作・検討には、公表情
 192 報および架空・合成の事例を原則として用いる。

193 (20) (資料の根拠と適用上の留保)

194 本指針の記載事項は、根拠および確認可能性に照らして次の三種類に区分する。

- 195 一 公表事実。募集要項その他の病院・大学の公式公開資料に記された事実。
- 196 二 一般的根拠。公開された法令、行政指針および専門文献に基づく一般的な説明。
- 197 三 執筆者の分析・提案。仮定、運営案、分析枠組みおよび数理モデル。

198 第三号は病院における実施事実、承認済み手順または標準的実務として提示しない。未確認
 199 の内部規程、担当部署の権限、患者記録の取扱いおよび医療安全上の判断については公開情
 200 報のみから確定しない。実務に適用する際は、有効な法令、正式な学内・院内規程、権限者の
 201 指示および必要な専門的判断を確認する。

1.3. 目標

(21) （目標の区分と判断単位）

本項にいう「目標」は、本指針を準備するための執筆上の到達目標と、業務運営を検討するための参考目標とを区別して用いる。前者は執筆者が公開資料に基づき自己準備として達成を目指す事項である。後者は、病院が正式に設定した達成目標または職員の業績評価基準を意味せず、将来の業務内容、権限および資料利用条件が確認された場合に検討し得る運営上の方向性である。目標の記述にあたっては、誰の、何についての、どの時点における目標かを明示し、個人の学習目標、患者サービス上の望ましい状態および組織の決定事項を混同しない。

(22) （初期段階の資料整備目標）

自己準備の初期段階においては、募集要項、病院の理念・患者の権利に関する公開方針、ここにボランティアの募集・活動案内、および関係する公開法令・行政指針を出典付きで整理する。そのうえで、業務対象、関係主体、権限確認を要する事項、必要な情報、主要な手続の分岐および例外事象を同定する。未確認事項は、確認済み事実から分離した照会事項として記録する。資料の充足度は収集文書数のみで測らず、具体的な企画、募集、受入れ、配置および患者案内の場面で、必要な確認先と判断の留保を明示できるかによって吟味する。

(23) （活動企画および年間運営計画の整備目標）

活動企画については、活動の必要性、支援対象、役割、参加条件、活動場所、時間帯、受入れ部署、必要人員、研修・安全要件、情報管理および代替手段を、一つの企画単位ごとに相互参照可能な形で整理することを目標とする。年間運営計画は、募集期、受入れ期、研修期、通常活動期、行事期および振返り期など、業務上有用な期間区分を仮に設定して作成する。ただし、当該区分は本指針の計画上の試案であり、病院の確定した年間日程を示さない。企画の採否を検討する際は、需要の存在だけでなく、提供可能性、活動員の負担、患者安全および担当部署の受入可能性を併せて確認する。

(24) （募集、受入れおよび研修の整備目標）

募集・受入れについては、募集情報の分かりやすさ、参加意向の確認、問い合わせへの一貫した応答、応募資料の必要最小限化、面談および研修への接続、活動開始前の役割理解を重視する。病院が公表する当該年度の応募条件、募集期間、説明会・面談および研修日程は、その時点での公式情報を正として扱い、過年度の条件を機械的に継承しない。活動への参加機会を広げるといふ目標と、参加者および患者の安全を確保するための条件は別個に評価する。応募数の増加のみを募集活動の成果とみなさず、応募から活動開始に至る情報提供の適切さ、納得可能性および継続可能な受入れ条件を検討する。

(25) （配置および日常運営の整備目標）

配置・日程調整については、必要な場所と時間帯に適切な支援を届ける可能性を高めるとともに、活動員の参加意思、活動資格、継続性および負担の偏在を考慮できる計画を目標とする。日常運営においては、事前確認、当日の出欠・変更連絡、欠員発生時の代替案検討、活動終了後の記録ならびに関係部署への必要な連絡が、担当者の交替時にも追跡可能となることを目指す。配置充足率などの数量的指標を試案として設計する場合であっても、本人の同意、不可参加時間、研修・健康管理上の確認要件および院内安全条件を犠牲にして数値を改善することは目標としない。調整アルゴリズムの導入可否は、後続の配置・日程調整章で、運用上の便益と負担を比較して検討する。

243 (26) (患者・来院者サービスの整備目標)

244 患者・来院者への支援では、目的地や必要な手続への到達を助けることに加え、本人の
 245 意思、尊厳、プライバシーおよび安心感が保たれることを重視する。対応の迅速性、待機時間
 246 または案内件数は業務把握に役立つ可能性があるが、支援を受ける者の事情や説明を理解す
 247 るために必要な時間も、サービスの一部である。院内案内、車いす利用者への支援、図書室
 248 の運営補助および院内行事の支援については、活動ごとの安全・権限条件を優先して整理し、
 249 利用者の経験および関係部署の知見に基づいて改善を検討する。

250 (27) (活動員支援および活動環境の整備目標)

251 活動員に対しては、活動内容と期待される役割の明確化、相談しやすい連絡経路、負担
 252 や困難に関する意見の取扱い、研修機会への接続、必要な環境整備ならびに適切な謝意・表
 253 彰の検討を目標とする。個人の事情や参加頻度の差異を、それ自体として意欲または人格の
 254 優劣に読み替えない。活動員の継続参加に関する分析は、退出や参加減少の理由を単一の指
 255 標から推測せず、本人に説明の負担を強制しない範囲で、運営上改善し得る条件を把握する
 256 ために用いる。健康管理関連事項の取扱いは、所定の権限、必要最小限の情報および関係部
 257 署との連携を前提とする。

258 (28) (記録、評価および説明可能性の整備目標)

259 活動記録と報告は、実施した行為の数量的把握、対応の経緯、未解決事項、関係部署との
 260 調整および改善の根拠を区別して構成する。評価では、投入資源、実施過程、直接の活動実
 261 績、利用者・活動員にとっての結果、および時間を経て現れる影響を概念上区別する。ただ
 262 し、各層の観察可能性と因果推論の許容範囲は異なる。測定できない経験を無視せず、証拠
 263 が得られた時点、場所、活動条件、対象集団および制度的環境を併記することにより、後日の
 264 比較に伴う誤認を抑える。記録体系は、個人情報への過剰収集を避けるため、取得目的と参照
 265 権限を具体的に限定したうえで設計する。

266 (29) (中長期的な改善および引継ぎの目標)

267 本指針の中長期的な整備目標は、公開資料に基づく初期の業務モデルを、追加資料、専
 268 門的助言および実務上の経験によって検証可能な形に保ち、必要に応じて改訂することであ
 269 る。活動企画、募集、受入れ、研修、配置、日常運営、患者サービスおよび評価の間で、情報
 270 と学習結果が適切に還流する構造を検討する。同時に、改善案の導入が新たな事務負担、特
 271 定活動員への依存、責任所在の不明確化または患者との関係の物象化を生じさせ得ることを
 272 評価対象に含める。正式な導入の判断、職員間の分掌、評価基準および実施体制は、病院の権
 273 限者による決定事項として留保する。

274 (30) (目標の評価と留保)

275 本項の目標に対する達成判断は、成果物が存在するかという確認と、その成果物が現実
 276 の業務判断に役立つかという検討とを区別して行う。例えば、配置案の自動生成に成功した
 277 場合でも、活動員の意思や安全条件を適切に表現できないならば、その結果は実務上の達成
 278 を意味しない。また、患者サービスの改善を示す集計値が得られた場合でも、原因、対象集
 279 団、測定時点および同時期の環境変化を検討するまでは、当該活動の因果的成果と断定しな
 280 い。目標は現実の状況と関係者の意見を踏まえて再検討されるべき作業上の指標であり、個
 281 々の人の価値を評価する尺度として用いない。

1.4. 準拠する規範および業務目標

(31)（本項の位置づけ）

本項は、本指針の作成目標（§1.3）と区別して、病院の業務に関わる公表済みの理念・方針、法令上の要請、職務に関する公開情報、および執筆者が採用する倫理的検討枠組みを整理する。各資料は同一の法的効力や運用上の地位を持たないため、その出典、発信主体、時点、対象範囲および拘束力を区別する。ここでの整理は個人による参照体系の試案であり、大学・病院における正式な規範の優先順位、決裁体系または内部方針を確定するものではない。

(32)（病院の理念および公表目標）

病院の公式公開資料は、臨床医学の発展と医療人の育成に努め、個々の患者に最適な医療を提供することを理念として掲げる。また、患者の意思を尊重する医療、安全な医療、先端医療の開発、優れた医療人の育成および働きやすい職場環境を目標として示している²。本指針が扱う非臨床的な患者支援活動は、これらの理念との整合を検討すべき場面を持つ。とりわけ患者の意思の尊重、安全および支援に関わる者の活動環境は、サービスの迅速性や活動件数と併せて考えるべき基準となる。ただし、病院の公表目標から特定のボランティア配置手順や評価指標が一義的に導出されると解することはできない。

(33)（患者の権利と支援上の配慮）

病院は、患者が自らの情報を得ること、質問や意見を述べること、自らの意思で医療を選択すること、尊厳と人格および情報とプライバシーを守られること等を、公表された「患者さんの権利と責務」に示している³。本指針では、案内や補助を申し出る際にも本人の意思を尊重し、提供する情報の正確さ、質問への適切な応答、拒否・保留の意思を表明する機会および不必要な個人情報の聴取回避を、検討上の基礎とする。これらは病院が公表した患者の権利を、非臨床的支援場面においてどのように尊重し得るかについての執筆者の運用上の整理であり、病院の承認済み詳細手順を示すものではない。

(34)（にこにこボランティアの公開活動情報）

病院が公表する「にこにこボランティア」の案内には、受診手続の補助、院内ガイド、車いす利用者への支援、院内行事の補助および院内図書室の運営等が挙げられている。また、令和8年の募集案内には、活動日・時間帯の選択、応募条件、説明会・面談および研修に関する情報が記載されている⁴。本指針は、この公表情報を企画、募集、受入れ、研修および配置の検討における具体的参照点とする。公開された募集条件を本指針の提案により緩和・追加したものと取り扱わず、具体的な活動については最新の公式案内と関係部署の指示を確認する。

(35)（法令、学内規程および業務上の指示）

業務に法的・組織的な規律が及ぶ場合には、当該時点で適用される法令、大学・病院の有効な規程、権限を有する担当者の指示および個別業務に係る承認条件を確認する。個人情報保護、医療安全、感染対策、施設利用、労務上の取扱いおよび苦情対応等は、それぞれ異なる担当権限と専門的判断を必要とし得る。本指針は、公開されていない規程の内容を推定して補充せず、一般的な法制度の説明と病院固有の運用との間に確認事項を残す。複数の規範・指示が競合する場合に、本指針の独自判断で適用順序を確定することは避け、所定の責任者および担当部署への照会を前提とする。

² 東京大学病院「理念・目標・沿革」。<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/about/rinen/>。

³ 東京大学病院「患者さんの権利と責務」。<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/kenri/>。

⁴ 東京大学病院「にこにこボランティア募集」（令和8年）。<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/volunteer/>。活動内容の概要は「にこにこボランティア」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/cooperation/volunteer/>も参照。募集条件と日程は年度および改訂時点によって変わり得る。

(36) （自発性、相互尊重および支援関係の倫理）

ボランティア活動は、参加者の自発的意思と、支援を受ける者の意思とが交差する関係の中で成立する。本指針は、本人の参加可能性、活動への同意、活動内容の理解、必要に応じた相談・休止の機会を、活動の継続可能性を支える倫理的条件として扱う。支援関係においては、患者や来院者を受動的なサービス対象として一律に表象せず、また活動員を代替可能な資源としてのみ把握しない。実際の支援の方法は、具体的な生活状況、意思表示、関係者間の相互理解および安全上の条件を踏まえて検討する。これらの立場は執筆者の倫理的検討枠組みを含み、病院の明文化された独自の倫理規程であると主張するものではない。

(37) （患者安全と非臨床業務の境界）

患者安全に関する事柄は、業務の効率性、人的資源の節約またはアルゴリズムによる配置上の便益と単純に交換できる目的変数として扱わない。案内、移動支援、健康管理関連の事務補助等の各場面では、病院により認められた活動範囲、研修・資格上の要件、医療専門職との連絡経路および当日の具体的状況を確認する。医学的判断、患者の状態変化への専門的評価、感染対策上の決定その他の専門権限を要する行為については、担当者が自己の権限を超えて判断することを予定しない。事故・急変・予期しない事象が発生した場合の実際の報告経路と初動手続は、病院の有効な定めに従って確認される。

(38) （情報管理および二次利用の境界）

活動員の連絡先、参加可能性、健康管理関連の情報、患者・来院者に関する情報、および日常の運営記録は、それぞれ取得目的、取扱権限、機微性および適用規範が異なる。記録の有用性を理由として、取得・閲覧・保存・第三者提供の範囲を無限定に拡大しない。情報の二次利用に関する法制度の一例として次世代医療基盤法を後続の章で検討する場合も、同法を患者支援担当者の自由なデータ利用権限の根拠として扱わない。公開情報を用いる本指針の研究・試作と、患者や活動員に関する実際の業務データの取扱いは、別個の手続と権限に服するものとして区別する。

(39) （証拠基盤型判断と時空間的な適用条件）

Evidence-Based Management および Evidence-Based Policy Making に関係する方法は、業務上の判断を説明・検証可能にする参考枠組みとして扱う。活動量、利用者の声、配置状況その他の証拠については、観測の時点、対象、収集方法、活動条件および当時の制度・組織環境を可能な限り明示し、その適用可能な範囲を限定する。とりわけ過去から将来への推論の限界、量化・標準化による人間性疎外、判断連鎖における責任分散、過去のシステム状態の復元困難性、および表象による主体の物象化が運営に還流する可能性を継続的に吟味する。これらは証拠の利用を停止する一般的理由ではなく、証拠を用いる判断の条件と説明責任を明確にするための検討課題である。

(40) （複数目標の緊張と調整）

患者・来院者の安全と意思の尊重、必要な支援へのアクセス、活動員の自発性と負担の適正、関係部署の運営可能性、限られた人員・時間の有効利用、ならびに記録・情報管理上の負担は、現実の企画および配置において緊張し得る。各目標は性格を異にするため、単一の総合点にすべてを換算して配置の適否を決めることには限界がある。本指針は、守るべき安全・権限上の制約と、事情に応じた調整の余地を持つ目標とを区別し、判断理由と留保を説明可能な形で残す方法を検討する。判断権限や優先順位が明確でない場面では、当事者間の確認および権限者への照会を組み込む。

(41) （公的根拠と個人提案の接続）

本指針における資料間の接続は、公開された事実と適用規範を出発点とし、その上に運営上の解釈、代替案および検証方法を提案する順序で行う。公表資料に書かれている事項、公表資料から合理的に推測し得るが未確認の事項、および執筆者が独自に提案する事項は、それぞれ明示的に区別する。引用した病院の理念や患者の権利が、特定の数理モデル、評価指標または手続様式の公式な採用を意味すると読み替えない。これにより、正式な病院運営への敬意と、応募者としての自主的な業務理解・改善案の提示とを両立させる。

1.5. 本指針の性格

(42) （個人参照用作業ノートとしての性格）

本指針は、執筆者が個人として作成する応募・選考準備のための作業ノートである。病院または大学から作成を委託された文書、承認された業務マニュアル、内部通達、正式な監督指示または職員への業務命令ではない。病院の名称、公開された職務内容および参考文献の引用は、検討対象と出典を特定するために行う。執筆者の雇用上の地位、病院の制度・手続および組織的見解を、これらの引用によって推定してはならない。本指針の参照には、表紙の倫理開示に記した留保を伴う。

(43) （条項形式の意味）

本指針は、目的、対象、条件、確認事項、行為の順序および例外の分岐を明確化するため、条項番号と条文に類する記述形式を採用する。この形式は、読み手が参照箇所を特定し、相互関係を確認しやすくするための表現上の選択であり、法令上の効力または病院内部における拘束力を付与するものではない。「確認する」「要する」「優先する」等の文言は、引用された上位規範の内容を明示している場合を除き、執筆者が試案として採用する手続上・倫理上の要請を意味する。実務上の義務や承認条件の判断は、各事項の正式な根拠に従う。

(44) （根拠資料の三類型）

本指針の記述は、確認可能性と作成主体に着目して次の三類型に整理する。

- 一 公的な公開資料により直接確認できる情報。病院、大学その他の公的機関の公式資料を中心とする。
 - 二 一般的な制度説明・学術的知見。法令、行政指針および専門文献に依拠する。
 - 三 執筆者の独自構成。運営上の仮定、手続案、評価指標、数理モデルおよび解釈を含む。
- 異なる類型が同じ段落に現れる場合には出典表示、条件づけまたは明示的な区別を行う。典拠が不明確な事項は確認課題または検討仮説として扱う。

(45) （未確認の内部事項）

病院内部の正式な業務分掌、決裁経路、記録様式、システムの利用権限、ボランティア活動員の個別情報、健康管理手続の詳細、緊急連絡経路および配置運用上の優先順位について、本指針は公開されていない内容を補作しない。公開された募集案内により活動の存在が確認できる場合も、日々の実施人数、各時間帯の必要人員、実際の活動場所または承認済みの担当範囲までは推定しない。未確認事項を前提とする例示は、仮定を明示し、病院の現行手続と読み違えられない形で提示する。

(46) （事例、様式および数理モデルの使用条件）

後続の業務章で示す事例、フローチャート、チェックリスト、業務様式、活動需要表、シフト表および最適化モデルは、原則として方法の説明と検証のための試作物である。例示に

使用する氏名、活動時刻、必要人数、参加条件、欠員数、評価値および業務上の記録は、公式公開資料によって確認されたものを除き、架空または合成の情報として明示する。試作物における動作の確認は、病院での導入の承認、患者安全の検証、情報管理上の適法性、あるいは現場における有効性を直ちに意味しない。

(47)（技術的補助手段と責任の所在）

文書作成支援、集計、検索、活動配置および調整案の作成において、表計算、数理最適化、ソフトウェアまたは生成 AI を補助手段として検討することがある。技術的出力は、入力資料の正確さ、前提の妥当性、時間的条件、制約の網羅性およびモデルの目的設定に依存する。本指針は、技術的手段による提案と、権限者による採否判断とを区別し、判断の根拠、修正過程および責任主体が追跡可能であることを重視する。実在する患者・活動員の情報を外部サービスまたは未承認の実験環境へ投入する利用は、本指針の試作範囲に含めない。

(48)（標準化と個別的判断の関係）

標準化された手続は、確認漏れの抑制、担当者間の情報共有、引継ぎおよび説明可能性の向上に資する。他方、患者・来院者およびボランティア活動員の事情には、記録欄や評価指標に収まりきらない個別性がある。本指針は、標準化を判断の足場として用い、表象された個人を固定的な属性や配置可能性の数値と同一視しないことを基本姿勢とする。形式上同じ条件を満たす事例であっても、本人の意思、当日の環境および関係者の経験によって適切な対応は異なり得る。例外的判断を行う際には、安全上の条件と権限の範囲を確認し、必要な理由と連携の経緯を記録する。

(49)（継続的改訂および版管理）

本指針は、参照した公表資料の改訂、法令・指針の変更、業務対象の再定義、記述上の誤りの発見、または検討方法の限界が明らかになった場合に改訂する。改訂時には、改訂日、対象箇所、変更理由、参照資料の時点および未解決事項を、必要に応じて版管理記録に残す。既に参照した資料を後日再確認した場合も、旧版において何が確認され、何が仮定されていたかを追跡できる状態を保つ。応募・選考準備を目的とする本指針の改訂は、病院の正式な文書改訂手続とは別個である。

(50)（後続章との接続と利用上の留保）

本章の目的、範囲、目標、参照規範および作業ノートとしての性格は、後続の各章を読むための共通前提を成す。業務ごとの検討では、まず何を行うための手続かを定め、次に誰が関係し、いかなる根拠・権限・安全条件のもとで実行し得るかを確認し、そのうえで企画、運営、記録、評価および改善の方法を扱う。必要な情報が存在しない場合は、判断不能な事項を明示して照会または資料確認に戻る。これにより、個々の業務方法を断片的な作業一覧としてではなく、患者の尊厳と安全、活動員の主体性、組織的責任および実務上の実行可能性が相互に関わる一つの運営体系として記述する。

2. 病院の組織的背景および患者支援業務の位置づけ

2.1. 大学病院としての制度的環境と公表方針

(51)（本章の目的と資料の範囲）

本章は、患者支援とボランティア調整に関する一般的な方法論を、東京大学病院における具体的な制度史、組織配置、活動場所、募集条件および公開された運営方針に照らして限定し、後続の企画・募集・配置・評価に必要な事実上の前提を構成する。主要資料には、病院の「理念・目標・沿革」、2025～2026 年度の行動計画、事務部・患者相談部門の公開案内、「に

ここにボランティア」の活動・募集案内、および患者学習センター・にここに文庫の施設案内を用いる。時点が異なる文書の記述を同時期の現況として合成せず、変遷の記録、現在の公表条件および執筆者の運営上の考察を区別する。

(52) (大学病院の複合的使命)

病院が掲げる理念は、臨床医学の発展と医療人の育成に努め、個々の患者に最適な医療を提供することにある。公表された目標には、患者の意思の尊重、安全な医療、先端的医療の開発、医療人の育成および働きやすい職場環境が含まれる⁵。本指針の対象となる非臨床的な支援は、この複合的使命に囲まれたサービス環境の一部である。患者の移動と受診の円滑化、安心して質問できる接遇、活動員が無理なく参加できる環境などを検討する際には、単なる処理件数に加え、診療・教育・運営の他の目的との接続と境界を明示する。

(53) (2025～2026 年度行動計画との接続)

病院の「東大病院の目指す方向 2025～2026 年度版」は、診療、研究、教育・研修、人事・労務および運営の五領域を扱い、二年単位のアクションプランに中間評価と最終評価を組み込むことを述べる。また、運営領域では、接遇、患者療養環境、医療 DX および病院重要業績指標（KPI）に関する取組を掲げている⁶。本指針は、こうした組織全体の改善志向を参照しつつ、ボランティアの実際の評価指標や決裁方法が既に同計画によって定められているとは推定しない。個別業務の目標・証拠・改善提案は、所管と権限を確認して初めて組織計画との具体的対応が生じる。

(54) (病院規模と支援需要の推測限界)

病院の 2025 年度公表値によれば、外来患者の延べ数は 630,543 人、外来の一日平均は 2,574 人である⁷。これらは院内案内等の支援が比較的大きな来院流量の下に置かれることを理解するための背景情報となる。ただし、延べ患者数はボランティアによる支援希望者数、各時間帯の待機人数、車いす支援の需要量または適正配置人数と同一ではない。部署別・時刻別の業務設計に用いる需要の推定には、観測対象、計測位置、曜日・季節、診療運営の変更および取得権限を別途定義する必要がある。

2.2. 医療運営課および患者サービス機能の位置づけ

(55) (事務部における医療運営課の機能)

病院の事務部は、公開説明上、七課のチーム制によって構成され、医療運営課は入院・外来・中央診療に係る運営、地域医療連携、患者サービスおよび診療録の管理運用等に係る業務を担う⁸。したがって患者支援の仕事は、志願者のみで閉じる独立事業として理解するより、診療事務および関連部署の連絡・調整を要する機能として位置づけることが適切である。もっとも、公開された課の職掌だけから、個別のボランティア配置決定権、健康情報の閲覧権または各現場への指示権が導かれるわけではない。

(56) (公募職位の所属と担当業務)

2026 年 8 月 19 日付の公募では、所属を「医療運営課 患者支援チーム」とし、ボランティア募集・採用・研修、活動状況の管理、相談対応、関係部署との調整、健康管理に関する事

⁵ 東京大学病院「理念・目標・沿革」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/about/rinen/>（2026 年 10 月 8 日確認）。

⁶ 東京大学病院「東大病院の目指す方向 2025～2026 年度版」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/about/houkou/>（2026 年 10 月 8 日確認）。本資料は病院全体の行動計画であり、ボランティア活動に固有の KPI を公表するものとして引用しない。

⁷ 東京大学病院「患者数」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/about/kanjasu/>（2025 年度公表値、2026 年 10 月 8 日確認）。

⁸ 東京大学病院「事務部」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/depts/jimu/>（2026 年 10 月 8 日確認）。

務補助、院内案内、図書室・行事の支援、患者サービス改善およびその他の事務作業を職務内容としている⁹。本指針は、これを職務の対象を同定する第一次資料とし、後続の業務章の範囲と優先的学習課題を設定する。公募の列挙順は業務の法的優先順位を示すものとは解さず、安全、募集時期および日々の支援需要に応じた具体的配列を検討する。

(57)（患者相談・臨床倫理センターとの関係）

病院が公開する「患者相談・臨床倫理センター」の案内では、患者相談対応チーム、患者サービスチームおよび臨床倫理コンサルテーションチームが区別されている。そのうち患者サービスチームについて、患者の声を関係部署に伝えること、院内ボランティア活動の管理および院内コンサートの企画運営等を担うことが説明されている¹⁰。この公開説明と前項の公募は職務上の接点を示すが、両者のチーム名称、所管の階層および個別の指揮命令関係が完全に一致するかは公開記述のみでは確定しない。企画・苦情・相談事案では、医療運営課の事務系統と、患者相談・サービスに関する診療運営上の機能を混同せず、所定の調整経路を確認する。

(58)（患者相談、サービス改善および倫理相談の区別）

病院の公開された患者相談・臨床倫理センターの説明では、患者相談対応チームが診療科とのコミュニケーションと意思決定の支援に関わり、患者サービスチームが院内ボランティア活動の管理や患者の声の伝達等を担う。臨床倫理コンサルテーションチームは主に医療従事者からの臨床倫理上の相談に助言する¹¹。患者や活動員から最初に話を聞いた主体と、案件を正式に受領して処理する主体とは一致するとは限らない。例えば診療内容への異議、一般的な案内改善の要望、判断能力をめぐる臨床倫理上の相談では、判断事項、本人に説明する内容及び共有可能な個人情報範囲が異なる。相談を恣意的に「軽微なサービス要望」と読み替えず、患者本人の希望と差し迫る危険を確認し、所定の窓口への接続を検討する。これらの分類と連絡順序は執筆者の提案であり、内部の案件区分・決裁を代行しない。

2.3. にこにこボランティアの成立史と活動の展開

(59)（1994年の導入と成立事情）

病院の公開沿革によれば、「にこにこボランティア」は1994年7月の新外来診療棟開設とともに患者サービスの一環として導入された。発足当初には接遇の専門家を含む外部の協力があり、外来ガイドが主たる活動であった¹²。したがって本活動の歴史を、現代的な人員最適化やデジタル受付の需要から遡及的に説明することは適切でない。むしろ、外来診療の新しい空間、接遇の必要性、市民参加および病院職員の認識の変化が交差した歴史的な形成過程として位置づける。この形成史は本指針の関係論的解釈であり、病院が採用した理論的公式説明ではない。

(60)（志願者導入と職員意識の歴史的変化）

病院の公開沿革は、1994年7月の導入時に外来ガイド等の活動が始まり、ボランティアの参加によって職員の意識が大きく変わった旨を明記する¹³。これは、志願者の作用を案内件

⁹ 東京大学医学部附属病院「医療運営課 特任専門職員〔特定有期雇用教職員（常勤）〕募集」（2026年8月19日）<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/syokuin/20260819-1.html>。資料公表時の病院名称を保持した。

¹⁰ 東京大学病院「患者相談・臨床倫理センター」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/depts/soudan/>（2026年10月8日確認）。

¹¹ 東京大学病院「患者相談・臨床倫理センター」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/depts/soudan/>（2026年10月8日確認）。

¹² 東京大学病院「にこにこボランティア」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/cooperation/volunteer/>（2026年10月8日確認）。同ページの制度沿革および活動一覧に基づく。

¹³ 東京大学病院「にこにこボランティア」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/cooperation/volunteer/>（2026年

数などの直接的なサービス出力に限定せず、職員と来院者、志願者と職員、志願者相互の関係を通じた組織学習の可能性も検討する理由となる。もっとも、歴史的記述から変化の大きさ、個々の原因または現在の活動の効果を定量的に推定することはできない。

(61) （活動範囲の歴史的変化）

病院の公開案内は、1996 年から院内学級の送迎及び患者図書の貸出、2003 年 4 月から小児病棟における子どもの遊び相手等へ活動が展開した歴史を記す。同じ公開ページの活動一覧は「院内学級の教室と病室の送迎」「小児病棟でのこどもの遊び相手」に現在対応中止の注記を付している¹⁴。したがって、① 歴史上の導入、② 公開一覧に掲げられた活動の類型、③ 現在受入れ・実施される具体的な業務、④ 将来の再開の可能性という四種類の命題を区別する。将来の再開や新企画は、公表された歴史、利用者需要及び理念のみから当然に導かれず、感染対策、対象者の安全、担当部署の受入れ能力、本人の希望並びに正式な承認を条件として検討する。

(62) （活動名称と接遇の文化）

病院の説明では「にこにこ」という名称は、笑顔による応対を重視する姿勢に由来する。接遇に関するこの歴史的・文化的説明は、現在の業務設計において、情報の正確性だけでなく、来院者が質問しやすい雰囲気、本人の不安に配慮した説明、および活動員の尊厳を保つ支援環境を検討する足場となる。他方、笑顔や好意を形式的に強制し、感情表出の様式によって活動員を過度に査定することには慎重であるべきである。この留保は名称の公式定義から直接導かれる義務ではなく、接遇と自発性の緊張についての本指針の倫理的検討である。

(63) （参加費用およびボランティア保険）

病院の公開案内によれば、ボランティアの活動に要する交通費・食費等は活動員の自己負担とされ、ボランティア保険に未加入の者については病院の負担で加入することが記載されている¹⁵。これらは参加可能性、募集時の説明、継続参加にかかる負担および事故時の備えを検討するうえで固有の条件となる。ただし、補償範囲、請求手続、個々人の加入状況および個別活動に対する適用の可否は、公表された概略だけから確定しない。実務上の案内は最新の保険条件および所定の担当者確認に従う。

2.4. 令和 8 年度募集・受入れ過程の具体的条件

(64) （募集案内の時点と適用）

2026 年の「にこにこボランティア募集」案内は、活動内容、曜日・時間帯、応募条件、説明会・面談、研修、募集期間、活動開始時期および応募方法を公表している¹⁶。本指針は、同案内を現在公表されている募集設計の事例として取り扱う。その募集期や予定日程を恒久的な年間制度とみなさず、次年度の募集企画、受入れ実務および説明資料に適用する際には都度最新情報を確認する。

(65) （活動時間帯と参加意思の調整）

令和 8 年の公表募集案内は、祝日および年末年始を除く月曜日から金曜日の活動について、次の通常枠を示している。

10 月 8 日参照。職員の意識変化は同院による歴史的記述であり、本指針による独立した因果効果の測定結果ではない。

¹⁴ 東京大学病院「にこにこボランティア」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/cooperation/volunteer/>（2026 年 10 月 8 日確認）。歴史の記述と活動一覧末尾の中止注記を別々に参照。

¹⁵ 東京大学病院「にこにこボランティア」、前掲 URL。費用と保険の記述は同ページに基づく。

¹⁶ 東京大学病院「令和 8 年 にこにこボランティア募集」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/volunteer/>（2026 年 10 月 8 日確認）。以下、本節の具体的条件は同年度の公表資料による。

一 第一枠 8時30分～11時30分。

二 第二枠 9時30分～12時30分。

三 第三枠 12時00分～15時00分。

応募者はその都度、都合に応じて曜日と時間帯を選択でき、学生については二時間枠が可能とされる。配置計画では、公表された選択肢の存在と、個々の活動員が当該枠に参加することへの意思表示とを区別する。数理モデルでは、参加可能枠、実際の参加意思、活動資格および施設需要を別個の入力条件として扱う。

(66)（応募条件と継続参加の時間構造）

令和8年の公開条件には、説明会・面談と研修への参加、健康上の条件、月二回以上の活動、二～三時間の立位活動、三か月以上の継続可能性、年齢および東京大学病院との就業・受診関係に関する条件等が含まれる。これらは同年度に公表された受入条件であり、本指針の独自の選考基準ではない。継続参加の可否は、候補者の一時点での意思のみで確定できず、学業、家庭、健康および制度の変化にも影響される。企画上は応募時の適合性と、活動開始後の継続支援を異なる課題として扱い、本人に不要な私生活上の詳細説明を求める設計を避ける。

(67)（応募書類、説明会・面談および選考境界）

公表資料は、所定申込書の郵送または電子メールによる提出、説明会後の面談、面談結果による受入れの可否、ならびに「書類審査はありません」との説明を併記している。したがって、一般的な採用業務の慣行から書類の点数付け、予備審査や自動スクリーニングの存在を仮定することは適切でない。提出情報の確認、面談日程の案内、受領確認および連絡先管理の事務と、参加の受入判断とは機能上区別される。応募者への通知文案および記録様式を検討する場合も、同年度に明示された説明・手続の範囲と、未公開の内部判断要素を区別する。

(68)（研修および活動開始後の導入）

募集案内では、感染対策および車いす介助等に関する研修が明示され、公開されたFAQは、病院での活動時間が18時間に達するまで先輩ボランティアに同行して院内案内等を学ぶ研修期間である旨を述べる。また、事前研修について別日程を相談できる場合があると説明している。このような導入過程を、単一の講義への出席で終了する手続と理解しないことが重要である。研修の実施日、受講の確認、実地同行の状況、個別活動の可否および正式な認定・承認の関係は、公開情報で確認できる範囲を超えて推定せず、担当者と確認すべき事項として保持する。

2.5. 現場サービスの活動類型と施設的条件

(69)（外来での案内・補助の類型）

病院の公開活動一覧には、院内ガイド、受診に関する記載の補助、予約・精算・会計の案内、再来受付機の操作方法説明、呼出受信機の取扱いに関する補助、視覚障害のある方への支援、車いす介助および院外処方箋FAXの使用案内等が掲げられている¹⁷。これらは利用者からみれば一連の受診過程に連なるが、個々の作業で関係する設備、情報の機微性、必要な説明、身体接触の有無および責任主体が異なる。実務設計では「外来案内」を単一の均質な配置枠として扱わず、活動単位と役割境界を確認する。

(70)（外来活動における時間的集中と業務の異質性）

朝から昼過ぎまでに設定された複数の活動枠は、外来診療棟での案内需要との接点を持

¹⁷東京大学病院「にこにこボランティア」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/cooperation/volunteer/>（2026年10月8日確認）。

つと考えられる。ただし、募集枠が存在することだけから、各時刻の患者到着分布、来院者の支援希望割合または最適な配置人数を直接求めることはできない。例えば再来受付機の利用支援と車いす利用者への対応は、一件当たりの所要時間と必要な技能が異なり得る。活動内容別の需要、所要時間の不確実性、活動員の資格および設備の利用条件を、将来の配置計画における識別可能な要素として残す。

(71) （にこにこ文庫プラスの機能と利用範囲）

公開案内によると「にこにこ文庫+」は、入院・通院患者が閲覧できる図書・学習スペースであり、一般図書、児童書および医学・医療関連資料等を備える。通院患者は室内閲覧が基本であり、入院患者には一般図書の貸出がある一方、医学・医療関連資料は室内閲覧に限定される¹⁸。同施設を単なる物品貸出窓口として捉えると、患者の学習、情報へのアクセス、療養中の時間の過ごし方という複数の目的を取り落とす。業務上は、図書貸出の種類、利用者属性ごとの利用条件、情報案内と医療上の助言の区別を明示する。

(72) （文庫の開室時間と人的資源の制約）

同案内では、中央診療棟2の六階に設置され、月・水・金曜日の10時00分～14時30分を公開開室時間として示す一方、ボランティア要員の不足により閉室する時間帯がある旨を注意書きしている。この記述は、人的資源の確保が患者サービスの提供可能時間に関係していることを示す具体的な公開例である。ただし、閉室の頻度、欠員数、代替要員の配置経路または優先順位は公表されていない。運営上の検討としては、開室可否の告知、勤務可能時間との整合、欠員時に利用者が受ける影響、および他の外来支援との人員競合を確認すべき項目とする。

(73) （院内行事と通常活動との接続）

募集案内にはコンサート等の病院行事補助が、活動紹介には季節行事の支援が掲げられている。行事は定期的な外来案内と異なり、開催場所、準備・撤収時間、参加者数、動線および関係部署が事案ごとに変わり得る。公開資料だけでは、各行事の承認、会場管理、出欠確認、緊急対応、備品調達等の正式な担当を確定できない。本指針は、通常活動における常設的配置と、行事における一時的プロジェクト型配置とを区別し、後続の企画・運営章でそれぞれ必要な確認項目を構成する。

2.6. 公開記録、過年度評価および時間的条件

(74) （病院全体の評価と個別活動の評価）

病院は二年ごとのアクションプランを公表し、2023～2024年度版の最終評価も公開している¹⁹。これは病院全体の運営計画と改善の時間的な基盤を示す。ただし、総合的な自己評価で達成された事項や未達の事項から、ボランティア活動のみの因果的寄与を識別することはできない。患者サービスの個別改善を評価するには、対象業務、介入開始時点、同時に生じた組織変化、実施主体および観測可能な結果を別途定める必要がある。2023～2024年度版の最終評価は、診療、研究、教育・研修、人事・労務及び運営を区分し、担当副院長等による進捗把握と病院執行部による評価を公表している。この公表された評価単位は病院全体の運営上の単位であり、志願者の配置改善の効果測定にそのまま転用できるものではない。例えば多

¹⁸ 東京大学病院「患者学習センター・にこにこ文庫」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/library/>（2026年10月8日確認）。利用区分、所在階、公開開室時間および臨時閉室に関する記述に依拠する。

¹⁹ 東京大学病院「東大病院の目指す方向 2023～2024年度版 最終評価」https://www.h.u-tokyo.ac.jp/about/houkou/2023-2024_final/、および「東大病院の目指す方向 2025～2026年度版」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/about/houkou/>（2026年10月8日確認）。

職種連携の改善と外来案内の待機時間短縮が同時に観察されても、他の制度改革、受診者数及び測定方法の変化を確認するまでは寄与の大きさを同定しない。²⁰

(75)（公開記録間の時点差と状態の再構成）

1994年に始まる活動史、2025～2026年度の病院行動計画、2026年のボランティア募集、および施設案内は、記述目的と時間的範囲がそれぞれ異なる。活動中止に関する注意書き、毎年度の応募条件、案内の更新時点および施設の開室条件は、病院の状態が時間とともに変化することを示している。したがって、過去の実績を現在の配置モデルに入力する場合、出典時点と制度条件を記録し、当時の活動が現在も同様に実施可能だという推論を別途検証する必要がある。この認識上の限界は、後続のEBPM章で扱う証拠の時間依存性およびシステム状態の再構成問題の具体的事例となる。

(76)（公表事実、推論および未取得情報の記録）

本指針では、公式に明記された運営条件を「公表事実」、複数資料を照合して得られる解釈を「分析」、将来実施し得る設計を「提案」として区別する。例えば、文庫の臨時閉室の可能性は公表事実であるが、欠員が発生する曜日の分布や、応援配置により閉室を何割減らせるかは現在の公開資料からは求められない。これらを推定する場合には、適切な許可の下で取得された活動記録または合成事例を使い、仮定と観測を区別する。情報が欠けることを単純に担当者の不備とみなさず、情報を生成・利用することの負担と妥当性も検討する。

2.7. 関係部署、患者および活動員の相互関係

(77)（役割ごとの権限の非対称性）

患者、来院者、活動員、調整担当者、医療専門職、施設管理者および患者相談部門は、同じ支援場面に関与する場合でも、アクセス可能な情報、行為の許容範囲および判断責任を異にする。病院の公開活動一覧に車いす介助があることから、個々の活動員に医学的判断権、設備の操作権限または全ての身体介助を行う資格が当然に生じるわけではない。支援を求めた患者の意思確認、活動員の研修状況、現場の安全条件および専門職への照会の境界は、具体的な活動単位で把握する必要がある。詳細な権限構造は第3章以降で検討する。

(78)（相談内容の性質と連絡先の区別）

活動中に寄せられる相談には、館内の位置に関する質問、手続の理解に関する質問、サービスへの意見、患者の医療内容に関する疑問、活動員本人の活動上の困難等が含まれ得る。これらをすべて単一の相談類型として受付・記録・解決することは適切でない。特に医療内容に関わる疑問や個別の苦情に関しては、病院が公開する相談機能の存在を踏まえ、調整担当者による推測的回答を避け、所定の窓口と担当者につなぐことを検討する。相談の分類や振分けの具体的なルールは内部運用上の確認を要する。

(79)（活動員の自発性と病院の安全管理）

令和8年の募集案内は活動時間の選択可能性を示す一方、説明会・研修、健康および活動継続に関する条件を掲げている。両者は、活動員が自主的に参加する関係と、医療機関が患者・来院者および活動員の安全を確保する関係とが同時に存在することを示す。自主性は活動条件を任意に無視できることを意味せず、安全管理は本人の時間・生活に対する無制限の支配を意味しない。本指針は両者を、参加機会、同意、活動要件、相談と休止、継続可能な負担として具体的に調整する。

²⁰ 東京大学病院「東大病院の目指す方向 2023～2024 年度版最終評価」https://www.h.u-tokyo.ac.jp/about/houkou/2023-2024_final/。2025～2026 年度の計画とは対象期間を区別する。

(80) (病院固有の運営関係と一般理論の接続)

関係性の分析では、活動員、患者および部署を固定された属性の集合としてのみ扱わず、外来受付、案内、図書利用、行事参加などの場面ごとにどのような関係が成立し、どのような支援が可能になるかを検討する。その際、主体の本体論的地位を決定したものとして論じず、公表情報から把握できる関係的構成と、利用者に現れるサービスの様態を区別する。この方法は執筆者が採用する分析上の立場である。病院の歴史と公表制度がすでに提供している知見を置き換えるのではなく、それらを説明し、問い直し、具体的な業務案の検証へ接続するために用いる。

2.8. 病院固有の条件に基づく企画・配置・評価への接続

(81) (活動企画における個別性の保存)

本章で確認した病院固有の条件は、1994年から継続する外来支援の歴史、複数活動枠と本人による選択、段階的な研修、図書室の特定の開室時間と人的制約、院内行事に固有の変動性、ならびに患者相談機能と医療運営課の交差に整理できる。企画書を作成する際には、これらの条件を一般的な「病院ボランティア」の抽象的な想定より優先して参照する。同時に、公開条件の存在をもって個々の患者、活動員または部署の経験を尽くしたものとみなさず、実際の運用で確認を要する事項を残す。

(82) (配置案作成に必要な情報の粒度)

活動配置の数理的な検討を行う場合、時間枠ごとの参加意向、活動類型ごとの必要な技能、活動員の研修・活動要件の確認状況、施設別の開室・受入条件および各部門の需要を、別個のデータ項目として設計する必要がある。募集案内の三つの時間枠を用いた合成データによるモデル試作は可能であるが、実際の配置人数や需要を公開資料から補完してはならない。候補案の作成では、本人が選択しない時間への強制配置、安全要件の緩和および権限不明の活動割当を許容しない。モデルに表現できない事情は、協議と説明の対象として残す。

(83) (施設ごとのサービス継続性の差異)

外来ガイドとにこにこ文庫プラスでは、活動内容だけでなく、サービスを提供できない場合の影響も異なる。外来案内に不足が生じれば、他の窓口・職員への問い合わせの集中や、来院者の移動上の不便が問題となり得る。一方、文庫の開室が難しい場合には、利用希望者への告知と閲覧・貸出の機会の減少が問題となる。後者については公表された臨時閉室の注意書きがあり、前者についての具体的代替運用は確認できていない。したがって全活動の不足を同一の損失点数に換算するより、サービス別の許容される代替行動を先に定める必要がある。

(84) (評価指標の形成と因果判断の留保)

外来案内の件数、文庫の開室状況、募集への応募数、研修の受講状況および活動員の継続参加等は、業務を把握するための候補指標となり得る。ただし、指標の採用可能性は、取得目的、取得権限、測定費用、対象者の負担およびサービスの性質に依存する。開室時間が増えたことをもって患者の学習機会の質が自動的に高まったとは断定できず、応募者数の増加をもって受入れ体制の改善が達成されたとも断定できない。測定対象が管理されることによって人の活動や関係が変化する可能性も、結果解釈の中に位置づける。

指標の変動については、活動員数、活動時間、患者来院数、案内窓口の変更、診療科の配置、感染防止上の制限等による交絡を検討し、比較可能性のない前後差を施策効果と即断しない。観測可能な手続上の成果と、支援を受ける者の経験・信頼・尊厳を単一の合計得点へ還元することには慎重である。目的別に計量指標と当事者の解釈可能な説明資料を配置し、

データ取得前に適切な法的根拠と院内許可を確認する。

(85) （後続章への接続と確認課題）

本章の成果は、公開制度に基づいて業務の具体的な設計課題を識別したことにある。後続の主体・権限章では各機能の責任境界を、倫理・法令章では安全と自発性の要件を、EBM・EBPM 章では証拠の時間依存性と責任の所在を、企画・募集・研修・配置・日常運営の諸章では手続と例外処理を、情報・評価章では記録の必要性和運用改善の検証可能性を扱う。公開情報で未確認の事項、特に部署間の正式な連絡経路、活動員の配置確定手続、緊急対応、保険の詳細および記録へのアクセス権限は、事実として補充せず確認課題として維持する。

2.9. 活動配置モデルのための病院固有条件

(86) （本節の目的と実証範囲）

本節は、先行する病院固有の活動時刻、建物・階層、研修、活動種別および図書室の開室条件を、後続の第 11 章における配置・調整問題の入力条件へと接続する。ここで確認される時刻と施設位置は公表資料に由来する一方、機能区域の分類、最適化変数および各種制約の構成は本指針の提案である。実際の必要人数、活動員ごとの資格、部門別の要請、許容移動経路、所要時間および採用されている配置手続については、公開資料による確認が不足している。

(87) （公表された三枠と重なるの構造）

令和 8 年募集で公表された通常の活動枠と、その間の時間的關係を区別して扱う。

一 活動枠。病院が公表した枠は次のとおりである。

イ 第一枠 8 時 30 分～11 時 30 分。

ロ 第二枠 9 時 30 分～12 時 30 分。

ハ 第三枠 12 時 00 分～15 時 00 分。

二 枠相互の時間的關係。活動枠間には次の重複または不連続がある。

イ 第一枠と第二枠は 9 時 30 分～11 時 30 分に重なる。

ロ 第二枠と第三枠は 12 時 00 分～12 時 30 分に重なる。

ハ 第一枠と第三枠の間には 11 時 30 分～12 時 00 分の空白がある。

三 参加選択。学生は二時間枠を選択可能であり、各回の曜日・時間帯は本人が選択する²¹。

通常枠を互いに独立した箱として充足する方法では、時刻の重複、交接・移動および活動間の連携を十分に表現できない。

(88) （三十分刻みの時間分割）

分析上の初期案として、8 時 30 分から 15 時 00 分までを三十分単位の基本時間セルに分割する。これにより三つの通常枠、図書室の公開開室時間、および各枠の重なりと空白を端点の一致する時間集合として表現できる。時間セルの長さは公表された院内シフト制度ではなく、本指針が検討する計算上の分解能である。個別の案内・介助に要する時間、移動所要時間、休止・交接に必要な余裕を三十分刻みで適切に表せない場合、より細かな刻みまたは連続時間の扱いを導入し、分解能を変えた場合の結果の頑健性を検討する。

²¹ 東京大学病院「にこにこボランティア募集（令和 8 年）」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/volunteer/>（2026 年 10 月 8 日参照）。本項の時間帯と参加選択に関する事実は同資料による。

(89)（機能区域と物理的区域の区別）

配置の空間単位は、建物名のみでなく、物理的所在、業務機能および担当権限を区別して定義する。

- 一 物理的所在。公式のフロア案内によれば、外来診療棟には総合案内・受付・会計等、中央診療棟 1 には採血・採尿等、中央診療棟 2 には生理検査・内視鏡等が配置され、にこにこ文庫+は中央診療棟 2 の六階にある²²。
- 二 業務機能。院内案内、手続補助、移動支援、図書サービスおよび行事支援等の活動目的ごとに、区域の機能を暫定的に分類する。
- 三 配置権限。物理的な所在の公表は、診療科前への活動員配置を許可すること、または常設ポストが存在することを証明しない。各機能区域での具体的な活動許可は別途確認する。

これらを組み合わせた「機能区域」は、病院が公表する正式なゾーニングではなく、本指針が最適化問題の分析単位として仮に定義するものである。

(90)（図書室の連続開室とシフト接続）

「にこにこ文庫+」の公開開室時間は月・水・金曜日 10 時 00 分～14 時 30 分であり、ボランティア不足による臨時閉室の可能性が明記されている。単一の通常活動枠はいずれも同開室時間の全体を包含しない。例えば第二枠と第三枠の参加がともに確定した場合、時間上は 10 時 00 分から 14 時 30 分までの被覆が可能であり、12 時 00 分から 12 時 30 分の重複は引継ぎを設計する余地となる。ただし、両枠の活動員が図書業務を担当可能であること、実際に同施設へ配置されること、および開室を認めるその他の条件は別途確認を要する。時間的被覆の成立と、施設の運営可能性の成立を区別する。

(91)（研修同行と配置可能性の段階差）

病院が公開する募集 FAQ は、東京大学病院でのボランティア活動時間が 18 時間に達するまでを研修期間とし、先輩ボランティアに同行して院内ガイド等を学ぶ旨を記している²³。したがって、参加人数と単独で活動を遂行できる人数とを区別する必要がある。分析上は、研修段階に応じた活動許容範囲、指導できる先輩活動員の参加時間、および同一の区域・時間で同行可能な関係を制約として表現する。累積 18 時間の到達そのものがすべての活動について自動的な資格認定を意味するとは仮定しない。

(92)（機能間の関係と移動ネットワーク）

受診手続補助、院内案内、検査室への道案内、車いす利用者の支援および図書室の運営は、単独の場所に完結する場合と、建物間・階層間の移動を伴う場合とがある。活動単位が異なれば、必要な説明、身体的負担、当事者との接触、関与する部署、および情報保護の条件も異なる。各区域を頂点とし、許容される移動と引継ぎの関係を辺とするネットワークを分析上の足場とする。ただし、実際の通路、エレベーター、移動負担、アクセシビリティおよび所要時間は公表フロア情報だけでは確定しないため、数値を創作せず、正式な確認を要するパラメータとして扱う。

(93)（人数充足と関係充足の区別）

配置案が各活動場所の人数を形式上充足していても、新規参加者が必要な同行支援を受

²² 東京大学病院「外来診療棟／中央診療棟 1・2」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/shinryoutou/>、「患者学習センター・にこにこ文庫」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/library/>（2026 年 10 月 8 日参照）。

²³ 東京大学病院「にこにこボランティア募集」FAQ「ボランティア活動はいつから出来るのですか」「研修期間とは何でしょうか」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/volunteer/>（2026 年 10 月 8 日参照）。

けられない場合、引継ぎが成立しない場合、活動員の同意しない役割変更を含む場合、または必要な部署連絡が接続されない場合には、実務上の適合性を欠き得る。本指針は、単なる人数被覆に加えて、研修の師弟関係、支援要請の伝達、当事者の選択、部署間の連絡、および活動員によるサービス継続性を分析対象とする。これらの関係性は事前に確認できる業務上の必要条件としてモデル化し、人格への恣意的評価や相性の点数化と混同しない。

(94)（業務需要の未観測性とモデル選択）

時刻・活動・区域ごとの必要人数、需要のばらつき、予期せぬ欠員の頻度、および活動資格ごとの参加者数は、公表資料だけでは確定できない。したがって、初期段階では二部マッチングを比較用の基準モデルとし、主たる設計候補を複数時点・複数区域・複数資格・関係制約を伴う整数計画または制約最適化問題として定式化する。必要人数が満たせないときは安全要件を緩和するのではなく、未充足の箇所、代替可能な業務、施設閉室の可能性および上位判断を要する事項を明示する。詳細な定式化は第 11 章の活動配置・シフト編成で扱う。

(95)（データ取得と運用設計に関する留保）

数値最適化の試作は、公開された曜日・時間枠および施設開室時間と、明示的に仮定した合成の人数・需要・移動条件に基づいて行う。実際の運用に移行するには、参加者本人の同意、募集時の利用目的との整合、担当権限、情報アクセス、現場の安全審査、代替手続、および判断理由の記録が必要となる。患者個人の診療情報、推測された疾病・障害、あるいは無関係な私生活情報を配置最適化の入力とすることを前提としない。最適解と称する配置結果は、採用した制約・目的・観測時点の下での数理的結果であり、患者と活動員の関係全体に関する規範的な最適性を意味しない。

3. 関係主体、権限、責任および協働関係

3.1. 本章の目的、対象および分析基準

(96)（本章の目的）

本章は、病院におけるボランティア運営および患者支援に関与する主体を同定し、各主体の参加資格、活動上の役割、判断権限、説明責任および協働関係を区別することを目的とする。単一の活動場面には患者、家族等、ボランティア活動員、調整担当者、事務部門、医療専門職および所管部門が同時に関与し得る。これらの主体が同じ場に存在することと、同一の行為を決定・実施する権限を共有することは異なる。業務の連絡経路、判断の帰属および支援の安全を、主体間の関係を通じて把握する。

(97)（三種類の記述と権限認定）

本章の記述においては、権限を誤認しないため、次の三種類を区別する。

- 一 公表事実。病院の公式公開資料に記載された組織名および業務機能。
- 二 一般原理。適用法令または職業上の基本原理から導かれる判断枠組み。
- 三 提案。執筆者が業務設計上の必要性に基づき検討した手続や権限確認方法。

公表された部署の存在と機能は、個別案件の承認権者、上申の順番、代行・兼決、予算執行権限および情報システムのアクセス権限まで確定しない。これらの具体的な権限を一般的な望ましさから推定しない。

(98)（主体・役割・関係の区別）

主体とは、当該活動に関与して権利、利益、意思または一定の責任が問題となる人および組織をいう。役割とは、ある業務場面において期待される行為の範囲をいう。関係とは、依

頼、同意、相談、研修同行、業務指示、専門職への照会、報告、引継ぎおよび情報提供など、主体間で成立する具体的な接続をいう。同一人は複数の役割を担い得るが、役割ごとの行為許容性はそれぞれの法令・院内規程・確認済みの指示に従って判断する。役割の記述は人格上の属性や人の価値の定義とは区別する。

(99) （三つの認識水準と業務への翻訳）

執筆者の関係論的分析においては、対象の究極的な本体論的実在についての判断を留保し、確認可能な主体間の関係を「関係的水準」、患者や活動員が具体的場面で経験する説明・案内・支援・記録等を「現れの水準」として区別する。この区別は執筆者自身の分析上の提案であり、病院の公式哲学または院内規程を意味しない。例えば、一件の道案内という現れの背後には、患者の意向、活動員の許容された役割、部署からの情報提供、経路の安全という複数の関係の条件がある。現れの成否と関係の適切さを混同せず、双方を業務評価の対象とする。

3.2. 病院の公表組織とボランティア運営の位置

(100) （医療運営課に係る公表機能）

病院事務部の公式説明は、医療運営課の業務として入院・外来・中央診療、地域医療連携、患者サービス、診療録の管理運用等に係るマネジメントを掲げる²⁴。また、2026年8月19日付の募集要項は、医療運営課患者支援チームに属する特任専門職員の担当業務として、ボランティアの募集・研修・調整・記録、活動員の健康管理事務補助、来院者支援、図書室・行事の補助、患者サービスの改善等を列挙する²⁵。本指針が直接扱う職務領域は当該募集要項の公表範囲を基礎とする。

(101) （患者相談・サービス向上委員会と主催の意味）

2026年の「にこにこボランティア募集」ページは、募集の「主催」として「東京大学病院 患者相談・サービス向上委員会」を表示している²⁶。当該表示から募集事業と委員会との制度的関係は認められるが、個々の応募者の受入れ、活動配置、例外承認、苦情の処理について委員会がいかなる権限を直接行使するかまでは示されない。本指針は「主催」という公表上の位置と、日々の事務処理の実施主体および最終承認権者とを区別し、後二者の具体的分担を院内確認事項として保持する。

(102) （ボランティアルームの対外窓口機能）

同募集ページは、ボランティアルームの住所、代表電話の内線、電子メールアドレス、平日の問い合わせ時間を公開し、見学希望者の連絡先としても案内している。また、病院の公開FAQでは「医療運営課 総合患者サービス担当」および「ボランティアルーム」の双方が関連の照会先として挙げられている²⁷。これらは外部への案内先を特定するための情報であり、すべての相談内容の内部処理権限が一つの窓口に集中することを意味しない。連絡先の使用目的、担当不在時の代替連絡、公開窓口と組織内の承認者の区別を実務設計で確認する。

(103) （患者サービスチームと患者相談対応機能）

病院の「患者相談・臨床倫理センター」公開説明では、患者相談対応チーム、患者サービスチームおよび臨床倫理コンサルテーションチームが異なる働きとして説明される。そのう

²⁴ 東京大学病院「事務部」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/depts/jimu/>（2026年10月8日参照）。

²⁵ 東京大学医学部附属病院「医療運営課 特任専門職員〔特定有期雇用教職員（常勤）募集」（2026年8月19日）、<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/syokuin/20260819-1.html>。

²⁶ 東京大学病院「にこにこボランティア募集」（令和8年）、<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/volunteer/>（2026年10月8日参照）。公開募集ページの主催表記、募集方法、時間枠、研修案内を参照。

²⁷ 東京大学病院「よくあるご質問」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/faq/>、前掲「にこにこボランティア募集」（2026年10月8日参照）。

ち患者サービスチームは、患者の声の各部署への伝達、疑問への回答に向けた情報収集、院内ボランティア活動の管理および院内コンサートの企画運営等を行うとされる²⁸。名称が近接する「患者支援チーム」（募集要項）と「患者サービスチーム」（センター公開説明）について、同一組織、兼務関係または委任関係を推認しない。実務的には、各名称が指す組織図上の位置、調整担当者の所属、および情報共有の許容範囲を確認する必要がある。

(104) （医療安全および患者相談の専門的機能）

病院は医療安全対策センターを公表し、医療安全管理に係る企画立案、評価および指導等を組織横断的に担うことを説明する。また、総合相談窓口および患者相談・臨床倫理センターの案内を公開している²⁹。公表上の相談機能や医療安全機能の存在は、ボランティア調整担当者が独自に医学的判断や事故調査を行う権限を有することを意味しない。患者支援の実務では、相談の種類を見極め、専門的判断や正式な処理を要する事項を適切な担当機能へつなぐ構造を設計する。

3.3. 患者、来院者、活動員および職員の主体類型

(105) （患者と来院者の区別）

患者は診療・療養等の文脈において病院との関係を持つ主体であり、来院者には付添者、家族その他の訪問者も含まれ得る。活動場面における必要な支援と許容される情報提供は、患者本人か付添者かといった形式的区分だけでは定まらない。本人の意思と状況、情報の性質、必要な医療上の判断および院内での取扱いに応じて検討する。例えば、案内先の所在を尋ねる行為と、患者の検査結果や病状の説明を求める行為では、扱う情報と応答できる担当者の範囲が異なる。本区分は個別の医療情報へのアクセスを正当化するものではない。

(106) （ボランティア活動員の参加上の地位）

「にこにこボランティア」は本人の選択による参加であり、令和8年の公開募集では活動曜日・時間帯をその都度選ぶことができるとされる。応募条件として説明会・面談と研修、一定の活動頻度と継続可能性、健康および年齢等の条件が掲げられている³⁰。これらの条件は参加の任意性と活動上の安全管理が併存することを示す。活動員は病院の教職員と同一の雇用関係にあるものとして扱わず、活動員の具体的な法的地位、活動許容範囲、保険の適用および指示の性格は、それぞれ確認された制度と契約・規程に従って整理する。

(107) （応募者、研修中活動員および継続活動員）

応募者、受入れが決まった者、実地研修中の活動員および継続して活動する者は、同一人物であっても時間により異なる関係的地位に立つ。公開FAQでは、東京大学病院での活動時間が18時間に達するまでを先輩ボランティアに同行して学ぶ研修期間としている³¹。一方、18時間への到達と個々の役割の単独遂行権限の認定が常に同一であるとは公開資料から確認できない。本指針は参加段階、研修履歴、実際に許された役割を別々に把握し、継続参加の希望は年度末の意思確認を経るという公開上の制度を尊重する。

(108) （先輩活動員と同行関係）

研修中の同行は、先輩活動員と新規活動員との間に成立する具体的な支援・学習関係で

²⁸ 東京大学病院「患者相談・臨床倫理センター」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/depts/soudan/>（2026年10月8日参照）。

²⁹ 東京大学病院「医療安全対策センター」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/depts/iryouanzen/>、「総合相談窓口のご案内」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/soudan/>（2026年10月8日参照）。

³⁰ 東京大学病院「にこにこボランティア募集」（令和8年）、前掲URL。募集・参加条件の内容は掲載時点の公式記述に限る。

³¹ 東京大学病院「にこにこボランティア募集」FAQ、前掲URL。

ある。研修中活動員を人数として配置できることと、ある活動を独立して遂行できることとは異なる。同行場面では、双方の活動予定、役割、案内する場所、所要時間および必要に応じた照会すべき職員の存在が同時に問題となる。先輩活動員の指導能力や活動上の責任を、在籍年数のみで機械的に推定しない。誰を指導者として認め、いかなる業務を同行中に行えるかは、正式に確認された運用に従う。

(109) (特任専門職員と関連部署職員)

募集要項の特任専門職員は、募集・研修の企画実施、活動員支援、部署間調整、記録・報告および院内サービスの補助を担当する予定の病院教職員の職位である。特任専門職員としての担当範囲と、医師・看護師等の資格に基づく専門行為、施設・機器の管理者による許可、および上位管理職の承認権限は区別する。業務の委任と確認の具体的な範囲は、採用後の正式な職務指示や関連規程によって確定される。自ら決定できる事項と、必要情報を整えて提案・連絡する事項を混同しないことが、支援の継続性と責任の明確化に資する。

(110) (雇用職員と任意参加者の関係的・制度的相違)

有給職員とボランティア活動員は、患者・来院者を尊重し、良質な関係を築き得る点で共通する。その一方、職務上の継続的義務、資格、権限、指揮監督および労働条件の根拠は異なる。志願者の自発的な参加による出会いは、雇用によるサービス提供とは別の社会参加の契機となり得るが、職員による関心やケアが非人格的であるという推定を許さない。両者の役割を比較するときは、支援の質の優劣ではなく、責任の根拠と制度的な参加条件の差異を明示する。

3.4. 業務領域別の権限分界と実施関係

(111) (募集、面談および受入判断の分離)

応募の受付、説明会・面談の実施支援、受入れの判断、研修案内、活動開始の連絡は、連続する業務過程であるが判断主体が同一であるとは限らない。令和8年の募集案内は、所定申込書の提出と説明会後の面談を示す一方、書類審査を実施しない旨を明示し、面談の結果、受入れに至らない場合があるとする³²。従って本指針は、一般的な人事採用の方式から書類点数化・機械的選別を持ち込むことを前提としない。受付事務の実施と正式な受入判断を概念的に分離し、決定権者と記録方法は病院に確認する。

(112) (健康管理関連事務と医療判断の分界)

公表募集要項は活動員の健康チェック、抗体検査、予防接種等について、案内、日程調整および記録整理等の事務補助を担当業務として掲げる。案内文の送付と受領確認、必要な手続への連絡、記録の所在整理は、医学的に適切な検査・予防接種を判断する行為から区別する。検査結果の医学的解釈、健康上の適否の判定、接種の要否判断等は、権限を有する専門職および正式な取扱いに委ねる。病歴や検査情報などのセンシティブな情報について、業務担当者に当然の閲覧権限が生じると推定せず、目的・最小権限・保管条件を別途確認する。

(113) (外来案内と診療に関する説明の分界)

公開活動例には、病院内ガイド、受診に係る記載の手伝い、会計等の案内、再来受付機の操作方法説明、呼出受信機の回収・補充等が示されている³³。これらの一般案内と、個別の診断・治療・検査結果に関する説明は性格を異にする。利用者の質問が担当可能な案内を超え

³² 東京大学病院「にこにこボランティア募集」（令和8年）、前掲 URL。

³³ 東京大学病院「にこにこボランティア」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/cooperation/volunteer/>（2026年10月8日参照）。歴史的活動のうち中止と明示されるものを現行業務と混同しない。

る場合には、推測で回答することを避け、所定の受付窓口または医療専門職に確認する。制度上の一般説明を行う場合でも、公開資料の更新時点と、患者本人に関する個別判断との境界を意識する。

(114) （車いす支援と身体介助の境界）

車いす利用者の支援は公開されたボランティア活動の一つであり、令和8年の研修案内にも車いす介助が含まれる。しかし、活動例の掲載と研修予定だけで、具体的な介助行為の許容範囲、患者の状態に応じた危険判断、器具の操作方法および事故時対応が確定するわけではない。活動前の本人意思確認、訓練・許可の範囲、必要な職員への照会、経路と物理的環境の安全確認を要する活動として扱う。負担の大きい移乗、身体状態の判断または医療上の処置を、一般的な院内案内の延長として自動的に活動員へ割り当てない。

(115) （図書室と行事支援の機能的差異）

「にこにこ文庫+」の運営と院内行事支援は、応募職務に共通して含まれるが、必要な承認と協働の構造が異なる。図書室には開室条件、貸出対象、継続的な施設運営があり、行事には一時的な企画、会場・設備、参加者動線、当日の役割分担がある。文庫の公開案内はボランティア不足による臨時閉室可能性を示す³⁴。いずれについても企画提案・調整・実施補助の区別を設け、施設の開閉決定、行事開催承認、予算・備品等の権限を公開情報から創作しない。

3.5. 連絡、相談、指示および引継ぎの関係

(116) （連絡の類型化）

本指針の提案として、連絡を、事実の通知、参加意思の確認、業務上の依頼、実施可否の照会、専門職判断の要請、承認申請、苦情・事故の報告、および引継ぎに分ける。同じ電子メールや口頭連絡であっても、相手方に求める行為と判断主体は異なる。とりわけ、情報を送ったことをもって相手方が承認したとみなさず、要件として承認が必要な活動は、承認の有無を識別できるようにする。連絡記録は必要な範囲に限定し、相手の応答が得られないときの暫定措置を確認しておく。

(117) （活動員からの相談と患者からの相談）

業務上の相談は、相談者と対象事項に応じて連絡経路を区別する。

- 一 活動員からの相談。活動時間の変更、参加困難、研修、活動内容、対人関係および安全上の不安等を含み得る。
- 二 患者・来院者からの相談。施設・手続の案内、患者サービスへの意見、診療内容に関する疑義等を含み得る。
- 三 専門窓口への接続。診療・医療安全・臨床倫理上の判断が必要な事項は、所定の専門的経路を確認する。病院は総合相談窓口および患者相談・臨床倫理センターの機能を公表している³⁵。

ボランティア運営の相談と診療・医療安全に関する相談を同一の解決経路へ機械的に統合しない。

(118) （優先的照会を要する事項）

活動中に患者の急な体調変化、転倒等の危険、感染対策に関わる疑義、重大な情報漏え

³⁴ 東京大学病院「患者学習センター・にこにこ文庫」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/library/>（2026年10月8日参照）。

³⁵ 東京大学病院「総合相談窓口のご案内」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/soudan/>、前掲「患者相談・臨床倫理センター」。

いのおそれ、暴力・ハラスメントの訴えその他安全上の異常が示唆された場合には、通常のシフト変更や改善提案より先に、現場で定められた緊急連絡・報告手続を確認して従う。具体的な報告先、救急対応、インシデント報告の入力権限、時間外の連絡経路は公開資料から一律に確定しないため、実務導入前の必須確認事項とする。本条は一般的なりスク区別の提案であり、院内の緊急対応手順を代替しない。

(119)（照会と業務継続判断の分離）

疑義が生じた活動について、所管者への照会を行うことと、当該活動を継続できることは別個の判断である。許容範囲が未確認のときには、無理に予定通りの実施を維持しない。関係部署に事情を伝え、必要に応じて安全な代替案、担当者変更、延期または活動の中止を検討する。活動員・患者の事情が影響する場合、必要な同意および説明を確保する。照会の結果と理由を残すことは、単独判断への過度な依存を減らし、後の運用改善に資する。

(120)（引継ぎに必要な関係の保存）

活動員間および担当者間の引継ぎでは、担当場所、役割、未了の連絡、次に確認すべき者、安全上の留意点および施設の利用状況等を、必要かつ許容された範囲で伝える。単なる前後の人数の重なりが、必要な知識や責任の引継ぎの完了を意味するわけではない。例えば、図書室の午前・午後の活動枠が重なる場合も、貸出業務をどの時点で引き継ぐかは所定の運営条件に従う必要がある。個人情報が必要以上に複製することで引継ぎを代替せず、共有すべき項目と共有してはならない項目を確認する。

3.6. 主体関係の時間的・空間的变化

(121)（応募から年度更新までの時間的位相）

活動の時間的構造は、募集、応募受付、説明会・面談、受入れ判断、事前研修、実地同行、継続的な活動、年度末の継続意思確認という複数位相から成る。公開募集は年度ごとの更新制とし、継続参加について年度末に意向を確認すると述べる³⁶。ある位相で成立した同意や活動可能性が、次の位相でも当然に維持されるとは限らない。登録、研修、健康管理関連の事務補助、配置、活動休止などは、それぞれ有効な確認時点を明示して取り扱う。

(122)（公表活動時間と担当職員の勤務時間の差）

令和8年のボランティア募集ページは平日三つの通常活動枠（8時30分～11時30分、9時30分～12時30分、12時00分～15時00分）を示す。一方、特任専門職員の公募は平日8時30分～17時15分（12時00分～13時00分休憩、時間外勤務の可能性あり）とする。両者は対象主体、時間的役割および勤務の法的性格を異にする。活動員の第三枠と職員の勤務時間が重なることから、担当職員が休憩時間帯に常時対応できるという結論を導かない。必要な昼間の連絡体制、休憩時間中の対応、担当不在時の代替を内部運用上の確認事項とする。

(123)（サービス区域と活動員の移動）

外来診療棟、中央診療棟1・2およびボランティアルームが募集上の就業場所として示され、公開活動には院内案内、車いす支援、図書室などの異なる移動・滞在形態がある。区域間の移動を伴う活動では、出発場所、到着場所、移動経路、時刻、付き添う相手、利用可能設備および専門職への連絡可能性が安全に関係する。各建物が接続されることをもって、あらゆる役割の活動員が自由に移動可能であると仮定しない。活動員の許容範囲は、担当役割と確認済みの研修・活動条件によって画する。

³⁶ 東京大学病院「にこにこボランティア募集」（令和8年）、前掲 URL。

1006 (124) （通常活動と企画型活動の関係変化）

1007 平日の外来案内や図書室運営では反復的な配置と継続的な引継ぎが問題となる。院内コ
1008 ンサート等の行事では、開催ごとに企画担当者、会場管理、活動員募集、当日の誘導、準備・
1009 撤収を取り巻く関係が再編成され得る。公開資料は行事補助の活動例を示すが、各行事につ
1010 いて同じ決裁構造または配置規則が適用されることまでは証明しない。反復的活動の定型的
1011 手順を、事案別に確認を要する企画型活動へそのまま移植しないことが重要である。

1012 3.7. 責任帰属、記録および制度的自己点検

1013 (125) （行為責任と意思決定責任の区別）

1014 業務記録においては、同一の案件を担う者であっても、次の役割を区別する。

- 1015 一 依頼の受付と内容の確認を行う者。
- 1016 二 配置または対応の候補案を作成する者。
- 1017 三 実施を承認する権限者。
- 1018 四 現場で支援を実施し、必要な連絡を行う者。
- 1019 五 結果を確認して次の改善へ接続する者。

1020 同一人物が複数の役割を担う場合も、その行為の性格を記録上区別する。責任分担表は本指
1021 針の試案であり、正式な病院の職務権限表として扱わない。

1022 (126) （複数主体の協働と責任分散のリスク）

1023 患者サービスの改善には、患者の声、現場活動員の経験、担当職員の判断、関連部署の実
1024 施能力および管理者の決定が関わる。協働する主体が増えるほど、情報と権限の分散によっ
1025 て「誰かが確認した」という推測が生じやすい。EBM・EBPM や計算論的補助を用いる場合、
1026 証拠を記録した者、モデルを構築した者、結果を解釈した者、最終配置を承認した者を識別
1027 することが重要となる。組織としての責任を、計算結果や匿名の「システム」へ移し替えな
1028 い。具体的な責任権限の確定は院内の正式な管理体制に従う。

1029 (127) （異論、沈黙および相談できる環境）

1030 活動員や患者から意見が寄せられないことをもって、活動に問題が存在しないと直ちに
1031 判断しない。苦情の申し出が負担を伴うこと、説明の言語が一致しないこと、相談先が分から
1032 ないこと、活動員が支援を求めることに心理的負担を感じるなど、記録上の沈黙を生
1033 み得る。病院の総合相談窓口は、相談や意見の提出によって不利益を受けない旨を案内して
1034 いる³⁷。本指針の提案として、情報の取得を過度に強制するのではなく、適切な相談の経路、
1035 表明の任意性、守秘および対応状況の確認を重視する。

1036 (128) （記録の対象と非記録の合理性）

1037 活動配置、研修、日程変更、連絡先、相談対応および行事支援等の記録は、実施確認と改
1038 善のために必要となり得る。ただし、記録する主体、目的、必要な粒度、保存先、アクセス
1039 権および保存期間は、法令と病院の正式な規程に照らして定める。業務に無関係な私生活情
1040 報、患者の診療内容、活動員の人格に対する恣意的な評価等を、将来の最適化のためという
1041 理由のみで収集しない。記録しない判断自体が合理的な場合もある。実績の比較に当たって
1042 は、記録制度の変更が数値の増減に影響する可能性も確認する。

1043 (129) （資料の時点と制度変更の管理）

1044 公開資料は、2026 年 8 月の職員募集、令和 8 年のボランティア募集、病院名称の 2026 年

³⁷ 東京大学病院「総合相談窓口のご案内」、前掲 URL。

10月の変更、および各設備案内等、発出目的と改訂時点が異なる。これらを同一時点の統一した院内規程集とみなさず、資料名、公開または確認時点、適用する活動、改訂の有無を可能な範囲で記録する。公開資料から確認できない関係を補った場合には「提案」または「要確認」とし、将来内部資料によって確認されたときに記述を改める。本指針の改訂は、単なる語句の修正と、権限構造に関わる実質的修正とを区別する。

院内の案内文、所属部門、活動要件及び利用可能な区域については、いつ観測された記載かと、いつから適用されると確認できたかを別々に保持する。資料が新しいだけで権限が付与されたとは推定せず、旧資料で確認した歴史的実践と新しい資料で確認した現在の運用を同一の欄で上書きしない。制度変更に対応する連絡では、旧版を参照していた関係者と新版を承認した関係者との相違も確認対象とする。

(130) (法的関係の成立原因と関与主体の区別)

一つの支援事象に複数の主体が関与しても、すべての者に同じ法律関係が成立するわけではない。検討の入口では、次の構造を分ける。

- 一 医療契約等に基づき、患者と医療提供側に成立し得る債権債務関係。
- 二 医療提供側と活動員の受入れ・活動上の関係。その法的性格は実態と合意内容による。
- 三 活動員と患者その他の第三者との行為関係。不法行為上の責任は別途要件を検討する。
- 四 施設管理・活動設計・監督に関する組織的な管理関係。

これらは分析上の類型であり、東大病院と各活動員の間で具体的契約が成立していることを本資料が確認したものではない。法律上の義務は権原と具体的な行為を確かめて初めて論じられる。この区分は「関与した者の全員に同じ義務が帰属する」という推論を排し、各主体について**関係の成立原因、保護される利益、具体的義務及び権限**を個別に確認するためのものである。倫理上の配慮が望ましいことから直ちに私法上の請求権が生じると推論しない。

(131) (時間的因果連鎖と複数の責任機制)

患者支援に関する事故を検討する場合、企画承認、募集・研修、活動資格の判断、当日の配置、現場の指示、具体的な支援行為、事故の発生及び事後対応を時間順に区別する。各段階には異なる情報、予見可能性及び変更可能な行動が存在し得る。たとえば同一の転倒でも、通路の危険、支援方法、活動員の訓練、本人の意思確認及び事後の連絡は独立の検討対象となる。複数主体の関与だけから共同不法行為、使用者責任その他の法的責任を直ちに推認しない。根拠法、各人の行為、注意義務違反、損害、因果関係等を個別に検討する。

(132) (法的判断と内部的学習の二重の記録目的)

活動記録は、サービスを改善するための観察資料であると同時に、紛争時に事実を確認する資料となり得る。ただし、原因分析、勤務・活動上の評価及び法的責任の認定は異なる判断である。記録者は確認できた事実、本人又は目撃者からの説明、推測、判断保留事項及び以後の処置を区分し、事後的な結論に合わせて当初の事実記録を書き換えない。個人情報が必要最小限性、閲覧権限及び正式な記録保全手続も併せて確認する。

記録上は、原資料、追記、訂正理由、訂正者及び時刻の対応を維持する方法を推奨する。GRの表現的実在としての記録は、出来事そのものと同一ではなく、観測者・制度・記録様式を経て成立した表示である。この区別は証拠評価を補助する分析であって、病院の保存期間や裁判上の証拠能力を新たに規定するものではない。

1086 (133) (法的評価のための事件単位と時間的証拠)

1087 事故後の法的検討に先立ち、具体的な出来事を、企画決定、本人意思の確認、活動許可、
1088 配置、実施、環境変化、発生事象、初期救護、報告及び事後対応に分けて記録する。この分節
1089 は各行為者を一律に責任主体とみなすためではなく、義務の由来と発生時点を区別するため
1090 の認識上の足場である。事後に得た知識によって行為時点の予見可能性を当然に書き換えず、
1091 当該時点で入手可能であった情報を別記する。

1092 (134) (注意義務の相手方、内容及び履行状況の識別)

1093 注意義務の検討では、抽象的な「安全配慮」の標語だけでは足りない。誰が、誰に対し
1094 て、どの活動局面で、何を予見し、いかなる危険回避措置を講ずべきであったかを、受入関
1095 係、指示、本人の意思、支援の性質及び具体的状況に照らして特定する。これらの検討は、責
1096 任の成立を推定するものではない。法的判断に必要な事実と、組織の改善のために有用な事
1097 実が重なりつつも異なることを明示する。

1098 (135) (組織学習における反事実と帰責判断の区別)

1099 「別の手順を採れば事故を防げたか」という反事実的検討は、次回の運営改善に役立つ。
1100 他方、その想定だけで、過去の行為者に法的な結果回避義務又は過失があったと断定できな
1101 い。再発防止のための改善可能性、当時の注意義務の内容、損害と行為の因果関係、民事上の
1102 請求の可否を別々に評価し、異なる結論を併記し得る構造とする。

1103 3.8. 協働関係の設計と配置最適化への接続

1104 (136) (暫定的な責任分担表の構成)

1105 個別業務の企画には、担当者の氏名だけを記す表よりも、次の役割を区別できる責任分
1106 担表が適すると考えられる。

- 1107 一 実施者。作業を行う者。
- 1108 二 承認者。実施の可否を決める権限者。
- 1109 三 照会先。専門的な判断または情報を提供する者。
- 1110 四 報告先。結果および例外事象について報告を受ける者。

1111 これらの対応関係は業務や時点により変わるため、組織図上の位置のみから決めず、正式な
1112 職務分掌を確認する。表は執筆者の検討用様式にとどまる。

1113 責任分担表の各行には、当該事象の発見者、直ちに行える保護行為、受付責任者、正式な
1114 判断権者、通知先及び引継ぎ受領者を分けて表示する。部署名を記載したことだけでは個別
1115 案件の受領を証明できない。たとえば活動員が移動支援を停止して職員へ連絡する場合、連
1116 絡を試みた事実と職員が案件を受領した事実を異なる状態として残し、受領が確認できない
1117 間は未解決の危険が引き継がれたと表示しない。

1118 (137) (活動員配置の関係的実行可能性)

1119 配置最適化において、活動員の参加可否だけでなく、役割ごとの許容範囲、研修同行、引
1120 継ぎ、施設の開室要件、部署間の連絡および患者安全上の停止条件を表現する必要がある。例
1121 えば研修中の一名と先輩活動員の一名は、二名という人数だけでは表されない同行関係を形
1122 成する。また図書室の開室可能性は、その場所に人がいることに加えて、担当可能な者が必
1123 要な時間を連続的に担えるかという条件を含む。これらは後続の数値モデルで硬制約、関係
1124 制約、実行後の確認事項として区別する。

1125 (138) (機能区域に対する責任と許可の添字付け)

1126 活動員 v 、区域 z 、役割 r 、時点 t の割当候補を考える場合、その行為が許容されるかを
 1127 決める主体や制度も、当該活動条件によって変わり得る。数理上の適合性係数は、抽象的な
 1128 個人の能力のみで決めず、研修、本人の参加意思、業務許可、安全上の条件、および必要な連
 1129 携が成立するかを確認した結果に基づいて与える。計算上の係数と、その係数を決める権限・
 1130 証拠とを関連づけておけば、なぜ特定の配置候補が除外されたかを説明しやすい。一方、公
 1131 式の資格基準が不明な場合に便宜的な属性推定によって埋めない。

1132 (139) (権限不明時の可行性と未充足の処理)

1133 本人の同意が得られない活動枠、役割の許可が確認できない活動、患者安全上の要件が
 1134 満たされない活動を、目的関数上の利益との交換で割り当て可能としない。資料不足のため
 1135 可否が定まらない場合には、暫定的な最適配置を断定せず、要確認の条件を明示し、当該条
 1136 件の確認後に再計算する。需要が満たされない場合には、不足した区域・役割・時点を可視
 1137 化し、活動縮小、代替窓口への案内、延期または関係部署への相談の必要性を示す。これらは
 1138 候補案の作成と正式な業務判断を分離するための提案である。

1139 (140) (当事者の物象化を防ぐ評価上の留保)

1140 人数、資格、担当回数、活動時間等を離散的な変数として記述することには運用上の便
 1141 益がある。しかし、その記述に基づく配置が実際に活動員の経験、患者との接触、参加継続の
 1142 機会、組織内での役割分布を変える場合、モデルは記述対象へ因果的に作用する。本指針は、
 1143 抽象化された活動員を現実の人格そのものとみなさず、モデルによる判断の影響を点検する。
 1144 活動の効率だけでなく、本人の意思、負担、説明を求める機会、配置変更への異議および具体
 1145 的な支援関係への影響を評価対象とする。この規範的留保は執筆者の理論的提案である。

1146 (141) (後続の業務章への接続と未確認事項)

1147 本章で識別した主体・関係・権限の構造は、募集・受入れ章では応募者と決定主体の区
 1148 別、研修・健康管理章では専門職との境界、日程調整章では許可・参加意思・同行と引継ぎの
 1149 制約、来院者支援章では活動員と医療専門職の役割分担、患者サービス改善章では証拠生産・
 1150 解釈・決定・実施の責任分界として用いる。特に、正式な組織図上の部署間関係、活動配置案
 1151 の決裁経路、図書室開室判断、事故報告の実務的手順、研修完了の認定、個人情報のアクセス
 1152 権限は公開資料による確定を避け、内部確認を要する事項として記録する。

1153 4. ボランティア・人道的支援・患者支援の倫理的基盤

1154 4.1. 本章の目的、適用範囲および規範の層位

1155 (142) (本章の目的)

1156 本章は、ボランティア活動の企画・募集・受入れ・配置・継続支援と、患者・来院者への
 1157 補助活動を支える倫理的判断の足場を整理する。患者の尊厳と意思、活動員の自発性と安全、
 1158 医療専門職の責務、病院におけるサービスの継続性は、単独ではなく相互に条件づけられる。
 1159 本章はこれらの関係を個別の業務場面に翻訳し、後続の募集、研修、活動配置、患者サービ
 1160 ス、事故対応および評価の各章に接続する。

1161 (143) (根拠の三種と適用上の序列)

1162 本章における判断の根拠は次の三種に区別する。

- 1163 一 病院が公式に公表した理念、方針、募集条件および活動説明。
- 1164 二 適用法令並びに一般的な医療・ボランティア・支援倫理の原理。

三 執筆者による関係論的解釈および運営上の提案。

第一号の資料は公表時点の病院固有の事実を示すが、非公開の決裁権限、指揮系統または現場手順まで確定しない。実際の運用では法令、正式な院内規程・指示および権限ある専門職の判断が優先し、第三号は承認を要する検討材料にとどまる。

(144) (病院理念および公開計画との接続)

東京大学病院が公表する「理念・目標」は、患者の意思の尊重、安全な医療の提供、先端的医療の開発、医療人の育成及び働きやすい職場環境の実現を掲げる。「東大病院の目指す方向 2025～2026 年度版」は、診療、研究、教育・研修、人事・労務及び運営の五領域を対象とし、職場環境、多職種連携、ICT 活用、病院重要業績指標の検討並びに中間・最終評価を含む行動計画として位置づけられている³⁸。こうした公表目標との整合を吟味する際、案内件数及び配置時数に加えて、患者が自らの意思を表明できる条件、活動員の参加可能性、職員への適正な業務移管及びサービス品質を検討する。ただし、全院計画の KPI をボランティア事業の公式 KPI と同一視せず、制度化には所管の決定、測定条件の確定及び現場での検証を要する。

(145) (倫理を判断の周辺条件と構成条件として捉えること)

倫理は、業務実施の際に違反を避けるための条件であると同時に、何を支援と呼び、誰が支援を必要とし、いかなる関係が適切かを構成する判断の一部でもある。例えば、同一の院内案内行為であっても、本人が望んでいない同行と、本人が必要とする説明を確かめながら行う案内では、行為の意味が異なる。本指針は、安全、意思、関係および実施可能性を同じ業務過程のなかで考慮する。この理解は執筆者の方法論上の整理であり、病院の公式倫理理論を示すものではない。

(146) (国際医療倫理の参照文献と適用対象)

国際医療倫理の参照は、誰に向けられ、どの種類の行為について、どのような規範的地位を持つ文書かを特定して行う。WMA「リスボン宣言」は患者の権利を、2022 年改訂の WMA「国際医療倫理綱領」は医師の職業的義務を主に取り扱う³⁹。UNESCO「生命倫理と人権に関する世界宣言」は国家を主たる名宛人としつつ、適切な場合には組織や個人の判断にも指針を与え、同宣言第 1 条は人間に適用される医学・生命科学と関連技術の倫理問題を対象とする⁴⁰。WHO「患者安全に関する権利憲章」は患者安全の規範的参照資料である⁴¹。患者自身の意思を尊重するという共通論点を、医師による臨床判断、患者本人の権利、病院の制度運営及び活動員による一般的な案内へ翻訳する際には、それぞれの主体・法的条件と権限に即して論証する。倫理文書への賛同のみから、個別の診療説明、医学的判断又は院内記録へのアクセス権限は生じない。

(147) (倫理四原則の補完性と非代替性)

生命・医療倫理の分析では、本人の自律への尊重、利益の促進、危害の抑制及び公正な取扱いを、相互に補完し、ときに緊張する判断軸として参照する。この四軸の整理は医療倫理学上の分析手法であり、単一の数値指標又は優先順位を自動的に与えない。例えば移動支

³⁸ 東京大学病院「理念・目標・沿革」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/about/rinen/>、「東大病院の目指す方向 2025～2026 年度版」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/about/houkou/>（2026 年 10 月 8 日閲覧）。後者は全院的行動計画であり、本指針の個別提案がその承認を得たことを示さない。

³⁹ World Medical Association, *Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient*（1981 年採択、2015 年再確認）<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-lisbon-on-the-rights-of-the-patient/>；同 *International Code of Medical Ethics*（2022 年改訂）<https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics/>（2026 年 10 月 8 日閲覧）。

⁴⁰ UNESCO, *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights*（2005 年）第 1・2 条等、<https://www.unesco.org/en/legal-affairs/universal-declaration-bioethics-and-human-rights>（2026 年 10 月 8 日閲覧）。

⁴¹ WHO, *Patient Safety Rights Charter*（2024 年）<https://www.who.int/publications/i/item/9789240093249>。

援において、速やかな案内の利益と本人が独力で移動したい意思、安全上の危険及び他の来院者の同等の利用機会は同時に考慮される。臨床上の利益衡量は所管の専門職に委ね、非臨床活動の設計では本人の意思、許可された支援範囲及び代替案を具体的に確認する。

4.2. 自発性、参加条件およびボランティアの持続可能性

(148) (ボランティア活動の自発性)

ボランティア活動への参加は、本人の意思に基づく選択として尊重される。病院の令和8年「にこにこボランティア募集」は、月曜日から金曜日の活動枠として8時30分～11時30分、9時30分～12時30分および12時00分～15時00分を示し、その都度都合に合わせて曜日・時間帯を選択できると説明する⁴²。これは、参加可能性を病院側が無制限に指定できる資源とは扱わないという調整上の重要な条件である。活動員が希望した時間と、組織の必要性によって求められた時間とは、記録上も区別して考える。

(149) (継続参加条件と参加の自由)

令和8年の公表募集は、月2回以上の活動および3か月以上の継続可能性等を応募条件として掲げ、年度ごとに継続意思を確認すると説明する⁴³。一定の参加頻度は研修と活動継続を計画するための条件となり得るが、将来の全時点での参加を保証するものではない。体調、家庭、学業その他の状況が変わる可能性を前提として、欠席・休止の申し出や活動条件の相談を適切に受け止めることを、本指針の運営倫理上の提案とする。実際の休止・更新手続は正式な制度に従う。

(150) (無償性、費用負担および公平性)

病院の公開説明は、活動員が交通費・食費等を自己負担して参加すること、ボランティア保険未加入者については病院負担で加入することを示す⁴⁴。費用負担は公表された参加条件として明示できる一方、負担能力によって参加機会が異なる可能性がある。参加実績の比較では、交通・時間・生活条件の差異を人格評価へ直結させない。費用軽減策その他の変更を検討する場合は、予算権限および院内方針との整合を別途確認する。

(151) (活動員の安全と相談を受ける地位)

患者を支援する活動員もまた、身体的・心理的負担、研修上の不安、対人関係の困難および活動継続の悩みを抱え得る主体である。公表職員募集は、ボランティア活動員の相談対応、健康管理に関する事務補助および活動環境の整備を担当業務に含める⁴⁵。活動員を支援の供給者としてのみ捉えず、相談を受け、休息し、説明を求め得る参加者として扱うことが持続的運営の前提となる。健康に関する専門判断とその事務補助は明確に分離する。

(152) (謝意、表彰および成果への帰属)

募集要項に掲げられた活動記録、報告書作成および表彰等の企画・運営は、参加と組織的学習の記録を支える業務である。ただし、表彰や活動時間の比較が、本人の事情に左右される参加頻度だけによって活動の人格的価値を序列化する仕組みとならないよう留意する。謝意を表す方法には、当日の具体的貢献を適切に認めること、学びや改善への参加機会を設け

⁴² 東京大学病院「令和8年 にこにこボランティア募集」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/volunteer/>（2026年10月8日参照）。学生に限り2時間枠も可能とする。

⁴³ 東京大学病院「令和8年 にこにこボランティア募集」、前掲 URL。応募資格・年度更新・学生の活動頻度に関する FAQ を参照。

⁴⁴ 東京大学病院「にこにこボランティア」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/cooperation/volunteer/>（2026年10月8日参照）。保険制度の補償範囲や個別の適用条件は同ページのみから確定しない。

⁴⁵ 東京大学医学部附属病院「医療運営課 特任専門職員〔特定有期雇用教職員（常勤）〕募集」（2026年8月19日）、<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/syokuin/20260819-1.html>。

ること、本人が望む範囲で経験を共有すること等が考えられる。これらは執筆者の提案であり、病院の現行表彰基準を推定するものではない。

(153) (参与動機と承認機会の多元性)

活動員が参加に見いだす意味は、他者への貢献、学習、交流、自己肯定、職業的関心、社会的承認等にわたり、複数の動機が併存し、経験によって変化し得る。Clary らの Volunteer Functions Inventory は、価値の表現、理解、社会的関係、職業的發展、防衛的機能および個人的成長の六機能を区別する一般的研究例である⁴⁶。企画側は、実際の本人の表明に基づき、学ぶ機会、活動内容の選択、同僚との交流および具体的な謝意の表明を検討し得る。ただし、本人が表明していない内的動機を推測して類型化し、処遇に用いることを避ける。

4.3. 患者の権利、尊厳、意思および接遇

(154) (公表された患者の権利の尊重)

病院は「患者さんの権利と責務」において、医療について情報を得ること、質問・意見の表明、本人の意思による医療選択、尊厳・人格および情報・プライバシーの保護を掲げる⁴⁷。ボランティアによる案内、文庫の運営および行事補助は診療行為そのものではない場合も多いが、その過程で患者の意思や尊厳に触れる。したがって、患者を単なる待ち行列上の一人、移動対象またはサービス提供件数としてのみ捉えず、具体的な行為の前に本人の希望と必要な説明を確かめる。

(155) (求められた支援と望まれない介入)

支援の必要性を第三者が推定することと、本人がその支援を希望することは異なる。案内を申し出る際には、相手の意思表示の方法、言語、聞こえ方、視覚的な情報の得やすさ、疲労および周囲の混雑を考慮する。支援を断られたときは、必要に応じて公表された窓口や選択肢を簡潔に伝え、過度な説得や追従を控える。緊急性・安全性の判断を要する状況では、独自の介入方針を決めず、権限ある職員に速やかに連絡する。以上は一般倫理を業務動作に翻訳した提案である。

(156) (支援を受けない自由と援助者への応答を求めない原則)

支援を受ける本人は、支援を求める、選択する、断る、あるいは途中で変更する意向を持ち得る。活動員が支援の意味を感じることも自体は尊重されるが、その意味の実現のために患者・来院者を恒常的な「助けられる者」の位置に固定したり、謝意、親密さ、感想や体験談の提供を求めたりしない。病院が活動員への表彰や承認を設計するときも、患者に心理的・情報的な負担を負わせず、可能な限り組織自身が具体的な活動実績、適切な行為、同僚への協力などに基づいて評価する。

(157) (知る権利、知りたくない権利および説明の限界)

病院は、病状や治療・ケア等について本人が知りたくない情報を事前に申し出ることができ、主治医または相談員等へ相談できる旨を公表している⁴⁸。案内や受診手続の補助で接する活動員は、医療内容の解説、診断の推測、診療情報の告知を担当できると仮定しない。本人

⁴⁶Clary, E. G., Snyder, M., Ridge, R. et al. (1998), "Understanding and Assessing the Motivations of Volunteers: A Functional Approach," *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), 1516–1530, doi:10.1037/0022-3514.74.6.1516. 同研究を本病院の活動員の動機分布を示す証拠として扱わない。

⁴⁷東京大学病院「患者さんの権利と責務」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/kenri/>（2026年10月8日参照）。

⁴⁸東京大学病院「知りたくない権利に関する当院の方針」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/kenri2/>（2026年10月8日参照）。

が医学的情報について質問した場合には、適切な職員・相談先につなぐ。病院の個別の患者情報を、運営効率化のための説明資料や学習データに転用しない。

(158)（接遇を相互尊重に基づく実践として扱うこと）

病院の接遇向上センターは、患者・家族および院内外の関係者への思いやりと相互尊重を接遇の基礎とし、教職員に対して接遇スタンダードブックの配布、eラーニング、研修および接遇ラウンド等を行うと公表する⁴⁹。本指針は、この病院固有の取組を、挨拶、質問への応答、説明しきれない場合の引継ぎ、院内での適切な距離といった実践課題の検討材料とする。具体的な接遇ルールについて、公開されていないスタンダードブックの本文を推測して規定しない。

(159)（利用者の多様性と支援の個別性）

来院者には高齢者、障害のある人、子どもを同伴する人、日本語での案内を十分理解しにくい人、時間的な余裕の乏しい人等が含まれ得る。属性の類型は配慮すべき可能性を示すにとどまり、本人の能力、理解度または希望を一律に決める根拠としない。本人の表明と場面の条件に応じ、読み上げ、視覚的案内、説明の反復、適切な職員への照会等の選択肢を検討する。必要な合理的配慮および正式な支援制度の適用は、法令と病院の規程に基づき確認される。

(160)（知情同意と日常支援への同意の区別）

UNESCO「生命倫理と人権に関する世界宣言」第6条は、予防・診断・治療の介入と科学研究について、適切な情報を基礎とする自由な同意を主題とし、同意撤回にも言及する⁵⁰。これと区別して、院内案内、図書室利用、声掛け又は同行の際には、活動員が何を補助するか、身体接触や端末操作が含まれるか、誰に引き継ぐかを相手に分かる形で伝え、個々の行為について意向を確かめる。病気・障害、言語又は意思表示に困難があることを理由に本人の選好を飛び越えて推定しない。本人の希望と危険時の専門職による対応が緊張する場合、活動員は所定の担当職員へ連絡し、医療行為に関する同意能力や代諾の可否を自ら確定しない。支援の承諾は健康情報の収集、診療説明、写真公表又は新たな研究参加に包括的に及ばない。

(161)（意思表示の困難と意思決定能力の区別）

聴覚・視覚・言語の差異、緊張、疲労、情報へのアクセス障壁又は日本語理解の難しさは、直ちに本人の意思決定能力の欠如を意味しない。本人が理解し表明できる方法を選択できるように、説明の簡素化、筆談、読み上げ、時間的な余裕又は正式な専門支援への接続を検討する。障害者権利条約第12条は法律上の能力行使の支援を、第25条は差別のない保健医療を扱う。⁵¹未成年者又は意思決定に支援を要する者の医療上の同意・代理判断については、適用法及び専門職の権限に従い、活動員が独自に確定しない。

障害者権利条約第12条第3項は法的能力を行使するための支援へのアクセス、第4項は利益相反、不当な影響及び本人の意思・選好に関する保護措置も扱う。この構造を来院案内に翻案する場合、本人が選べる伝達方法を増やすことと、支援者が本人に代わって選択

⁴⁹ 東京大学病院「接遇向上センター」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/depts/setsugu/>（2026年10月8日参照）。スタンダードブックの配布先として教職員が明示されており、同書がボランティア全員にも交付されるかは公表内容から断定しない。

⁵⁰ UNESCO, *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights*, art. 6, <https://www.unesco.org/en/legal-affairs/universal-declaration-bioethics-and-human-rights>。医療と研究の同意に関する原則の言及であり、日常案内への一律の法定方式を制定するものではない。

⁵¹ United Nations, *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, Articles 12 and 25. <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/article-12-equal-recognition-before-the-law.html>, <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/article-25-health.html>。日本国内での具体的実施は適用法令・病院規程に即して確認する。

肢を絞ることを別々に評価する。支援が必要という観察だけをもって記録に能力判定を追加せず、意思・選好の確認方法、説明に関する障壁及び正式な相談先を個別に明らかにする。

(162)（脆弱性の関係的形成と尊厳の保護）

UNESCO 宣言第 8 条は人の脆弱性及び人格的完全性の尊重を掲げる。⁵²本指針は、疾患や障害のみならず、複雑な院内動線、時間的制約、言語、制度知識、社会関係及び情報格差の組合せが、特定の場面における支援の必要を形成し得ると分析する。これは執筆者の関係論的解釈であり、患者の属性を恒常的な「弱さ」として固定する趣旨ではない。活動の選択肢を増やすこと、支援を断ることを可能にすること、介入を最小限にすることが、脆弱性への配慮と主体性の保障を両立させる。

(163)（医療倫理の四原則と非臨床的支援への限定的翻訳）

自律尊重、善行、無危害及び正義は、生命・医療倫理における代表的な分析軸である。これらは個別場面で互いに緊張し得るため、定量的な合計点によって最終判断を自動決定するものではない。例えば、転倒の危険を疑う来院者が同行を断った場合、本人の意思を尊重することと危険を軽視しないことを共に考慮する。活動員は拒否の表明を記録対象として拡散せず、本人に分かる言葉で可能な支援と正式窓口を示し、切迫した危険が疑われれば所定の職員へ接続する。具体的な医療上のリスク評価、治療の説明及び同意の取扱いは専門職の所管とする。

(164)（患者の権利と援助者の善意の衝突）

援助者の善意、活動経験又は善行への期待は、患者の身体的・情動的な自己決定及び意思表示を上書きする根拠とはならない。一方、本人の拒否があっても、危険の認知、緊急の専門職への連絡及び周囲の安全確保を検討すべき場合がある。後者の検討は活動員の独自の医療判断権を意味しない。本指針は、本人の意向、直ちに観測できる危険、行為の許可範囲、連絡すべき所管及び事後記録の必要性を、相互に区別して確認する方法を提案する。

4.4. 援助関係の認識論、非対称性および三つの分析水準

(165)（援助関係の基本構造）

支援場面には、少なくとも支援を求める者、支援を申し出る者および当該支援を可能にする制度的環境が関与する。病院ではこれに加えて、専門職、活動を受け入れる部署、患者の付添者等が関わり得る。支援者の善意、患者にとっての有益性、権限上の許容性は同一の判断ではない。支援は、本人の具体的な必要性を適切に把握し、許された行為として実行され、その経験や結果が反省可能であるときに、継続的に評価し得る。これは執筆者による一般的な分析上の整理である。

(166)（偶発的な出会いと関係的実在の形成可能性）

病院における院内案内等の短い関わりは、元来相識でない患者・来院者と活動員が偶然に出会い、申し出、応答、拒否および協力を通じて互いを行為主体として認識する契機となり得る。活動員と活動員、活動員と職員の間にも、知識の伝達、信頼、助け合い等の関係が生成し得る。本指針の関係論的解釈では、これらの関係が歴史的に成立し、後続の行動に影響を及ぼすとき、関係的実在として分析の対象となる。ただし、偶発的な出会いが常に相互承認、信頼または良好な効果を生むとは主張しない。本人の拒否、短い接触にとどめる選択、負

⁵²UNESCO, *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights* (2005 年 10 月 19 日)、第 3-14 条、第 18-20 条等。
<https://www.unesco.org/en/legal-affairs/universal-declaration-bioethics-and-human-rights>。宣言の法的性格と国内における個別の適用根拠は区別する。

担の偏在も分析の対象に含める。

(167) (痛みと困難の認識における留保)

他者の痛み、不安、疲労または困難は、当事者の言葉、表情、行動、周辺状況その他の徴候を通じて部分的に理解される。しかし、支援者が得た徴候と当事者の主観的経験を同一視することには認識上の限界がある。外見上は困っていないように見えることが支援不要の証明とはならず、外見上の困難が特定の支援の受諾を意味するわけでもない。業務上は、必要な範囲で本人の意向を確認し、理解できなかった点を留保し、個別の医学的判断を医療専門職へ委ねる。

(168) (関係論的三水準の整理)

執筆者の関係論的枠組みに限り、支援を次の三つの水準から分析する。

- 一 本体論的水準。対象の究極的な本体的実在について確定を留保する。
- 二 関係的水準。歴史的に形成された主体、役割、信頼、権限などが相互に作用する関係的実在を扱う。
- 三 表現・現象の水準。案内、言葉、記録、待ち時間、表情等として具体的に現れる姿を扱う。

この整理は病院の公式思想または医学的事実の三分類ではない。第三号の実績のみから第二号の関係の質を確定せず、第二号の説明を第一号の存在論的断言へと拡張しない。

(169) (援助関係における力の非対称性)

院内では、場所と制度を知る支援者と初めて来院した患者、専門情報を持つ職員と説明を求める利用者、配置案を作る担当者と参加条件を伝える活動員との間に、情報や選択肢の差が生じ得る。この差は支援を可能にする一方、相手方が断りにくくなる契機にもなる。本指針は、説明・質問・辞退・相談の機会を確保し、指示と提案、承認と依頼を区別することを倫理的対策として提案する。具体的な意思確認の方法は本人の状況と院内規程に応じる。

(170) (欲望構造の精神分析的解釈と企画上の節度)

精神分析に由来する一つの解釈として、援助を求める他者は、活動員の欲望や自己像の構造のなかで、価値ある行為者となること、他者から認められること、善意を表現すること等の象徴的な位置と関係づけられ得る。しかし、この見方は活動員の動機に対する臨床的診断でも、経験的に確認された普遍的因果法則でもない。とりわけラカン派における欠如の観念は、特定の報酬を与えれば内的な空白が恒久的に埋まるという設計式を保証しない。企画の役割は、個人の無意識的欲望を推定して利用することよりも、本人の自律的な参加、選択可能な活動、正当な承認、学習、交流および休止の条件を整えることにある。

(171) (人道的支援という用語の射程)

本指針にいう「人道的支援」は、困難にある人の尊厳と安全を考慮して支えるという広義の倫理的志向を指す。病院内のボランティア活動と、武力紛争・災害等を対象とする国際人道援助の法制度および運用原則は、適用対象と権限体系が異なる。人道性や公平な配慮の議論を類比的に参照することはできるが、国際人道法上の地位、医療資格または院内での活動許可をそこから直接導かない。この境界を明示したうえで、援助を必要とする人の経験と制度的条件の双方を検討する。

(172) (他者の苦痛の認識限界と支援の過剰介入)

他者が経験している苦痛、恐怖又は羞恥の内面的な全体を、観察者が直接かつ完全に知ることにはできない。本指針の三つの分析水準に即せば、究極的な意識の在り方に関する断言

を保留し、関係的现实における訴えと応答可能性を検討し、表現・言語・記録という現れの水準が経験の全体を代理しないことを承認する。したがって「助けられたはず」「感謝しているはず」という推測から活動員の善意を正当化せず、本人の語り、沈黙及び拒否を尊重する。この方法論上の分析は執筆者の提案である。

4.5. 活動類型に即した倫理的判断

(173) (外来案内と受診手続補助)

病院が公表する活動例には、院内ガイド、受診に係る記載の手伝い、会計等の案内、再来受付機の操作説明等が含まれる⁵³。これらは一般情報へのアクセスを補助する活動として意義を持つが、代筆や操作の補助では、本人が意図する内容、記載される情報および最終確認の主体に留意する。活動員が患者の意思に代わって選択し、個別の診療情報を解釈し、または必要以上の個人情報を知ることを前提としない。具体的な代筆・代理操作の許容範囲は病院の正式な手順で確認する。

(174) (車いす利用者への支援と介入の強度)

車いす利用者への支援は公開活動に含まれ、令和8年の事前研修内容にも車いす介助が示される⁵⁴。本人の移動意向を確認すること、実施者の研修・許可、移動経路と混雑、介助中の急変可能性、引継ぎ先を確認することは、支援の強度に応じた倫理的・安全上の課題である。身体に直接関わる行為を通常の道案内と同じ権限で扱わず、移乗・医療的介助等の具体的許容性を院内規程と専門職の指示に従って確定する。

(175) (図書室利用における選択と情報の自由)

「にこにこ文庫+」は中央診療棟2の6階にあり、外来患者の室内閲覧、入院患者への一般図書貸出等の利用区分を公開している。図書室は月・水・金曜日の10時00分～14時30分に開室するとされ、ボランティア不足により閉室する時間帯があり得る⁵⁵。読書内容の選択は利用者の意思として尊重し、医学関連資料の提供が個別の医療助言を意味すると誤認させない。開室を維持するための調整と、安全な閉室を選ぶ判断は、本人の希望と組織の実施条件を併せて扱う問題である。

(176) (院内行事の参加と公開性)

病院はボランティア活動としてコンサート等の行事補助を掲げる。行事では、患者の参加意向、移動可能性、音や人の集中による負担、写真・映像への写り込み、職員による会場運営および通常業務との競合が論点となり得る。イベントの賑わいを参加者全員にとっての利益と当然視せず、参加しない選択と静かな環境を必要とする事情にも配慮する。撮影・広報・会場の安全管理に係る具体的な許諾と承認条件は、正式な院内手順によって確認する。

(177) (過去の活動と現在の運用可能性)

「にこにこボランティア」の沿革では、1994年の新外来診療棟の開設と活動開始、1996年以降の院内学級送迎や図書貸出等への展開が記される。一方、院内学級の送迎や小児病棟での遊び相手について、現在是对応を中止している旨が明示される⁵⁶。歴史的な支援範囲の拡

⁵³ 東京大学病院「にこにこボランティア」、前掲<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/cooperation/volunteer/>。掲載された活動のうち「現在、対応を中止」と注記されたものは現行活動から区別する。

⁵⁴ 東京大学病院「令和8年 にこにこボランティア募集」、前掲 URL。

⁵⁵ 東京大学病院「患者学習センター・にこにこ文庫」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/library/>（2026年10月8日参照）。貸出対象と館内閲覧の区別、開室時間、欠員に伴う閉室の可能性を参照。

⁵⁶ 東京大学病院「にこにこボランティア」、前掲 URL。歴史的な活動紹介と現在中止中の活動に対する注記を区別する。

大は、現在の活動許可や復活計画を証明するものではない。過去の実践に学ぶ際は、当時の施設、制度、感染対策および需要と現時点の条件を区別して分析する。

(178) (トラウマ・インフォームドな支援の適用限界)

日常接遇においては安全感、透明性、本人の選択、協働及び過去の経験に対する配慮が重要となる。SAMHSA のトラウマ・インフォームドな方法は、再び傷つけることを避ける組織設計の参照点を提供する。⁵⁷ただし活動員が来院者のトラウマ歴を尋ねたり、精神医学的状态を推定したりすることは本指針の対象ではない。突然の接触、執拗な勧誘、本人が拒否した説明の反復を避け、必要時は正式な相談及び医療の経路に接続する。

2014 年 SAMHSA 文書が掲げる六原則には、安心・安全、信頼性と透明性、ピアサポート、協働と相互性、エンパワメントと本人の声・選択、文化・歴史・ジェンダーに関する問題が含まれる。ただし、組織横断の支援構造を扱う枠組みを、個々の来院者の既往歴の診断又は活動員による心理療法へ読み替えない。試行可能な接遇行動は、予告した案内内容、断りやすさ、本人が求める距離及び引継ぎ先の説明として検討し、特別な相談への介入は正式に権限を持つ者へ接続する。

4.6. 活動員支援、専門職との協働および責任の所在

(179) (支援する者を支援するという要請)

調整担当者の仕事には、活動を依頼することに加え、活動員の困難を聴き、必要な相談先を明らかにし、実行可能な参加条件を整える側面がある。本人の疲労、移動負担、担当役割への不安、対人関係上の緊張等を、活動回数の減少という指標だけで評価しない。活動員の事情に合わせた配置変更、休止、研修の再確認または相談先への案内を、制度上許される範囲で検討する。相談内容の記録は目的と守秘条件を限定し、人格的な推測を長期保存する仕組みとしない。

(180) (先輩活動員との同行における倫理)

令和 8 年の公表 FAQ は、東京大学病院における累積活動時間が 18 時間に達するまでを研修期間とし、先輩活動員について病院ガイド等を学ぶと説明する⁵⁸。同行は学習上の支援関係であり、研修中の活動員と先輩活動員を人数二名の独立した作業資源として直ちに計数できるわけではない。指導する側の時間負担、質問しやすさ、危険な場面での職員との連絡方法等を配慮事項として整理する。研修時間の到達と全活動への単独従事許可の同一性は、公開情報から確定しない。

(181) (専門的判断と善意の分界)

善意や支援経験は、医療行為を行う資格、患者の診療情報を閲覧する権限、感染症対策の専門判断または臨床倫理コンサルテーションの権限を付与しない。病院の公表組織には患者相談・臨床倫理センター等の専門的な機能があり、患者サービスチーム、相談対応チームおよび臨床倫理コンサルテーションチームは区別して説明される⁵⁹。調整担当者は、活動上の疑問を適切な専門機能へつなぐための情報整理と連絡を検討する。部署間の正式な移管手順および判断主体は院内確認事項として保持する。

⁵⁷ Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach* (2014 年) <https://library.samhsa.gov/sites/default/files/sma14-4884.pdf>。米国における実践的枠組みとして参照し、国内法上の義務又は病院の現行研修内容とはみなさない。

⁵⁸ 東京大学病院「令和 8 年 にこここボランティア募集」FAQ、前掲 URL。

⁵⁹ 東京大学病院「患者相談・臨床倫理センター」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/depts/soudan/> (2026 年 10 月 8 日参照)。

(182) (危険兆候と安全上の優先順位)

移動中の転倒のおそれ、急な体調変化、感染対策上の疑義、暴力・威圧の訴えその他安全にかかわる徴候に接したとき、通常の活動継続や時間割の充足を優先しない。現場で定められた緊急連絡・報告経路に従い、権限ある職員の判断を求める。安全措置の具体的内容、救急対応およびインシデント報告の入力権限は公表情報のみでは確定できないため、正式な研修・手順による確認を要する。本項は危険の認識と権限分界を説明するもので、院内の医療安全手順を代替するものではない。

(183) (利益相反、贈答および境界の維持)

患者と活動員の関係では、感謝の表明、個人的な連絡の要望、贈答の申し出、継続的な個人支援への期待等が生じ得る。一般的な倫理上の観点から、活動に伴う私的利益の取得、個人の過度な依存、権限外の約束および情報の私的利用を避けるための境界を設けることが望ましい。ただし、贈答の可否、患者と活動員の連絡方法、具体的な禁止事項などを本指針独自の院内規則として制定しない。正式な規程を確認し、判断が難しい事案を相談可能とする。

(184) (ハラスメントおよび不利益への配慮)

患者、職員および活動員のいずれも、人間関係上の負担、不快な言動または相談時の不利益への懸念を抱き得る。患者相談・臨床倫理センターは、相談・苦情の申立てによって患者等が不利益を被らないよう配慮する旨を公表している⁶⁰。この公開方針を活動員向けの特定の不利益取扱禁止規程と同一視せず、活動員の相談・通報に適用される公式の窓口と規程を別途確認する。相談に際しては、秘匿性、事実確認の公正、関係者双方への配慮および報復の懸念を、一般的な運営倫理として点検する。

(185) (セーフガーディングの対象と権力の非対称性)

患者、家族、活動員及び職員の間には、医療環境への依存、立場、情報、年齢、経験又は活動権限に由来する力の差が生じ得る。援助の名目で本人を私的関係に囲い込み、個人連絡先を要求し、金品・秘密・感謝を求め、信仰又は価値観を押し付けること等は、境界侵犯の危険を持つ。WHOの性的不正行為防止政策は権力差、被害者中心の応答、通報及び不利益取扱いの防止を重視するが、病院の内部処理手続と同一ではない。⁶¹本指針では予防、気づき、報告、保護、事後改善を区別した確認項目として扱う。

WHOの2023年文書は同組織の防止・対応政策であり、2026–2029年文書はその実装戦略に当たる。文書上の適用対象を東京大学病院の活動員へ自動的に広げず、権力差、報復リスク、相談者の安全と自己決定、調査担当者の独立性を比較制度上の問いとして導入する。連絡先の案内、緊急時の安全確保、証拠保存、正式申立て及び調査判断をそれぞれ区別し、相談者の情報を目的外に共有しない経路の設計を検討する。

(186) (支援関係の境界と本人の宗教的・文化的意思)

患者の価値観、文化、宗教又は精神的支援の希望は多様であり、援助者の信念の充足を目的として介入してはならない。WMA「リスボン宣言」が示す精神的慰めを受ける又は断る権利は、個別の支援を本人の意思から切り離さないための重要な参照点である。病院での宗教的・精神的支援の正式な提供体制は別途確認する。終末期、重大な診断、喪失又は悲嘆に関する専門的な支援を活動員が担当すると推定せず、求められた場合は適切な職員へ接続する。

⁶⁰ 東京大学病院「患者相談・臨床倫理センター」、前掲 URL。

⁶¹ WHO, Policy on Preventing and Addressing Sexual Misconduct (2023 年) <https://www.who.int/publications/m/item/WHO-DGO-PRS-2023.4/>; WHO, Zero Tolerance in Practice: WHO Strategy to Prevent and Respond to Sexual Misconduct 2026–2029 (2026 年) <https://www.who.int/publications/m/item/zero-tolerance-in-practice---who-strategy-to-prevent-and-respond-to-sexual-misconduct-2026-2029>。両文書は WHO の組織内政策・戦略であり東京大学病院の職務規程ではない。

4.7. 企画、配分、EBM・EBPM および数理支援の倫理

(187) (企画の目的と手段の関係)

活動企画は、サービス需要を把握して必要人員を配置する作業であると同時に、どの需要を可視化し、どの要請に優先順位を与え、どの支援を提供可能な活動として位置づけるかを決める過程でもある。目的を先に定め、手段の費用対効果だけで評価する場合、目的設定自体に含まれる価値判断が見えにくくなる。本指針は、企画案ごとに、目的、想定する受益者、活動員の負担、安全条件、排除され得る需要、所管する意思決定者を明示する方法を提案する。

(188) (証拠基盤型判断の認識上の限界)

EBM・EBPM に関連する方法は、観測記録、利用者の意見および活動状況を用いて改善案を比較する際の参考となる。一方、次の二つの認識的限界は区別する必要がある。

- 一 帰納の問題。過去に有効であった配置方法が将来にも有効であることは、観測データから論理的に保証されない。
- 二 システム状態の復元困難性。証拠取得時の人数、建物利用、サービス需要、感染対策および部署間連携等を十分に復元できない場合、異なる時点への適用可能性が限定される。

両者に対する実務上の部分的対応として、測定時点、対象活動、取得方法および未確認の条件を資料に付記することを提案する。これによって帰納の問題自体が解消するわけではない。

(189) (人間性疎外と主体の物象化の区別)

活動員と患者を数量的に表すことの倫理的問題について、次の区別を置く。

- 一 人間性疎外。標準化が対話、本人の選択および活動の質を周辺化することによって生じ得る規範的な問題。
- 二 主体の物象化。活動員を「出勤できる人数」、患者を「案内に要する処理時間」として記録した表象が、組織内で流通して配分を左右する機構。分析上は次の過程を区別する。
 - イ 個人の側面を抽象的指標として表象する。
 - ロ 指標が活動配置や資源配分の判断単位として使用される。
 - ハ 判断の実行が本人の機会、役割および人間関係を実際に変化させ得る。
- 三 理論的な位置づけ。第二号の過程の説明は、Marx の疎外論・物神性論および Lukács の物象化論から着想を得た執筆者の関係論的再構成であり、古典的理論の直接の定式化として提示しない⁶²。

量化は補助手段として用い、その解釈の射程、人的判断への影響および残余の不確実性を記録する。

(190) (責任分散と決定の帰属)

需要調査、データ入力、シフト計算、配置案の修正、承認、現場実施および事後評価が異なる主体によって担われる場合、望ましくない結果の理由が各段階に分散する可能性がある。数理モデルが提案したという事実を、正式な判断の根拠として独立に十分なものとは扱わない。本指針は、作者、確認者、承認者、実施主体、問題発見時の連絡先を必要な範囲で区別

⁶²理論的参照として、Karl Marx, *Economic and Philosophic Manuscripts of 1844*, “Estranged Labour” (<https://www.marxists.org/archive/marx/works/1844/epm/1st.htm>), Karl Marx, *Capital*, Vol. I, ch. 1, sec. 4 (<https://www.marxists.org/archive/marx/works/1867-c1/ch01.htm>), Georg Lukács, *History and Class Consciousness* (1923), “Reification and the Consciousness of the Proletariat” (<https://www.marxists.org/archive/lukacs/works/history/hcc05.htm>) を参照。本節の病院運営への関係論的適用は執筆者の独自の再構成である。

して記録する方法を提案する。最終的な法的責任および職務上の権限は正式な制度によって定まる。

(191)（配置モデルの硬制約と柔軟な目標）

配置案の計算では、活動員本人の参加意思、実際に参加可能な時間、研修・許可の確認、患者安全、活動区域の条件および専門職の判断を、原則として代替可能な効用項目ではなく守るべき制約として表す。他方、需要の充足、希望の満足度、活動機会の公平性、引継ぎの安定性および変更負担は、制度上許される範囲で比較対象とできる。硬制約下で解が得られない場合、欠員、サービス縮小、開室時間の変更可能性、別の案内方法等を提示し、権限ある担当者の判断に委ねる。この構造は後続の §11.5 で形式化する提案である。

(192)（関係制約の役割）

配分の倫理的妥当性は、同じ時間帯に必要な人数が集まったことだけでは確保されない。研修中活動員と同行する先輩活動員の関係、部署との連絡、図書室の引継ぎ、患者に接する際の役割許可などは、個人の属性と別に成立する関係的条件である。例えば、9時30分～12時30分と12時00分～15時00分の枠が30分重なることは、時間上の引継ぎ可能性を示すが、引継ぎの実施、権限ある担当者の存在、図書室の開室承認を保証しない。数理解の可行性と実務上の承認・安全の充足を二段階で確認する。

4.8. 倫理的葛藤の取扱い、説明責任および継続的改訂

(193)（複数の正当な要請が競合する場合）

活動員が希望する業務と患者サービスの需要が一致しない場合、または図書室の開室と外来案内が同時に人員を必要とする場合、単一指標によって一方を絶対視しない。まず安全・許可・本人の意思に係る非代替的条件を確認し、その範囲で、利用者への影響、配置変更の負担、代替サービスの有無および関係部署の意向を比較する。対応案と採用しなかった案を必要な範囲で記録し、状況に応じて関係部署の合議・承認に付すことを、本指針の暫定的な解決手続案とする。

(194)（事例を通じた判断訓練）

外来玄関で車いす支援の依頼が集中し、同時に図書室担当活動員の欠席が判明したという架空の事例を想定する。候補となる確認順序は次のとおりである。

- 一 患者に差し迫った安全上の必要があるかを確認する。
- 二 各活動員の意思、参加可能性および活動許可を確認する。
- 三 移動、交接および兼務の実行可能性を検討する。
- 四 図書室の開室条件およびサービス停止の影響を確認する。
- 五 関係部署への照会先と判断権限を確認する。

本順序は倫理的検討を可視化するための仮想例であり、実在の事故・欠員または病院の正式な優先順位ではない。制約を満たす解が得られないときは、無理な兼務を命じず、未充足を明示する。

(195)（苦情・相談の記録と非数値的な経験）

患者・家族および活動員からの相談においては、日時、事象、必要な対応、照会先および処理状況を必要な範囲で把握することが業務改善に資する。一方、相談が少ないことを満足の高さと同一視せず、相談しにくさ、言語上の障壁、活動員の立場による発言負担など記録に現れにくい条件を検討する。病院の患者相談・臨床倫理センターが示す誠実な対応と不利

益防止の方針を参照しつつ、実際の相談記録のアクセス権限、保存・共有の条件は公式の制度に従う。

(196) (倫理上の異議と専門機能への照会)

患者の意思、医療上の説明、感染対策、身体介助、個人情報または専門職間の判断が争点となる場合、ボランティア調整担当者が独力で倫理判断や専門判断を確定することを前提としない。病院の公表する患者相談対応、患者サービスおよび臨床倫理コンサルテーション等の機能を区別し、内容に応じた照会と引継ぎを検討する。具体的な相談先、報告の時機、緊急性の分類、閲覧できる情報の範囲は、採用後の正式な案内と院内規程で確認する。

(197) (倫理的品質の事後点検)

活動の事後点検は、実施件数、配置の充足、研修履歴等の量的事項に加え、本人の意思が尊重されたか、必要な相談先へつながったか、活動員の負担が偏らなかったか、安全上の境界を守れたか、特定の人の経験が見落とされなかったかを検討する。これらの項目は自動採点項目として一律に数値化するためではなく、問いを残し、改善案を比較するための質的な検討枠である。情報を収集する方法自体が新たな負担やプライバシー侵害を生まないう、最小限の記録と本人への説明を組み合わせる。

(198) (本章の限界と後続章への適用)

本章が示すのは、公開された病院固有の資料と一般的な倫理議論を接続した暫定的な判断枠組みである。活動員の守秘義務、詳細な介助条件、感染対策の実施基準、相談経路、表彰基準、情報取扱権限等の具体的内容は、現時点で確認できる範囲を超えて推定しない。後続の第5章は法的基盤、第6章はEBM・EBPMの限界、第7章以下は企画・募集・研修・配置・日常運営への適用を扱い、本章の一般原理が各活動の具体的条件と整合するかを逐次検証する。

(199) (対立する倫理原則の段階的吟味)

支援の可否に迷うときは、

- 一 当事者、本人の意思及び行為の目的を同定する。
- 二 危険、専門職権限、プライバシー及び公平な利用条件を確認する。
- 三 より制限の小さい代替行為及び介入しない選択を比較する。
- 四 適切な所管へ照会し、必要な範囲で判断根拠と保留事項を記録する。

この候補手続は倫理的原則間の緊張を可視化するための作業仮説である。緊急時の安全上の正式指示及び臨床上の判断権限を置き換えるものではない。複数原則の間に緊張がある場合、ある原則を形式的な点数によって他の原則と相殺しない。本人の意思と安全に関する個別事情、より制限の少ない選択肢及び専門職にしか判断できない事項を区分し、複数の対応がなお残るときは不確実性と選択理由を保持する。

5. 法令、医療制度および院内規程との整合

5.1. 本章の目的および規範の参照構造

(200) (本章の目的)

本章は、患者支援およびボランティア運営に関する公表業務を、適用法令、国立大学法人に関する制度、医療機関としての安全・情報管理上の規律、ならびに病院固有の公開方針に照らして整理する。検討の対象は、募集と受入れ、研修、健康管理に関する事務補助、活動配置、外来案内、車いす利用者支援、図書室運営、院内行事、活動記録およびサービス改善である。各手続の実施主体、許容範囲および責任の所在を区別し、後続の業務章で用いる確認

事項を明らかにする。法的解釈は公開情報に基づく暫定的な整理であり、個別事案の法的助言または病院内の承認済み業務判断に代わるものではない。

(201) (根拠資料の四類型)

本章の資料は次の四類型に区別する。この区別は単純な優劣の順位を意味せず、各文書の法的性質と適用範囲を確かめるために用いる。

- 一 日本国の法律、政令、省令その他、当該行為に適用される法規範。
- 二 所管官庁が公表するガイドライン、ガイダンス、通知および解説。法的拘束力の有無と、その根拠となる法規範を区別する。
- 三 東京大学および病院が公表する方針、募集要項、患者向け案内、施設・サービス案内等。公開された時点と対象業務を明記する。
- 四 執筆者の分析、暫定的な作業手順、説明・記録様式、技術導入案および関係論的解釈。正式な承認を得るまでは参考提案として扱う。

法律の本文と行政上の実施解説、病院の独自方針と執筆者の提案を混同しない。資料間に差異が見られる場合は、効力発生日、対象主体、対象業務、法的拘束性および公表主体を確認してから適用を判断する。

(202) (病院の制度的位置と適用規範)

国立大学法人東京大学が設置する東京大学病院は、教育研究機関と医療機関の双方の性格を有する。患者サービスに関する活動は、医療制度、患者の権利、個人情報保護、施設安全および大学法人の内部規程と関係する。病院の公開募集は医療運営課患者支援チームを当該職位の所属として示す⁶³。この公表から、他部署に対する指揮命令権、医療情報への閲覧権、医療行為を許可する権限または院内規程を変更する権限を推認しない。

(203) (法令遵守と個別の実施許可の分離)

ある活動が一般法上直ちに禁じられていないことと、特定の職員またはボランティア活動員が当該活動を行う権限を有することは、別個の条件である。例えば、来院者の案内、受付手続の補助および車いす介助には、活動場所、患者本人の意思、安全性、研修履歴および施設側の許可がそれぞれ関係する。本指針では、**法令上の適否、院内許可、本人の参加意思、実施時点の安全条件**を異なる確認欄として扱うことを提案する。未確認の条件は肯定とみなさず、担当部署に照会する。

(204) (適用資料の時点と改訂)

法令・通知・募集案内にはそれぞれ固有の公布日、施行・適用日、確認時点、更新履歴及び適用対象がある。本指針が参照する法律・行政資料は、原則として2026年10月8日に確認できる公表内容である。医療情報システムの安全管理に関する厚生労働省ガイドラインは令和8年6月の第7.0版を基本とし、同年9月公表のQ&Aも版を区別して照合する。医療・介護関係事業者の個人情報取扱いガイダンスは令和8年4月の一部改正を参照する⁶⁴。行政上の指針と直接の法律上の義務、病院内で既に承認された手続とは別に扱う。将来の実務導入

⁶³東京大学医学部附属病院「医療運営課特任専門職員募集」（2026年8月19日）<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/syokuin/20260819-1.html>。

⁶⁴厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第7.0版」（令和8年6月。Q&A欄に令和8年9月版）https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000516275_00006.html。個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（令和8年4月一部改正）https://www.ppc.go.jp/personalinfo/legal/iryokaigo_guidance/。いずれも2026年10月8日時点の公表版を基準として整理。

時は改めて最新版と病院所管による適用判断を確認する。

制度状態を記録する際は、資料の公表時刻、改正法の公布日、条文の施行日、参照した条文の版、個別業務の決定日を独立の欄として扱う。ある改正が10月8日以前に公布されていても施行が11月2日であれば、10月8日の法的根拠の本文へ遡って組み込まない。病院の運用についても、公開資料の発行日を院内での個別許可日と取り違えない。法令検索の改正履歴は適用版本の候補を特定する手掛かりであり、改正附則と経過措置を含む逐条の確定は別の検証課題とする。

(205) (国際倫理文書の法的性質と院内適用)

患者権利に関する国際宣言、医療専門職の倫理綱領、WHOのガイダンス及び国内で法的効力を有する条約・法律は、それぞれ発出主体、拘束される主体、実施手続を異にする。UNESCO生命倫理宣言は主として国家に向けられた宣言であり、個人及び機関への指針としての射程を有する一方、それ自体を日本の個別の医療業務に直接適用される法律と同一視しない。⁶⁵国内法令、大学・病院の正式規程及び権限ある者の指示を確認しつつ、国際倫理原則を解釈上の参照として用いる。

(206) (規範の適用可能性を判定する四つの問い)

国際的医療倫理を具体的な院内業務へ参照する際には、単一の権威序列を前提にせず、次の四点を区別して記録する。

- 一 誰がその文書を発出したか（国内立法機関、条約当事国、行政機関、病院、専門職団体等）。
- 二 どの行為及びどの主体に直接関係するか（診療行為、患者の権利、行政支援、研究、健康データ処理等）。
- 三 いかなる法的効力又は倫理上の指針性を持ち、国内法令・院内制度との接続がどこにあるか。
- 四 当該業務時点に施行・適用されているか、資料の版次及び実際の病院許可を確認したか。

WMA医師倫理綱領が医師の専門的責務を定めることは、ボランティアに医師の権限を生じさせない。WHO患者安全権利憲章も、直接に院内の事故処理権限を設定する文書として扱わない。

(207) (私法上の責任根拠と行政上の安全確保義務の異なる射程)

本指針における法的分析は、少なくとも民法第415条の債務不履行、第709条の不法行為、第715条の利用者等の責任、第719条の共同不法行為、並びに医療法上の医療安全管理体制を区別する。これらは要件、権利義務の当事者、保護目的及び効果を異にし、事故の発生それ自体から同時に成立するものではない。民法の参照は責任構成の候補を示すにとどまり、患者と活動員の間に契約が成立したこと、活動員が同法第715条の被用者に当たること、病院の責任が成立することを推定しない。⁶⁶

検討の手順として、被害を受けた者と行為主体、当該行為に適用される具体的義務、義務違反、損害及び因果関係を分けて同定する。民法第415条の検討では債務関係の存否が問題

⁶⁵UNESCO, *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights* (2005年10月19日)、第3-14条、第18-20条等。
<https://www.unesco.org/en/legal-affairs/universal-declaration-bioethics-and-human-rights>。宣言の法的性格と国内における個別の適用根拠は区別する。

⁶⁶民法（明治29年法律第89号）第415条、第709条、第715条、第719条。<https://laws.e-gov.go.jp/law/129AC0000000089>。医療法（昭和23年法律第205号）第6条の12。https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=80090000&dataType=0。

となり、第 709 条では不法行為の要件が問題となる。第 715 条の使用関係や事業執行性、第 719 条の共同性も別途評価を要する。行政上の管理体制の不備という組織的論点と、個々の損害賠償要件は関連し得るが、それぞれの要件事実を照合する。

条文番号と条文内容の照合には、対象事件の時点と本書の参照時点をそれぞれ付す。e-Gov の法令検索画面は法令履歴や将来施行版を併記し得るため、現行画面への到達のみをもって事件当時又は 2026 年 10 月 8 日現在の条文・附則が全文確定したものとししない。民法上の責任構成については、この版で確認できた条文と未確認の適用時点を区別し、判例における具体的評価を別途要するものとして記録する。

e-Gov が掲げる民法の改正履歴には、2026 年 6 月 24 日施行の令和 8 年法律第 45 号による版が確認できる。2026 年 10 月 8 日の規範参照についてはこの日付を版候補として記録し、事件当時に遡る過失・使用関係の評価には当該事件時点の法令と判例原典を用いる。現時点で同改正の全文・附則・経過措置を独立に逐条照合したと表示せず、個々の請求原因の成立を本指針の一般論で代替しない。

(208) (民事責任の要件審査と判断時点)

民法上の債務不履行、一般不法行為、使用者等の責任、土地の工作物責任及び共同不法行為は、各々成立要件及び対象となる関係を異にする。事故の発生、道徳的な非難、改善策の必要性及び民事上の損害賠償義務は、独立して吟味する。特に民法第 717 条が問題となる場合、施設の設置・保存の瑕疵、占有・所有の関係及び損害との関連を確認するものであり、「病院施設内で起きた事故」という場所だけを根拠にその成立を認めない。⁶⁷ 業務上の是正措置が必要であるという判断は、民事責任の成立を認定したことを意味しない。逆に、個別の損害賠償義務が成立しない場合でも、将来の患者安全及び活動員支援のための組織的改善を検討し得る。

5.2. 医療機関の安全管理および専門職の権限

(209) (医療安全管理体制との関係)

医療法及び医療法施行規則は、病院等の管理者に対する医療安全管理の体制整備を定める。医療法施行規則第 1 条の 11 は、安全管理の指針や医療安全管理委員会等に関する要件を置く⁶⁸。ボランティア業務の企画に際しては、医療機関全体の安全管理体系との整合を確認する必要がある。一方、同条から直ちに志願者調整担当者個人の事故報告経路、報告書提出権限または委員会出席資格が確定するわけではなく、病院内の正式な手順による確認を要する。

厚生労働省が公開する同規則第 1 条の 11 では、安全管理指針、対象施設における委員会、職員研修、事故報告等の改善策、医療安全管理者及び記録整備が別個の項目として列挙される⁶⁹。この列挙から、活動員が病院の正式な職員研修の対象か、どの報告手段を利用できるかを当然に推測することはできない。マニュアル案では、規範主体である管理者、院内の実施責任者、活動員からの連絡受付者を別々の役割として表す。

医療安全の一連の制度では、管理者の体制整備義務、院内の安全対策部門の実務、活動員の発見・連絡、患者・家族への説明を区別する。医療法施行規則第 1 条の 11 の具体的規律は厚生労働省が公表する法令本文でも照合したが、e-Gov での 2026 年 10 月 8 日現在の全改正附則・施行時点に対する独立の照合は未完了である。これを理由に実務上の安全確保を停止

⁶⁷ 民法第 415 条、第 709 条、第 715 条、第 717 条、第 719 条。 <https://laws.e-gov.go.jp/law/129AC0000000089>。

⁶⁸ e-Gov 法令検索「医療法施行規則」第 1 条の 11 <https://laws.e-gov.go.jp/law/323M40000100050>。

⁶⁹ 厚生労働省法令等データベース「医療法施行規則」第 1 条の 11 https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=80092000&dataType=0 (2026 年 10 月 8 日閲覧)。e-Gov の該当法令識別子との一致を確認したが、e-Gov の動的表示により同サイト上の全条文及び改正附則の独立照合は完了していない。

せず、正式な連絡先を院内で確認すべき未確定入力として扱う。

e-Gov の医療法改正履歴には令和 7 年法律第 87 号による 2026 年 10 月 1 日施行の段階があり、医療法施行規則にも令和 8 年厚生労働省令第 119 号による同日施行の段階が表示される。したがって 6 月時点の検索画面を 10 月 8 日現在の完成版として固定することは適切でない。本章は管理者の法的な体制整備、現場の医療安全部門の所管、活動員の一次連絡を区別しつつ、両法令の 10 月 1 日版本について附則・経過措置及び第 1 条の 11 に対する具体的改正の有無を正式な法令データで追補照合する。

(210) （診療行為と周辺の支援の区分）

診療、診断、治療方針の決定、予防接種の適否判断等には、それぞれ法令に基づく資格、権限および専門的判断が関係する。公表された特任専門職員の担当業務は、健康チェック、抗体検査および予防接種等に関する案内、日程調整、記録整理等の事務補助を含む。したがって、実施方法の提案においても、日程・照会・記録の事務と、医学的判定・診療上の説明を区別する。専門的照会が必要な事案は所定の医療職・担当部署へ引き継ぐ。

(211) （感染対策研修と実施時点の安全条件）

令和 8 年の病院公式ボランティア募集は、受入れ過程の研修として感染対策および車いす介助等を掲げる⁷⁰。この公表事実は研修の存在と概略を示すが、個々の活動に必要な接触予防策、体調不良時の出席停止基準、活動停止判断権限、保護具の使用法までは特定しない。研修の受講状況と活動許可を区別し、具体的な行動基準は現行の院内感染対策手順によって確認する。

(212) （車いす支援と患者移動の境界）

病院は、にこにこボランティアの活動として車いす利用者の支援を公表する。移動支援の実施には、患者本人の希望、補助方法の理解、移動経路、身体状況に起因する危険、職員への照会可能性等の条件が関係する。活動の類型を単に「車いす介助」と記すだけでは、その許容範囲を確定できない。患者を移乗させる行為、医療機器を伴う移動、急変時の対応等については、特別な要件の有無を病院に確認する。調整担当者は、未許可の行為を活動員の善意だけに依拠して予定に組み込まない。

(213) （緊急事象の認識と専門経路への接続）

来院者の転倒、急な体調変化、移動中の危険、感染疑義等を発見した場合、通常案内継続と緊急対応は異なる業務局面に属する。本指針の作業提案としては、状況を速やかに所定の医療職・連絡先に伝え、危険な活動の継続を避け、必要な記録と引継ぎを担当権限の下で行う。通報先、実際の緊急番号、救命行為の許容範囲、院内インシデント報告システムの入力権限は公開情報から断定しない。具体的実施は院内の正式な指示に従う。

(214) （病院管理者の医療安全体制と個別支援行為の法的関係）

医療法第 6 条の 12 及び医療法施行規則第 1 条の 11 は、病院等の管理者が医療安全の指針、委員会、職員研修、事故報告その他の体制を整えることを規定する。⁷¹これらは管理者・医療提供体制に関する制度的根拠であり、非臨床のボランティアが医学的判断を行う権限を生じさせるものではない。他方、病院の制度的安全対策が存在する事実のみから、個別事案における注意義務の履行や免責を推認することもできない。院内活動における正式な連絡・研修・安全確認の具体的接続は、所管部署と確認する。

⁷⁰ 東京大学病院「にこにこボランティア募集」（令和 8 年）<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/volunteer/>。

⁷¹ 厚生労働省「医療法」「医療法施行規則」https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=80090000&dataType=0、https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=80092000&dataType=0。

医療安全体制の整備義務を個別の病院支援へ具体化する際には、担当区域・時間・事故類型・活動員に委ねた行為・当時の教育・連絡手段を同定し、責任及び改善策を遡及的に混同しない。安全教育の存在は教育の到達度を示すわけではなく、報告経路の文書化も実際の報告可能性を直ちに立証しない。この差を、制度設計と個別事例の因果評価をつなぐ分析対象とする。

5.3. 患者の権利、合理的配慮および院内相談

(215) (病院の公開する患者の権利)

東京大学病院が公表する「患者さんの権利と責務」には、少なくとも次の権利が掲げられている⁷²。

- 一 本人が医療に関する情報を得て、質問・意見を表明すること。
- 二 自らの意思に基づき医療を選択すること。
- 三 尊厳、人格、個人情報およびプライバシーについて適切な保護を受けること。

来院案内等を担当する活動員への説明では、本人が望まない補助を継続しないこと、質問を受け止めること、診療上の説明が必要なときは適切な職員につなぐことを区別して扱う。

(216) (知りたくない権利に対する配慮)

同院は、患者が病状、検査結果、治療等について知りたくない情報をあらかじめ申し出ることができる旨を公表している⁷³。案内担当者は、患者の意思を確認せず診療内容を推測して説明したり、第三者の前で私的事項を読み上げたりする行為を避ける。質問内容が診療・検査結果・告知に関わる場合は、関係部署の正式な説明経路へ案内する。

(217) (障害者差別解消法との接続)

障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律は、障害を理由とする不当な差別的取扱いの禁止や合理的配慮に関する制度を設ける⁷⁴。病院の案内・受付・移動支援においては、本人の求め、情報伝達方法、移動環境、設備の利用可能性および現場安全の条件を把握する。具体的配慮の実施主体と実施方法は法令の適用関係および病院の正式な対応手順に照らして確認する。障害種別や外見から援助需要を機械的に推定しない。内閣府の2024年施行案内は、事業者における合理的配慮の義務化と、場面・状況に応じた建設的対話の重要性を説明する。これは本人の具体的な障壁と希望を把握する出発点となるが、病院の個別の配慮方法、施設改修及び必要な医学的介助を活動員の裁量で決定できるという意味ではない。案内業務では、口頭説明、筆談、地図の示し方、案内先への連絡等の選択可能性を整理し、設備・医療上の判断を要する事項は所管者へ移す。障壁の記録も、疾病名の推定より先に「どの条件が通行又は理解を妨げたか」を対象とする。

同法第5条の環境整備と、第7条（行政機関等）・第8条（事業者）に定められる個別の差別禁止・合理的配慮とは規範主体、要件及び対応の位相が異なる。2024年4月以降、事業者の合理的配慮も法的義務とされたが、大学病院をどの主体区分・手続で扱うかは関係法令と法人の正式な法務判断に照らす。本人と建設的に対話する際にも、受付説明の形式変更と、施設・人的体制を伴う変更又は医療上の介助決定を分け、後二者を志願活動員が独自に約束しない。

⁷² 東京大学病院「患者さんの権利と責務」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/kenri/>。

⁷³ 東京大学病院「知りたくない権利に関する当院の方針」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/kenri2/>。

⁷⁴ e-Gov 法令検索「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律」第5条、第7条および第8条 <https://laws.e-gov.go.jp/law/425AC0000000065>。内閣府「改正障害者差別解消法が施行されました」（2024年5月）https://www.cao.go.jp/press/new_wave/20240520.html。

e-Gov の同法改正履歴では、2026 年 7 月 17 日施行の令和 8 年法律第 62 号による版と、2026 年 11 月 2 日施行の未施行版が並ぶ。本書の基準日である 10 月 8 日の検討には前者を候補として参照し、後者の改正内容を当時すでに効力を持つ義務として説明しない。現場での建設的対話の必要性和、個別の合理的配慮を正式に決定する主体区分は、版の確認と組織の権限確認という別の審査を要する。

(218) （相談の入口と判断権限の相違）

受付で寄せられる「場所が分からない」「受診手続の説明が必要」といった照会と、診療に関する相談、患者の権利に関する苦情、医療安全事案は、それぞれ異なる権限を要する。病院は総合相談窓口等を公開している⁷⁵。ボランティア調整上の相談受付と、医療上の苦情の解決判断を混同しない。本指針は、受付時に内容の必要最小限の分類、適切な窓口への接続、相手への説明、および記録範囲を確認する方法を提案する。

(219) （患者の意思決定支援と法的同意の所管）

障害者権利条約第 12 条及び第 25 条並びに UNESCO 宣言第 5-7 条を参照し、情報へのアクセス、理解のための支援、自由意思による選択及び能力に応じた当事者参加を区別する。⁷⁶本人の意思表示に困難があるという観察から、成年後見、代理同意、医療同意の有効性その他の法的結論を直接導かない。活動員の役割は、許可された接遇上の支援と適切な所管への連絡に限定し、医学的説明、代理判断又は本人の意思に代わる決定は行わない。

条約第 25 条は締約国による無差別の保健医療アクセス及び医療専門職による自由で十分な説明に基づく同意を含む。条約第 12 条の法的能力行使に関する支援と合わせて読んでも、病院案内員に医療行為への同意取得・同意能力の判定・法定代理関係の認定権限を与えるものではない。患者から判断支援を求められた場面では、確認できた希望、説明上の障壁、未決定の事項及び正式な照会先を区別して伝え、本人の選好を支援者の「最善」という判断で上書きしない。

(220) （患者安全、可及性及び公正な説明の権利）

WHO「患者安全に関する権利憲章」は、適時で適切な医療、安全な実施過程、有資格の医療従事者、施設の安全、尊厳・プライバシー、情報と意思決定支援、診療記録へのアクセス、意見の聴取及び公正な解決など十の権利を提示する。⁷⁷これらを院内案内に引き寄せる場合には、受診手続への平等な到達、分かりやすい説明、正当な意見の表明及び専門職への確実な接続を検討する。診療記録の開示決定や正式な苦情処理権限は関係部署の規程に従う。

(221) （患者の権利と「責務」の法的・倫理的な区別）

東京大学病院は「患者さんの権利と責務」を一つの公開文書に掲げているが、その併記によって個々の権利がすべて同一の法律上の条件付き給付になるとは推論しない。⁷⁸診療への協力、院内規則及び他者への配慮が問題となる場面でも、患者の尊厳、差別の防止、適切な情報提供、苦情申立て等の意義と、病院が法令及び専門的判断に基づき行う安全管理とを分

⁷⁵東京大学病院「総合相談窓口のご案内」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/soudan/>。

⁷⁶United Nations, *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, Articles 12 and 25. <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/article-12-equ-al-recognition-before-the-law.html>, <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/article-25-health.html>。日本国内での具体的実施は適用法令・病院規程に即して確認する。

⁷⁷World Health Organization, *Patient Safety Rights Charter* (2024 年 4 月 16 日)、<https://www.who.int/publications/i/item/9789240093249>。医療安全に関する患者の十の権利を整理した国際的指針であり、院内の所定手続そのものを定めない。

⁷⁸東京大学病院「患者さんの権利と責務」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/kenri/>（2026 年 10 月 8 日確認）。

けて検討する。来院者への活動員の案内では、患者が十分に協力的に見えないことのみを理由として、支援を任意に中止・制限する運用を定めない。

(222) (本人の意思と代理関与の境界)

小児、意識状態が変化している人、意思の伝達に支援を要する人について、家族・付き添い・法的代理人・医療専門職のそれぞれの役割は同一ではない。意思を表しにくいことから直ちに無能力と結論せず、本人への説明方法及び関与可能性をまず確認する。他方、医療上の代理同意、診療内容の告知、法的代理権の確認又は権利行使の判断は、活動員の通常の受付・移動案内業務には含まれない。疑義があるときは必要最小限の事実と共に正式な職員へ接続する。

(223) (患者の公開された権利表明と法的請求権の区別)

東京大学病院の「患者さんの権利と責務」は、情報取得、質問・意見、知りたくない情報の事前表明、医療の選択、尊厳及びプライバシーの保護を公表する。⁷⁹この公開方針は患者支援の重要な規範上の参照点である。ただし、表明された各項目の法的効力、具体的な履行請求の構成及び救済手段は、適用法令、契約関係、事実及び裁判上の解釈を通じて個別に判断する。院内の責務欄の存在を理由に患者の人格的利益が当然に失われると解釈しない。活動員による案内は、医療選択の代理行為と区別する。

5.4. ボランティアの法的地位、受入条件および保険

(224) (任意参加と雇用関係の相違)

病院の「にこにこボランティア」は、活動希望者が所定の手続を経て参加する制度として公表されている。病院は交通費・食費等が自己負担である旨も示す⁸⁰。この公開制度の性格は職員の雇用契約と区別して理解する。ただし、一般に労働基準法上の労働者性は名称のみで決まらず、実際の指揮監督、拘束性、報酬の労務対償性等を踏まえて判断される⁸¹。活動員の制度を設計する際には、自発性と説明可能性を保持し、形式上の呼称だけで法的適用の問題を解決したとみなさない。

(225) (基礎的サービスの責任と自発的活動の補完性)

志願者が活動する場合にも、病院が法令、契約および正式な組織上の役割により負う患者の安全や必要なサービスに係る責任が消滅するわけではない。厚生省の1993年の社会福祉活動参加促進指針は、基礎的な福祉需要について公的責任を述べるとともに、ボランティア活動に公的サービスが対応し難い多様な需要への柔軟な対応を期待している⁸²。本指針では、病院の義務を要する不可欠なサービスと、追加的な関わりや選択肢を豊かにする任意活動とを企画段階で区別することを提案する。欠員が生じても病院が保障すべき業務が維持されるかを確認し、活動員を当然の有給人員代替として扱わない。この区別は運営上の提案であり、特定職務の法的な分類や院内配置基準は公式資料と所管部署による確認を要する。

上記1993年告示は、研修、保険、調整担当、ボランティアセンター等の活動基盤の整備にも言及している。ただし社会福祉政策の参加促進に関する歴史的指針として参照するものであり、大学病院の雇用配置基準や特定の活動の法的必須性を直接導出しない。実施判断で

⁷⁹ 東京大学病院「患者さんの権利と責務」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/kenri/>。

⁸⁰ 東京大学病院「にこにこボランティア」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/cooperation/volunteer/>。

⁸¹ 厚生労働省「労働者とは」https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/keiyaku/index02.html。

⁸² 厚生省告示第117号(1993年4月14日)「国民の社会福祉に関する活動への参加の促進を図るための措置に関する基本的な指針」第一の一・二。https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=82006500&dataType=0&pageNo=1。同指針は社会福祉政策の一般的参照であり、個別病院業務の現行の法的責任を直接定める根拠とはしない。

は、参加を希望しない者及び参加後に中止する者が生じても患者サービスの必要水準を維持できるかという反事実的検査を提案する。

(226) （公開募集条件と選考の実務）

令和 8 年の公式募集ページは、説明会・面談・研修への参加、活動頻度・継続期間、活動開始時の年齢等について応募条件を掲げる。同ページは面談結果により活動を受け入れられない場合があると記載する。応募受付後の実際の判断においては、年度ごとの有効な募集要項と、病院が定める権限・判断基準を確認する。本指針の提案する適合性確認表や配置上の「資格」係数を、公開募集条件を超えた独自の排除基準として利用しない。応募者に求める説明の内容と、結果の通知・問い合わせ窓口を区別する。

(227) （年度更新と参加意思）

公式募集は活動期間を年度ごとの更新制とし、次年度の継続意向を年度末に確認すると説明する。参加可能曜日・時間帯も本人の都合に応じた選択を認める⁸³。この条件から、登録が継続している事実のみを根拠に将来の個別活動への同意が存在すると判断しない。年度更新の意思、個々の日の参加意思、特定役割への同意および必要資格を、それぞれ別に確認する仕組みを提案する。

(228) （ボランティア保険の公表内容）

病院の「にこにこボランティア」紹介ページは、ボランティア保険に未加入の者について病院負担で加入する旨を公表している⁸⁴。本記載から具体的な保険者、補償限度額、免責事項、事故時の連絡期限、活動類型別の適用範囲まで確定できるわけではない。受入前と事故発生時の事務については、加入状況の確認、適用範囲、申告経路と期限を院内担当者に確認する。保険への加入が安全確保や活動許可に代わることはない。

(229) （負担と自発性の継続的調整）

活動員の参加条件、時間の選択および費用の自己負担は、運営計画の可行性に直接作用する。人数不足時に、個人へ過度の活動追加や不利益な圧力をかけることでサービスを維持する設計は避ける。希望する者の意思を確認し、欠員時にはサービス縮小や部署との再調整を含む複数の対応を検討する。本条の負担配分および対話手順は執筆者の運営上の提案である。

(230) （道徳的義務、院内職務及び法的注意義務の区別）

困難な来院者を見かけて支援したいという倫理的動機、活動員に付与された院内の業務役割、事故発生時の法的注意義務は同一の概念ではない。責任の検討では、行為者の地位、予見可能性、具体的な権限、訓練、指示、作為・不作為、損害と因果関係を事案ごとに確認する必要がある。活動員であることのみから責任の不存在又は成立を断定せず、医療専門職に固有の義務を非臨床活動員へ無条件に転写しない。具体的な法的評価は正式な法務・所管の判断に委ねる。

(231) （無償性と使用者責任の成否）

民法第 715 条の「ある事業のために他人を使用する者」と「被用者」の関係は、無償か有償かという一要素や当事者の呼称だけから決定できない。具体的な指揮監督、活動が事業の執行とどのように結びつくかを事案に即して検討する必要がある。病院が志願活動を組織している事実だけで直ちに第 715 条の要件充足を断定せず、逆に「ボランティア」の名称だけでその適用可能性を否定しない。医療運営課の調整権限、各部署の指示権限及び実際の業

⁸³ 東京大学病院「にこにこボランティア募集」（令和 8 年）、前掲 URL。

⁸⁴ 東京大学病院「にこにこボランティア」、前掲 URL。

務指示の記録は、この判断に関連し得るが、正式な責任認定は権限ある手続に委ねる。⁸⁵

(232) (活動員自身の行為と不法行為の個別要件)

活動員による支援行為から損害が生じた場合にも、民法第 709 条の成立は、故意又は過失、権利又は法律上保護される利益への侵害、損害及び因果関係等の要件を検討して判断される。患者が不快と感じたこと、活動員が善意であったこと、または結果として転倒が発生したことのいずれかのみで法的帰責は完結しない。支援時に本人が表明した意思、活動員に伝えられた注意事項、環境上の危険、訓練及び緊急の連絡可能性等を区別して検証する。本項は一般的な法律分析であり、具体的な行為の適法性を保証しない。

(233) (保険給付、損害賠償及び組織責任の非同一性)

病院の公開資料にボランティア保険の取扱いが示されていても、保険契約の適用、保険金給付、当事者の賠償責任及び組織の予防義務は異なる制度である。保険の対象事象、除外事項、補償額、届出期限及び加入者・被保険者は保険約款と正式な院内資料に基づいて確認する。保険適用の有無をもって違法行為又は注意義務違反の有無を推測しない。事故発生時は、初期安全確保・院内報告と保険手続に関する必要連絡を区別して扱う。

(234) (受入れの文書、誓約及び活動範囲に関する確認)

募集要項、申込書、受入通知、研修確認、守秘に関する書面及び活動依頼は、それぞれ異なる作成目的を持つ。具体的な法的拘束力、取消条件及び当事者の義務は、文書の文言、制度の実態及び適用法令によって判断される。本指針が作成を提案する「担当可能」フラグや承認欄は、実際の合意内容や病院からの正式な授權を自動的に生成するものではない。将来院内文書を確認できる場合には、形式、作成者、適用時点、通知方法を追跡する。

(235) (歩行支援ボランティアの民事責任に関する東京地裁判決)

比較検討の対象として東京地方裁判所平成 10 年 7 月 28 日判決（平成 7 年（ワ）第 6296 号・第 20624 号、判例時報 1665 号 84 頁）を参照する。厚生労働科学研究成果に収録された判例一覧は、この同一事件を事例 16-A、16-B 及び 16-C に分けて紹介している。16-C に記載された事案の概要によれば、左半身麻痺があり屋外で近位監視を要する通院者が、社会福祉協議会を介して付き添った活動員と病院での訓練を終え、帰宅のため玄関に向かった際、活動員がタクシーを呼ぶため離れた間に転倒した。16-A は「善管注意義務が否定された」とする一方、16-B は「善管注意義務を負うと認めたが、その違反は認められない」と記すため、同一覧だけでは判決の法律構成を一義的に確定できない。公開された法律評釈の抄録には、無償性のみでは注意義務の程度を軽減しないことと、具体的場面で過失を認めないことを区別する説明がある。ここから直ちに特定の法的義務の成立又は不存在を断言せず、① 契約関係、② 一般不法行為上の注意義務の存否、③ 個別の危険に応じた注意義務の内容、④ 違反・過失、⑤ 因果関係を分離して検討する。判決全文を閲覧・照合したものではなく、大学病院の職務内容、身体介助権限又は責任配分を確定する判例として扱わない。⁸⁶

(236) (同判決の二次資料に残る注意義務記述の差異)

同一の平成 10 年東京地裁判決について、厚生労働科学研究成果の一覧に収載された 16-A と 16-B の短評には、注意義務の存在に関する文言の相違がある。16-C は具体的事実と請求棄

⁸⁵民法第 715 条。<https://laws.e-gov.go.jp/law/129AC0000000089>。

⁸⁶一次判決文は未確認。二次資料：厚生労働科学研究成果公開資料『転倒に関わる対応策を検討すべき判例』22-23 頁、事例 16-A-C、https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202216012B-sonota1.pdf (PDF の該当二頁を 2026 年 10 月 8 日に照合)；高村浩「介護事故の裁判例」『総合リハビリテーション』32 巻 3 号 (2004 年) 239-244 頁、<https://webview.isho.jp/journal/detail/abs/10.11477/mf.1552100715> (公開抄録の範囲)；中原太郎「ボランティアの民事責任」『社会保障判例百選』第 6 版 (2025 年)、<https://yuhikaku.com/articles/-/27576> (書誌案内)。それぞれ資料の種類と閲覧範囲が異なる。

却の結論を記す一方、注意義務の抽象的な存否を独立に確定する記述ではない。高村浩による公開抄録は、無償性、活動者が専門家かどうか、本人への声掛け、待機位置及び経過時間などの事情を踏まえた事例判断を紹介する。したがって「注意義務がない」「注意義務はあるが違反がない」「契約責任が成立しない」「請求が棄却された」という四つの命題を相互に置換しない。判例表の一行記述の相違を原判決の法理の相違として再構成することも控える。原典未照合の期間は、判決理由の直接引用を避け、本文の事実紹介、評釈の解釈及び本稿の実務提案を出典階層ごとに明示する。この区別は、善意の活動と安全上の責任が並存し得るという関係論的検討の前提である。⁸⁷

(237) （事務管理及び緊急事務管理の射程）

民法第 697 条は義務なく他人のために事務管理を始めた場合の制度を定め、第 698 条は急迫の危害を回避する緊急事務管理に関する責任制限を定める。前提となる事務管理の成立を欠くとき、例えば受入れ・割当てによる既存の義務の履行に当然に適用されるわけではない。また、緊急事務管理の規定から活動員に医療資格又は院内許可を与えることはできない。転倒又は急変時には、まず安全確保と正式な医療連絡経路を優先し、法的分類は事後に権限ある者が検討する。⁸⁸

(238) （民法第 715 条の使用関係に関する事実認定項目）

活動員と病院の関係を民法第 715 条に照らして検討するときは、名簿登録、謝礼の有無及び「ボランティア」という名称のみで使用関係を決定しない。業務上の指示、日程・配置、研修、行為方法への関与、中止や変更の権限、活動と事業執行の関連及び行為時の具体的状況をそれぞれ事実として特定し、法的評価と分ける。参考となる別類型の裁判文書では、情報システムの再委託先による個人データ流出事件において、使用関係と実質的指揮監督をめぐり当事者双方が異なる主張を述べている。この文書中の当事者の主張を、裁判所が採用した法律判断として引用しない。個人情報保護上の委託先監督と民法第 715 条の使用関係も同一概念ではない。参考事件の構造を大学病院の無償活動へ直接適用せず、個々の契約、役割及び権限について正式な法的判断に委ねる。⁸⁹

5.5. 個人情報、活動記録および保健情報の取扱い

(239) （国立大学法人附属病院への個人情報規律）

個人情報保護委員会・厚生労働省の医療・介護分野ガイダンスに関する Q&A（Q1-3）は、個人情報保護法第 4 章の民間部門規律の全部又は一部の適用を受ける国立大学法人等が運営する医療機関を本ガイダンスの対象に含める旨を具体的に示している。国立大学法人が設置する大学病院についても、設置主体の公的性格だけから情報の利用・共有を自由化することはできない。他方、医療・研究・大学運営に係る具体的な処理について、適用条文、取得目的、委託、第三者提供、開示請求及び各担当者の院内権限を個別に判断する。病院による適法な取得又は利用という組織上の条件と、活動員・調整担当者の閲覧、外部への転記、試作システム利用の許可は別々に確認する。⁹⁰

⁸⁷厚生労働科学研究成果公開資料「資料 1：転倒に関わる対応策を検討すべき判例」22-23 頁、事例 16-A-C、https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202216012B-sonota1.pdf。高村浩、前掲公開抄録<https://webview.isho.jp/journal/detail/abs/10.11477/mf.1552100715>。原判決の全文・訴訟記録は確認できていない。

⁸⁸民法第 697 条、第 698 条。<https://laws.e-gov.go.jp/law/129AC00000000089>。

⁸⁹民法第 715 条<https://laws.e-gov.go.jp/law/129AC00000000089>。別類型の裁判資料<https://www.courts.go.jp/assets/hanrei/hanrei-pdf-90230.pdf>（顧客情報漏えい・業務委託の事案。主張部分と裁判所認定部分を区別して参照し、ボランティアの責任を直接論じた判例として使用しない）。

⁹⁰個人情報保護委員会「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンスに関する

(240) (病院の公開する個人情報保護方針)

東京大学病院は、診療および運営管理に必要な範囲での情報収集、利用目的の周知、情報の安全管理、職員等への教育、委託先の監督、開示・相談への対応等を公表している⁹¹。活動記録および保健情報の取扱いに関しては、当該基本方針を参照した上で、活動員データへの適用範囲、閲覧できる職位、利用目的と保存期間を別途確認する。

(241) (個人情報、個人データおよび要配慮個人情報の区別)

個人情報、個人データ、保有個人データは法律上異なる概念であり、病歴、健康診断結果等は要配慮個人情報として特別の取扱いを要し得る。紙のメモであっても本人を識別し得る情報は個人情報になり得る⁹²。活動員について抗体検査・予防接種の案内または日程調整を担当する場合も、記録に必要な項目を限定し、医学的結果の閲覧権限や保管可否を独自に推定しない。受診者の診療情報と活動員の健康管理事務情報は、目的・アクセス権限・保存規則を分けて扱う。

(242) (利用目的と最小限の取得)

活動調整に必要な情報として、本人が選択した日時、連絡方法、担当を許容された活動種別等が考えられる。病歴、患者の診療内容、活動員の私生活または価値観の詳細は、単により精度の高い配置予測が可能になるという理由だけで収集しない。業務上必要なデータの範囲は目的、許可および院内規程に基づいて確定する。本指針の数理最適化例における架空データ項目は、実務上の収集許可を意味しない。

(243) (共有、誤送信および保管に関する境界)

活動配置表を関係部署に伝える場合、共有する相手、業務上の目的、閲覧の期間および必要な項目を確認する。メールの宛先違い、個人端末への保存、無許可クラウドへの複製、印刷物の放置等は、利便性のための情報共有から情報漏えいへ転化し得る。連絡手段、持出し、転送、廃棄の具体的な可否は大学・病院が承認した情報管理規程とシステムに従う。事故が疑われる場合の初動と報告窓口も院内確認事項である。

5.6. 次世代医療基盤法と二次利用の権限境界**(244) (制度の対象と病院の公表実務)**

次世代医療基盤法は、認定された事業者等による匿名加工医療情報及び仮名加工医療情報の作成・利用について、独自の条件と管理の枠組みを定める。2024年4月施行の改正によって仮名加工医療情報の制度が導入され、内閣府の公開一覧は2026年10月1日のガイドライン改訂を明記している。制度の基本方針、ガイドライン、Q&A及び実際の法律上の要件は、相互に参照しつつ文書の性質と版を区別する⁹³。東京大学病院は同法に基づく医療情報の認定事業者への提供について公式に説明している⁹⁴。制度に関する正式な運用と、日常のボラン

Q&A) Q1-3、https://www.ppc.go.jp/all_faq_index/faq3-q1-3/。医療・介護分野ガイダンス及びQ&Aの2026年4月改訂情報は<https://www.ppc.go.jp/personalinfo/legal/guidelines/>を参照。

⁹¹東京大学病院「個人情報保護方針」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/about/kojinjouhou/>。同院のウェブサイト利用者向け「プライバシーポリシー」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/privacypolicy/>は、別途ウェブサイトで取得される情報を対象とするため、両文書の射程を区別する。

⁹²個人情報保護委員会、前掲医療・介護分野Q&A、Q2-1、Q2-4。

⁹³内閣府「関係法令・ガイドライン・通知・事務連絡」<https://www8.cao.go.jp/iryou/hourei/hourei.html> (2026年10月1日改訂の記載を含む)。内閣府「1人のデータ、みんなの健康、次世代法」https://www.cao.go.jp/press/new_wave/20240603.htmlは2024年当時の普及・解説資料であり、最新版の条文又はガイドラインそのものとは区別する。

⁹⁴東京大学病院「次世代医療基盤法に基づく医療情報の提供について」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/about>

ティア活動記録の利用は別個の業務領域として扱う。この制度の説明では、匿名加工と仮名加工の別、提供先の認定、本人への通知・提供停止手続及び利活用者の地位を区別する。内閣府の 2024 年解説は仮名加工医療情報の提供について認定された利活用者に限定されると説明しており、病院の公式ページは認定事業者への提供と、患者による停止申出の方法を具体的に案内している。患者が制度による提供を拒否できるという説明を、患者支援チームや個人の試作アプリに医療情報を取得する別個の同意が与えられたという意味に転化しない。

(245)（情報提供の停止に関する窓口）

病院の公表案内は、医療情報の提供を望まない患者が提供停止を求めることができ、拒否しても治療への影響がないことを明記する。窓口として医療運営課診療情報管理担当を公表している⁹⁵。医療運営課の同一部局内に名称の異なる担当があることをもって、患者支援チームの調整担当者に同じ受付・判断権限があると推定しない。当該制度について質問を受けた場合の具体的な案内方法は、正式な院内取扱いに従う。同院の公開案内では、情報の提供は書面を渡してから一か月経過後とされ、提供停止の相談先は医療運営課の診療情報管理担当（代表電話経由、平日 9 時～17 時）とされる。窓口が明示されていることと、どの活動員でも停止申出を受理・処理できることは区別する。また、本人が「提供を止めたい」と述べた事実、その意味を確認するための相談、所管に受け付けられた申出、実際の処理完了を別の状態として扱い、口頭相談だけを根拠に停止完了を保証しない。

(246)（二次利用の対象と調整業務記録の区別）

本制度は医療情報の認定された仕組みによる研究開発目的の取扱いを対象とする。ボランティアの出欠表、研修履歴、活動希望、苦情記録等が当然に同法の医療情報利用制度へ組み込まれるわけではない。患者向けサービス評価に診療情報を結合すること、活動員への評価を個人の診療歴に結合すること等は、正当な目的、適用する法制度、院内権限および必要な手続の独立確認を要する。本指針はこうした連結を既存の許可済み手続として扱わない。GR の三層分析を適用すれば、患者の内的意思や同意の本体的状態について推測を抑え、関係的実在の層で患者・病院・認定事業者・研究者の役割と権限を同定し、表現的実在の層で通知書面、申出、処理日時及び公開説明を検証対象として区別できる。ただし、この概念分解は法律上の同意成立・提供停止の効果や院内の記録制度を独自に定義するものではない。

(247)（データ加工と再識別の残余リスク）

匿名加工、仮名加工および単なる識別子の削除は、法制度上の定義、再識別可能性、利用主体の認定および許容される提供先等が異なる。データを集計しただけで保護の必要性が消失したと断定せず、少数事例、特殊な日時、役割や場所の組合せから個人を推測できる可能性を検討する。研究利用の制度を参照することと、実務用のダッシュボードや公開成果に情報を載せることは異なる判断である。詳細な法制度の体系的検討は第 19 章の情報ガバナンス節に委ねる。

5.7. 情報システム、外部サービスおよび計算論的支援

(248)（医療情報システム安全管理の現行参照）

厚生労働省は医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第 7.0 版を 2026 年 6 月に公表し、経営管理、企画管理、システム運用、保守委託機関等の観点を示している。関連

/jisedai_kiban/。

⁹⁵ 東京大学病院、前掲「次世代医療基盤法に基づく医療情報の提供について」。同ページは連絡先・受付時間および提供開始までの期間も示す。実務利用時には最新版を確認する。

Q&A は 2026 年 9 月版が公表されており、条文、本文各編、Q&A の位置づけを取り違えない⁹⁶。本指針が試案として検討する Forms、Excel、調整用 Web アプリケーション及び数理最適化等の採用可否は、取扱情報、システムに求められる安全性、外部委託関係、認証・アクセス権及び院内所管の承認を踏まえて個別に判断される。ガイドラインが存在すること自体は、特定の外部サービスの院内使用許可を意味しない。

(249) （公開デモと実業務環境の区別）

合成された架空データだけを用いる技術デモと、実際の患者・活動員・職員に関する情報を入力する運営システムは、リスクと求められる承認が異なる。本指針の試作コードや論文上の数理モデルが公開される場合も、実在の病院内部データ、職員連絡網、患者情報、機微な施設情報等を含まないことを確認する。ソースコードが公開可能であることは、当該コードに入力するデータの公開許可または病院による利用承認を意味しない。

(250) （生成 AI および外部解析サービスの利用条件）

生成 AI、外部クラウド、外部統計サービス等を導入する場合、入力データの目的、個人識別可能性、保存・再利用条件、外部送信の有無、契約関係、説明可能性および責任主体を確認する。職位上のアクセスが仮に存在しても、それを用いて個人契約の AI サービスへ情報を送る許可を意味しない。業務上の具体的な許容範囲は病院の正式な情報管理手続で判断する。執筆者が提案するアルゴリズムの比較評価は、当面は架空または正当に利用を許可された非機微データで行う。

(251) （計算結果と正式決裁の分離）

配置計画を計算する主体、配置を承認する主体、現場実施を確認する主体、変更を通知する主体を区別する。制約を満たす計算結果が得られても、本人同意や制度上の許可が確認できていない配置は実行可能として扱わない。権限上の保留条件は機械的に補完せず、確認待ちとして明示する。モデルに組み込んだ活動資格、優先度または公平性の基準は、根拠と承認の有無を追跡できる形で記録することを提案する。

5.8. 記録、苦情、事故および制度的な説明責任

(252) （活動記録と患者情報の目的別区分）

活動員の出欠、活動時間、担当区域、研修状況、配置変更等の事務記録は、業務遂行と必要な引継ぎのために整理し得る。他方、来院者から偶然知った診療・家族・生活上の情報は、同じ記録表に自由記述で蓄積する対象としない。相談、事故またはその他の必要な報告については、その目的に対応する正式な記録手続と閲覧権限を確認する。記録の保存期間や削除基準を本指針が独自に一律設定することは避ける。

(253) （相談・苦情・事故の異なる制度経路）

活動日程の相談、ボランティア活動上の対人関係の相談、患者サービスへの意見、個人情報に関する苦情、医療安全上の事故には、それぞれ異なる処理経路が考えられる。病院が公表する患者相談窓口と、活動員を支える担当者の連絡機能を区別し、情報の内容に応じて適切に引き継ぐ。重大な危険については通常のサービス評価よりも安全確保および所定の報告を優先する。具体的な通報先・期限・記録様式は院内規程に基づいて確定する。

(254) （責任の分散に対する記録設計）

多職種、複数部署およびシステムの協働では、判断を支える情報と行為の責任主体が分

⁹⁶厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第 7.0 版」（2026 年 6 月）及び同ページ「ガイドライン Q&A」（令和 8 年 9 月）https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000516275_00006.html。

かれ得る。執筆者による記録案では、少なくとも次の段階を区別する。

- 一 依頼。誰から、いつ、何を求められたか。
- 二 提案。誰が、どの根拠と条件に基づき対応案を作成したか。
- 三 承認。誰が権限に基づき実施を認めたか。
- 四 実施。実際に誰が何を行ったか。
- 五 結果確認。結果と未解決の事項を誰が把握したか。

記録のために不必要な患者情報を収集しない。責任の法的帰属は、個別の事実関係と適用法令・院内規程に照らして判断する。

(255) (証拠の時間、出典および制度状態)

証拠に基づく改善判断では、いつ、どのような条件下で、どの部署または主体が何を記録したかが重要である。例えば、活動枠や図書室の開室状況、感染対策、職員配置、患者の動線が変われば、同じ人数の記録が示す意味も変わる。業務記録や統計の比較では、資料の時点、記録定義、適用された制度状態および例外事象を必要な範囲で付記することを提案する。過去の規則性から未来を必然的に導くことを避け、EBPM の認識的限界と接続する。

(256) (損害の申出と賠償責任の認定の手続分離)

患者・家族等から損害の申出を受けた段階では、まず現状の安全確保、正式窓口への接続、申出内容と連絡時点の正確な保存を優先する。活動員又は担当事務職員は、責任がないと即断したり、法的請求が成立すると約束したり、賠償条件を独自に提示したりしない。相談としての受理、事実確認、損害や因果関係の判断、保険対応、法的な示談又は訴訟は、異なる権限・情報を必要とする段階である。法務・医療安全等の所管の特定は正式な院内体制によって行う。

(257) (事故時の証拠保全、訂正履歴及び当事者の尊厳)

事故の原因究明に必要な原記録は、保存と変更履歴の確保を検討する。同時に、被害申出者と活動員の双方の人格的利益、守秘、健康情報へのアクセス制限及び反論や説明の機会を尊重する。記録に誤記があれば、元の記載を無痕跡に消去するのではなく、正式に許容された方法による訂正と経過記録を検討する。記録保全を理由として無関係な患者情報を拡大取得したり、内部共有先を無制限に増やしたりしない。保存・訂正方法は院内規程を確認する。

(258) (事故と救護の関係における二つの注意義務)

事故の予見と発生防止に関する判断及び事故発生後の安全確保・専門職への接続に関する判断は、時間的位置、把握し得る情報及び必要行為を異にする。厚生労働科学研究成果に掲載された東京地裁平成 25 年 5 月 28 日判決の二次整理では、通所介護中の転倒自体について施設の責任が否定された一方、その後の速やかな医師受診へつなぐ対応の義務違反が認められた旨が紹介されている。この整理から得られる分析上の示唆は、予防の評価と事故後の初動を連続する別段階として扱うことである。現場で危険又は負傷を認めた場合には、活動員自身が医学的診断や法的責任判断を行わず、所定の経路で必要な専門職へ速やかに引き継ぐ。原判決の全体は未照合であり、介護事業者と大学病院との法制度・契約・担当権限の相違を明示する。⁹⁷

(259) (責任審査のための法的構成別確認表)

具体的な事故を評価するときは、少なくとも次の経路を別々に確認する。

⁹⁷厚生労働科学研究成果公開資料『転倒に関わる対応策を検討すべき判例』19 頁、事例 7-A・7-B、https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202216012B-sonota1.pdf。一次判決文を直接検証したものではない。

- 2127 一 契約上の請求を論じる場合、当事者、契約内容、債務の具体性、履行状況及び損害と
2128 の関係。
- 2129 二 民法第 709 条を論じる場合、保護される権利又は利益、行為、故意・過失、損害及び
2130 因果関係。
- 2131 三 民法第 715 条を論じる場合、使用関係、事業執行性、被用者の不法行為及び条文所定
2132 の要件・抗弁。
- 2133 四 民法第 717 条を論じる場合、工作物の瑕疵、占有者・所有者との関係及び損害との関
2134 係。
- 2135 五 民法第 719 条を論じる場合、複数行為者と損害の関係、各行為の具体性及び共同不法
2136 行為の要件。

2137 これらを並列に書き出すことは複数の責任が実際に成立するとの判断ではなく、可能な論点
2138 の見落としを抑制する方法である。

2139 (260) (患者本人の選択と注意義務に関する実務的留保)

2140 支援を断る意思の尊重は倫理的に重要である。他方、本人の選択があった事実だけで、施
2141 設側の安全上の注意、職員への通報又は実施条件の確認の必要性が一律に消えるわけではな
2142 い。反対に、危険を推定しただけで本人の意思を無視した身体介入を常態化させることも許
2143 されない。行為時点の意思確認、必要な説明、担当職員への接続、代替経路の検討及びその理
2144 由を分けて記録し、法的な帰責の結論は別途判断する。

2145 5.9. 規範的整合の点検と後続業務への接続

2146 (261) (業務開始前の法令・規程点検)

2147 具体的な企画または運営変更を提案する前に、次の事項について確認先と根拠を整理す
2148 る。

- 2149 一 活動設計の条件。
 - 2150 イ 業務目的、対象者および活動区域。
 - 2151 ロ 活動に必要な人員、時間帯および受入部署。
- 2152 二 法令および権限。
 - 2153 イ 適用法令ならびに関連する院内規程。
 - 2154 ロ 必要な実施許可、本人意思および担当者の権限。
- 2155 三 安全および権利保護。
 - 2156 イ 医療安全・感染対策に関する条件。
 - 2157 ロ 取得・記録する情報、閲覧権限および保存条件。
- 2158 四 例外および検証。
 - 2159 イ 事故・苦情・欠員等の発生時に接続する窓口。
 - 2160 ロ 実施後の結果確認および改善方法。

2161 本項は執筆者が提案する点検様式であり、病院の公式チェックリストを示すものではない。
2162 実際の実施判断は所定の責任者が行う。

2163 (262) (公開資料で確定しない事項の保留)

2164 作成時点の公開情報からは、個々の活動員の医療情報閲覧権限、ボランティアの守秘誓
2165 約書、感染・事故報告の内部手順、健康管理情報の保管とアクセス権、図書室開室の決定権、

予約・受付システムへの操作権限、対外情報共有の承認経路等は確定しない。これらを「要確認」事項として保存し、正式な内部資料へのアクセスが与えられたときに事実即して更新する。推定を事実へ昇格させることを防ぐこと自体が、本指針の品質管理の一部である。

(263) (後続章への適用関係)

本章の区別は、第7章の企画・制度設計では活動許可と安全条件の事前確認、第8・9章の募集・受入れでは本人説明・個人情報の取得範囲、第10章の研修・健康管理では医学的判断との権限分界、第11章の配置最適化では硬制約と承認の有無、第14・15章の院内サービスでは患者の権利と接遇、第16章の安全管理では緊急事象の連絡、第18・19章の記録・情報管理では目的とアクセス権、第20章のEBPMでは証拠と制度状態の整合として適用される。個別業務に固有の要件が確認された場合は、本章の一般的な整理を当該条件に即して修正する。

(264) (一般原理と病院固有の実践の相互校正)

医療倫理、法令適合性、個人情報保護、合理的配慮および説明責任は、幅広い医療機関で参照される一般的な原理である。これに対し、東京大学病院の公開する患者の権利、にこにこボランティアの受入条件、研修日程、自己負担・保険の説明、次世代医療基盤法に係る医療情報の提供および具体的な受付窓口は、当該制度的環境の固有性を示す。本指針は一般原理によって固有の実践を分析するとともに、病院の実際の条件に照らして分析の前提と提案の可行性を再検討する。ここにおける理論と実務の往復は、執筆者による方法論上の位置づけである。

(265) (2026年の医学研究倫理指針改正に関する適用時点)

「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」は2026年8月27日に一部改正が告示されたが、厚生労働省は改正後の指針の適用開始を同年12月1日と公表している。したがって2026年10月8日の業務検討では、公布済みの改正と現在適用される規定を明確に区別する。⁹⁸また、医療分野の業務改善を研究として実施するか否かは、公開予定の有無のみを基準として機械的に決めず、研究目的、計画内容、対象情報、適用法令及び所管の判断により確認する。

時点管理のため、各企画に「検討日」「適用候補となる指針の版」「施行・適用開始日」「研究該当性及び倫理審査に関する所管確認」の四項目を保持することを提案する。制度改正の存在を研究実施の承認と同一視せず、業務改善のための観察が後に研究目的へ拡張される場合は、目的・対象データ・説明と同意・利用条件を改めて確認する。公開・論文化の予定だけによって研究該当性を一義的に判定しない。

6. 証拠基盤型業務決定方法論：EBM・EBPMの理論、限界および運用

6.1. 本章の目的、用語および適用境界

(266) (本章の目的と他章との関係)

本章は、ボランティア活動の企画、募集、受入れ、研修、配置、日常運営、患者サービスの補助および改善に関する判断を、検証可能な情報と関係者の実際の経験に即して行うための方法論を整理する。第3章の権限・責任、第4章の支援倫理および第5章の法令・院内規程との整合を前提とし、第7章以下の個別業務における判断記録と第20章のサービス評価へ接続する。本章に示す評価設計、観測項目、判断手順および数理モデルは執筆者の試案であり、

⁹⁸厚生労働省「『人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針』の一部改正について」（2026年8月28日）https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_75864.html。研究に関する指針の公表一覧<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/kenkyujigyoku/i-kenkyu/index.html>。

2204 病院の承認済み管理手順ではない。

2205 (267) (EBM・EBPM・EBP の用語区分)

2206 本指針で扱う「証拠に基づく判断」に関係する語は、各々の対象、制度的出自および判断
2207 範囲を区別して用いる。

2208 一 Evidence-Based Medicine（臨床医学における EBM）。臨床的専門性、研究から得られ
2209 た証拠および患者の価値・状況を考慮する医学的意思決定の考え方を指す。患者の診
2210 断・治療を評価する権限を本章が非医療職に与えることはない。

2211 二 Evidence-Based Management（組織運営における EBM）。活動配置、連絡、業務手順の
2212 改善等、組織内部の管理判断を証拠に照らして吟味する考え方を指す。本章の主要な
2213 適用対象の一つである。

2214 三 Evidence-Based Policy Making（EBPM）。施策目的、因果仮説、実施および評価を、利
2215 用可能な証拠を踏まえて組み立て直す政策形成上の考え方を指す。病院の事業改善に
2216 関する本指針の応用は類比的・方法論的なものであって、病院に行政機関の政策評価
2217 制度を直接適用する趣旨ではない。

2218 四 Evidence-Informed Practice（証拠により情報を得た実践）。証拠の限界、現場の知、本
2219 人の意向および適用規範を明示し、証拠が最終的な価値判断を単独で決定することを
2220 避ける運用姿勢を指す。

2221 これらを便宜的に一つの「EBPM」と称して混同することを避ける。実務上の決定者および承
2222 認者は、当該業務について病院が正式に定める者とする。

2223 (268) (観測、評価、決定および実施の区別)

2224 本章では、現象を見聞きし記録する「観測」、観測を基準や目的に照らして解釈する「評
2225 価」、複数案から実施方法を選ぶ「決定」、実際に活動を変える「実施」、結果を再び確かめる
2226 「再観測」を区別する。たとえば図書室の閉室を観測しても、その原因が直ちに志願者数に確
2227 定するわけではない。評価には開室時間、必要な資格、利用者需要、施設の条件および当日の
2228 例外を把握する必要がある。改善の実施にはその事項を扱う権限者の了承が必要である。各
2229 段階の根拠と責任を記録上区別することで、情報を収集した人と判断した人の役割の混同を
2230 防ぐ。

2231 (269) (非医療的支援業務の適用範囲)

2232 証拠基盤型方法論の主たる対象は、案内への到達可能性、説明の分かりやすさ、活動の継
2233 続可能性、配置の適合性、連絡の正確性、待機・交接の状況ならびに活動員の経験等である。
2234 診療効果、患者の疾病予後、治療選択の妥当性または患者安全の医学的評価は、医療専門職お
2235 よび病院の正式な審査・管理体制に属する。案内や移動支援で気付いた安全上の問題は、独
2236 自の因果分析を待ってから対処するのではなく、まず所定の連絡・安全確保手続へ接続する。

2237 6.2. 日本における EBPM の制度的背景と病院固有の運営条件

2238 (270) (政府の EBPM 関連資料の位置づけ)

2239
2240 日本政府は EBPM の取組を進め、内閣官房行政改革・効率化推進事務局の公表資料とし
2241 て『EBPM ガイドブック Ver2.0』を 2026 年 9 月 1 日に公開している⁹⁹。内閣府も政策評価及び

⁹⁹政府の行政改革「EBPM の推進・支援」<https://www.gyokaku.go.jp/ebpm/shien/index.html>（「EBPM ガイドブック Ver2.0（令和 8 年 9 月 1 日公表）」）。同サイトのトップページ<https://www.gyokaku.go.jp/>は

ロジックモデルに関する資料を公表している¹⁰⁰。それらは政策形成の一般的方法論を検討するための参照資料であり、大学病院の志願活動企画が中央政府の政策評価制度に直接従うこと、あるいは同ガイドブックが院内業務規程として採用済みであることを意味しない。利用可能性は患者サービスの具体的目的、得られる証拠及び正式な決裁体制を踏まえて吟味する。

内閣府の公開ページには 2026 年度の EBPM 方針、ロジックモデルの作成上の論点、評価・研修の資料が並ぶ。参照する際は、政策目的とサービス活動の目的、実施主体、利用可能なデータ、評価対象、比較条件及び判断権限の相違を記録する。因果仮説をロジックモデルに図示したこと自体は、施策効果又は病院内での実施承認の証拠にならない。GR では、観測した活動数と、患者・部署・活動員の関係変化を媒介する制度条件を別の分析単位とする。

評価可能な仮説を置く場合には、施策の実施前後に、介入、媒介過程、アウトカム、代替説明及び観測の偏りを明示する。例えば案内時間の短縮と患者が望む支援を受けられたことは異なる測定対象であり、後者に関する本人の反応を取得できないときには未測定として残す。測定対象の選定そのものが価値判断を含むことを記し、比較群の不在や感染対策の変更を無視した因果帰属を避ける。

(271) (病院固有の公開活動時間と活動選択)

2026 年度の「にこにこボランティア」公開募集では、平日（祝日および年末年始を除く）の活動時間帯として、次の三枠が示される¹⁰¹。

- 一 8 時 30 分から 11 時 30 分まで。
- 二 9 時 30 分から 12 時 30 分まで。
- 三 12 時 00 分から 15 時 00 分まで。

本人の都合に応じた選択が公開されており、学生には 2 時間枠が認められる場合がある。これは志願者が参加可能性を申告・選択できる運用条件であり、全員について固定的な割当てが成立していることを意味しない。また、時間帯の重なりは配置上の選択肢を増やす一方、活動場所や資格の一致まで保証するものではない。

(272) (図書室運営とサービス連続性の観測)

病院が公開する「にこにこ文庫+」の案内では、中央診療棟 2 の 6 階、月・水・金曜日の 10 時から 14 時 30 分までという開室予定が示され、ボランティア要員の不足により一部時間帯が閉室となる可能性も説明されている¹⁰²。この例は、活動員の延べ参加人数、開室が必要な時間帯、連続して提供されたサービス時間および交接可能性の差を示す。したがって、業務改善における証拠としては単なる活動者数よりも、時間帯ごとの適格な人員配置、予定開室時間、実際の開室状況および閉室理由を目的に応じて区別する必要がある。この評価項目の組合せは執筆者による提案である。

(273) (研修時間と業務適合性の関係)

同病院の 2026 年度公開 FAQ では、当該病院でのボランティア活動時間が 18 時間に達するまでを研修期間とし、先輩ボランティアについて院内案内の方法等を学ぶことが説明さ

2026 年 9 月 1 日の掲載を記録する。内閣官房「EBPM 推進委員会（第 2 回）議事次第・資料」（2026 年 9 月 18 日）<https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/gskaigi/ebpm/dai2/gijishidai.html> も当該版を参考資料とする。

¹⁰⁰内閣府「内閣府における EBPM への取組」<https://www.cao.go.jp/others/kichou/ebpm/ebpm.html>。

¹⁰¹東京大学病院「令和 8 年にこにこボランティア募集」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/volunteer/>（2026 年 10 月 8 日参照）。参加可能な曜日・枠は活動者が都度選択する旨、学生の 2 時間枠の可能性、および各応募条件も同ページを参照。

¹⁰²東京大学病院「患者学習センター・にこにこ文庫」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/library/>。公開ページに記載された開室予定と人員不足時の留意事項を参照。具体的な各日の開閉室状況は同案内のみから確定しない。

れる¹⁰³。この公開事実から、同じ時刻に二人が参加していても、活動者の熟達度や帯同関係によって単純に二人分の独立した業務処理能力が存在するとは限らないと推論できる。ただし、「18 時間以降は全活動が単独実施可能」とする病院の内部基準は公開情報から確認できない。実際の活動資格・帯同要件は院内確認事項として区別する。

(274) （歴史的活動と現在の対象範囲）

病院の公開する「にこにこボランティア」紹介には、院内案内、手続補助、移動支援、図書貸出し、行事補助等の複数の活動例がある。一方、歴史的な活動のうち一部は公開ページ上で現在中止中と示されている¹⁰⁴。したがって、過年度の活動実績や活動一覧を観測資料とするときは、活動が実施された年代、当時の規則、感染対策、施設の状態および現在の実施可否を分けて記録する。本指針の EBPM は、過去の活動をそのまま現在の供給能力とみなす手法を採らない。

6.3. 証拠の成立条件、情報源および認識上の限界

(275) （観測資料と判断の証拠の区別）

数値、記録、聞き取りおよび現場観察は、それだけで特定の決定を正当化する証拠となるわけではない。ある問いに対し、どの時点の、どの対象について、どのような方法で取得した情報が、どの程度の範囲まで推論を支えるかを示したとき、資料は当該判断の証拠としての役割を担う。例えば「受付付近で活動員が多かった」という記録は、同時刻の案内可能性を示唆し得るが、「患者の困難が減った」という結論を単独で立証するわけではない。この区別は本指針の認識論的整理である。

(276) （証拠源の四区分と三角測量）

業務上の証拠を検討する際は、少なくとも以下の四つの情報源を区別し、同一事象に関する複数資料を相互に検討する。

- 一 公式の制度的資料。病院の公開募集要項、患者向け案内、正式に提供された規程・活動報告等。文書の有効時点と発行主体を確認する。
- 二 活動に関する運用記録。本人の承諾と適切な取扱権限の範囲で得た活動日時、配置区域、対応種別、変更履歴等。記録欠落の可能性を併せて確認する。
- 三 関係者の経験と意見。患者、来院者、活動員、関係部署職員の声。発言可能性、言語、健康状態、活動参加上の非対称性が内容に影響し得ることを考慮する。
- 四 外部の知見。公的ガイドライン、先行研究、他施設の実践等。対象集団や制度条件の差異を明示したうえで類比する。

四区分は執筆者による資料管理上の整理であり、病院の公式な記録分類ではない。異なる資料が一致する場合も、共通の記録バイアスに由来する可能性を考慮する。

三角測量に際しては、同じ発信元の転載・要約が複数存在しても独立の裏付けとして数えない。公表された募集要項、院内刊行物、一般的ガイドライン及び本人の同意に関する証拠は、それぞれ異なる命題を支える。矛盾がある場合は多数決で資料を選ぶのではなく、主張ごとに対象時点、発信主体、適用範囲及び一次性を比較し、解消できない相違を未解決のまま可視化する。

¹⁰³ 東京大学病院「にこにこボランティア募集」内「よくあるご質問」、<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/volunteer/>。

¹⁰⁴ 東京大学病院「にこにこボランティア」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/cooperation/volunteer/>（2026 年 10 月 8 日参照）。掲載される活動一覧には現在中止中と付記された活動が含まれる。

(277) (資料の出典・時点・条件の最小記述)

改善提案に用いる資料には、資料の内容と取得権限に応じて次の事項を付記することを提案する。

- 一 情報の出所。公表主体、内部の正規記録か否か、確認可能な文書名と版。
- 二 時間的情報。作成・観測日時、対象期間、改訂日時、比較対象期間。
- 三 状態情報。適用された活動枠、開室・閉室の状況、関係部署の体制、実施中の例外措置等。
- 四 測定情報。対象範囲、計測単位、分母、集計規則、欠測と対象外事例。
- 五 使用上の制約。取得・閲覧権限、利用目的、秘匿性、再配布・保存の可否。

以上を一律の個人情報収集様式とせず、必要性が確認された範囲で最小限に記録する。未公表の院内資料に関する権限の有無は各業務開始時に確認する。

(278) (認識的不正義と沈黙の扱い)

利用者が意見を表明しないこと、活動員が相談しないこと、特定言語で苦情記録が存在しないことは、問題が存在しないことを意味しない。年齢、障害、文化、言語、疾病、時間的制約および組織内の地位によって、発言する機会や発言を信頼される条件は異なり得る。本指針は証言的不正義および解釈的不正義の検討を参照し¹⁰⁵、評価記録に現れない経験に留意する。ただし、沈黙を本人の潜在的な不満の証明と推定することも避け、適切な任意の相談機会と複数の表明経路の確保を提案する。

(279) (三つの現実水準における証拠の位置)

執筆者の Generative Relational Theory (GRT) による解釈では、次の三水準を区別する。この枠組みは病院の公式倫理・業務理論ではない。

- 一 存在論的現実。患者や活動員の経験そのものの究極的な存在様態について、本指針は結論を保留する。
- 二 関係的現実。活動の役割、継続的な信頼、制度上の権限、部署間の依存等、歴史的に構成され因果的に作用する関係構造を分析する。
- 三 現れの現実。記録、アンケート、参加数、活動時刻、相談の語り等、特定の条件で観測可能となる表現を扱う。

EBPM に供する資料の大部分は第三の水準に属し、そこから第二の関係的構造を推論することには不確実性が伴う。両水準の同一視を避けることは、個人を数値や表象に還元しないための理論的留保となる。ただし、活動記録の作成、調査項目の選択及び質問への回答それ自体は、活動員と組織との関係的实践でもある。したがって第三水準の資料を、第二水準の関係に因果的影響を及ぼさない受動的な写しとみなさない。この点は著者の理論的解釈であり、病院に関する実証的事実を付加するものではない。

配置制約の反例を GR の三水準へ対応づけると、第一の本体的水準では患者・活動員の経験や関係の究極の状態の同定を留保し、第二の関係的水準では役割許可、相互承諾、引受け、組織による安全停止等の歴史的に成立する関係を検討し、第三の顕現水準ではそれらを時点付きの記録、真理値及び最適化制約として表現する。顕現水準で得られた制約矛盾は当該表現における不整合を証明し得るが、関係的水準での実際の拒否や本体的水準での価値欠如を立証しない。一方、記録上の資格失効が正式な行為に対応するときは、表現がその後の

¹⁰⁵ Miranda Fricker, *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*, Oxford University Press, 2007. 概念の病院業務への応用は執筆者によるものである。

配置を停止させることで関係的な生成過程へ作用し得る。三水準の区別はモデルを実践から切り離すためではなく、記号が制度的行為を媒介する条件を明示するために用いる。

6.4. ロジックモデル、因果仮説および効果検証の設計

(280) (企画におけるロジックモデルの役割)

活動の企画時には、目指す患者サービス上の状態、必要な資源、実施する活動、直後に確認可能な産出物および中長期の変化を分けて記述する。政府 EBPM で参照されるロジックモデルは、このような因果的な仮説の説明と点検を支援する道具であるが¹⁰⁶、図式に並べた矢印自体は効果の因果的証明とならない。本指針では次の区分を推奨する。

- 一 Input（資源）。活動員の参加可能性、研修・帯同体制、活動場所、関係部署との連絡手段。
- 二 Activity（活動）。案内、図書貸出補助、車いす利用者への支援、行事補助等の承認された実施内容。
- 三 Output（直接産出）。案内対応件数、対応時間、予定時間帯における配置の有無等。
- 四 Outcome（成果）。案内の理解、利用上の困難の軽減、サービスへのアクセスおよび活動継続性等について適切に確認された変化。
- 五 Impact（長期的影響）。長期の患者経験や組織的信頼等、時間遅れと多要因の影響が大きく単純帰属を避けるべき事象。

因果連鎖の間には、患者の状況、診療や施設の運用、季節性、組織的変更等の条件が介在するため、各接続を仮説として明示する。

(281) (評価の問いと比較対象の事前設定)

評価を開始する前に「誰について」「何が」「どの比較状態に対して」「どの期間で」変化したとみなすのかを明確にする。例として、図書室の配置変更については、予定開室時間のうち実際に利用可能だった時間の割合を観測できるが、単純な変更前後の比較だけでは、休館日変更、行事、患者利用需要および活動員の自然増減といった外的要因を分離できない。改善の目的が開室連続性であれば、その目的に対応する指標と比較期間を先に定める。目的が活動員の負担軽減であれば、開室時間の増加のみを成功指標とすることは適切でない。

(282) (潜在的結果を用いた効果の概念的区別)

介入の効果を概念的に考察する場合、単位 i が施策を受けた場合の結果 $Y_i(1)$ と、受けなかった場合の結果 $Y_i(0)$ を区別し、個別の因果効果を

$$\tau_i = Y_i(1) - Y_i(0) \quad (1)$$

と形式化できる。同じ単位の同じ時点について両結果を同時に観測できないため、効果の推定には比較可能な対象または適切な研究設計を要する。病院の人員調整では、一人の配置変更が別の部署、活動員および患者経験にも作用する可能性があり、個々の単位が互いに影響しないとの仮定には注意を要する。式(1)は一般的な因果推論の概念整理であり、病院の実際のデータから因果効果を推定した結果ではない。

式(1)は、他の単位の介入状況が i の結果に影響しない場合の省略記法である。関係的な干渉を明示するときは、対象単位の介入 $a_i \in \{0, 1\}$ と他単位の割当ベクトル $\mathbf{a}_{-i}$ を定め、潜

¹⁰⁶内閣府「内閣府における EBPM への取組」、<https://www.cao.go.jp/others/kichou/ebpm/ebpm.html>。行政施策のロジックモデルを病院支援業務へ転用するのは執筆者の方法論的提案である。

在的結果を $Y_i(a_i, \mathbf{a}_{-i})$ と書く。このとき同じ a_i でも、他区域の人員配分が変われば結果が異なり得る。介入の定義、比較する割当政策、波及が届く範囲及び分析単位を確定して初めて、比較の対象となる因果量を定義できる。観測された二群の平均値差を、これらの条件なしに式(1)の因果効果へ置き換えない。

(283) （評価デザインの選択と限界）

本指針は、実務上の負担と倫理的条件に応じて、評価方法を段階的に選択することを提案する。

- 一 記述的点検。時間帯別の配置状況、開室状況、欠員理由等を把握する。改善対象の発見に適するが因果効果を直接示さない。
- 二 変更前後の比較。運用変更と結果の時系列上の関係を確認する。季節性、同時施策、対象構成の変化に留意する。
- 三 反復的な時系列の検討。複数の時点を設けて傾向や変動を観察する。十分な観測数と測定定義の安定性を要する。
- 四 比較可能な区域・期間等の利用。条件の差を確認したうえで差分等の方法を検討する。比較対象間に並行的な傾向を仮定する場合は、その妥当性を吟味する。
- 五 より厳密な研究デザイン。介入割当てを伴う方法等は、患者の権利、業務権限、必要な倫理・組織審査および実施可能性を踏まえて別途判断する。

本指針が評価研究の実施権限または倫理審査の免除を与えるものではない。通常業務の改善と人を対象とする研究の該当性は、実施前に正規の担当部署へ確認する。

(284) （関係者間の干渉と一般化可能性）

病院の支援活動では、同じ活動員が複数区域を支え、ある区域の欠員が他区域の配置を変える。したがって一箇所の改善が他方の悪化をもたらす可能性があり、単一の場所の指標だけで全体の利益を測ることはできない。活動効果は時間帯、建物の構造、利用者構成、研修状態、施設運用に条件づけられる。他院の成功事例や過年度の改善例を現在の病院に適用する場合、一般化に必要な条件と異なる条件を明示する。効果の外的妥当性を業務設計の主要な確認事項とする。

案内担当の配置変更は、同時刻の他の窓口、患者の移動、待合の混雑及び他活動員への需要移転に影響し得る。単位ごとに介入の独立性が仮定できない場合、単純な個人別平均差から全体効果を導かない。比較単位を時間帯・区域・運営日へ拡張することにも組成の相違と季節要因があるため、効果の推定対象と識別仮定を事前に明示し、測定できない波及は推定値の限界として扱う。

具体的な比較を設計する際は、干渉の単位を「患者個人」「時間帯・機能区域」「一日の病院運営」等から根拠をもって選ぶ。区域を集約しても、同一活動員の移動や待ち行列が区域境界を越える場合には干渉が残る。部分的干渉を仮定するなら、どの単位間で波及を許し、どの境界で波及を無視するかを明記する。比較対象の構成、観測される選択過程、実施前後の施設条件が異なる場合は、その差を識別上の不確実性として報告する。

6.5. 観測指標、時間粒度およびシステム状態

(285) （指標の対象と分母の明示）

患者サービスに関する評価指標は、測定可能な活動量と実際に目指す支援状態を区別する。例えば、配置については「配置枠数」、サービスの連続性については「予定時間内の実際の提供時間」、負担については「活動員ごとの活動・移動・交接の時間」等が異なる測定対象

となる。割合を用いる場合は分母を固定的なものとして推定せず、対象期間、予定開室時間、適格者が必要な枠数等、その定義を明示する。異なる定義の指標を年度間で直接比較しない。

(286) (時間依存の観測表現)

観測資料は単に数値 e として記録するより、観測時刻 t 、制度・運営の状態 s_t 、測定方法 m および対象集団 p を付した

$$E = (e, t, s_t, m, p) \quad (2)$$

として概念的に整理することが有用である。式(2)の E は本指針の提案するメタデータ表現であり、院内公式のデータ形式ではない。状態 s_t には活動枠、実施中の支援制度、建物の使用状況、資格条件、例外措置等を必要な限度で含める。記述されていない状態変数が残ることを明示し、完全な再構成ができることの主張を避ける。

(287) (異なる時間尺度の区別)

配置の評価では、同じ「活動時間」でも複数の尺度が存在する。

- 一 日内尺度。8時30分、9時30分および12時開始の公開活動枠と、各サービスが必要な実際の時間帯。
- 二 週次尺度。平日と祝日、月・水・金曜日の図書室開室予定、定期的な行事の有無。
- 三 年度尺度。志願者募集・研修・更新の時期、活動員の在籍変化、年度ごとの体制。
- 四 歴史的尺度。活動内容、設備、運用制度および感染対策等の経年的変更。

短期の欠員を年度平均で消してしまう集計、または短期の変動を長期的傾向と誤解する集計を避け、施策目的と対応する時間尺度を選ぶ。

(288) (欠測、選択バイアスおよびサイレント・データ)

活動記録がない理由は、実際に活動がなかったこと、記録様式が異なったこと、入力漏れ、対象区域外であったこと等、多様である。回答した患者のみの満足度、継続参加者だけの意見、相談を申し出た活動員だけの経験を全体の代表とみなすことは慎重に検討すべきである。欠測を零として補うこと、少数の意見を多数の評価へ機械的に拡張すること、未回答者を不満なしと解釈することは避ける。欠測の理由を確認できない場合には、確認不能として記録する。

(289) (安全を代替しない成果指標)

サービス効率の改善を求める場合でも、患者安全、専門職の指示、本人の参加意思、医療情報の保護等は、単なる加点・減点項目として相殺される対象としない。例えば、案内件数が増加しても、不適切な区域への誘導、無権限での情報閲覧、必要な帯同の欠落等が生じるならば、業務の適切性は再確認を要する。重大なリスクの兆候については通常の統計的評価期間の終了を待たず、所定の経路により報告する。どの事項が病院における正式な停止基準となるかは院内確認事項である。

6.6. 証拠基盤型判断に伴う五つの構造的限界

(290) (五つの限界の区分と相互依存)

本指針は、EBM・EBPMを万能の決定規則として扱わず、少なくとも次の五つの限界を独立に検討する。第一は帰納の正当化、第二は人間性疎外、第三は責任の分散、第四は証拠の時間・状態依存性、第五は主体の物象化である。五者は相互に関係するが、論理的な問題、倫理的帰結、制度的責任、観測条件および社会関係の形成機構という対象の違いを持つため、一つの問題に還元しない。

(291) (帰納の正当化としてのヒューム問題)

過去の観測において配置案 A が良好な結果を示したことは、未来の異なる状況でも同じ結果が得られることを論理的に保証しない。これは帰納の正当化に関わる古典的なヒューム問題の実務上の表れである¹⁰⁷。病院においては、活動員構成、来院者動線、行事、研修、感染対策等の変化が過去の規則性の適用条件を変える。対応としては、予測の前提を明示し、運用の結果を観察し、適用条件が変わった場合に修正可能な計画を作る。経験的検証はこの論理的限界を消去するものではなく、不確実性の中で判断を改善する手段である。

(292) (管理合理性に伴う人間性疎外)

標準化、時間管理および成果指標は業務の継続性を支える一方、活動員の動機、患者の固有の事情および関係者間の対話を周辺化し得る。例えば、活動を「何件案内したか」だけで評価すると、案内を断られた人に丁寧に応答した行為、言語的・認知的な困難に対応した時間、帯同研修への貢献が記録されにくい。人間性疎外は、ここでは人の意思や関係の経験が運営上の目的から離れて手段化されることに関する規範的・実践的な問題として扱う。効率的な業務手順自体を否定する趣旨ではなく、評価における質的記述、本人の意向および関係の経験を保護するための留保とする。

(293) (証拠・承認・実施の分業による責任の分散)

業務判断は、資料の提供者、集計担当者、改善案の作成者、承認者および実施者に分散し得る。数理最適化や AI を用いる場合、モデルの制約を設定した者と結果を採用した者が異なり得る。分業そのものは必要な協働の形態であるが、決定が不適切であった場合に、どの段階の根拠・権限・確認が欠けたのかを追跡できない状態が問題となる。対策として、次の連鎖を記録上区別する。

- 一 証拠の生成・提供者と資料の範囲。
- 二 判断案を構成した者と、用いた仮定・方法。
- 三 実施を承認した権限主体と、当該承認の条件。
- 四 実際に実行した主体、結果を確認した主体および例外処理。

この整理は責任の自動的な法的割当てを意味しない。法的・職務上の責任は実際の権限、契約および適用規範に従って判断される。

(294) (証拠の時間とシステム状態を知ることの困難)

資料の観測時点、集計方法および背景状態が十分に分からない場合、過去の指標を現在のサービス環境へ移して評価することは困難になる。たとえば図書室の開室率が同じであっても、予定開室時間の変更、利用者数の増減、資格を備えた活動員の構成、他業務との兼務等によって、運営上の意味は異なる。式(2)による時刻・状態情報の付記は一つの対応方法であるが、潜在的な環境変数や非公式の関係性まで完全に記録できるわけではない。したがって、分析における不確定要素を記録し、比較できない期間は比較困難と結論する余地を残す。

(295) (主体の物象化と表象の因果的作用)

活動員が「参加可能時間」「資格」「担当可能区域」「継続参加率」等の属性集合へ変換されることは、配置計画上の抽象として一定の機能を持つ。しかし、その抽象表現が人の活動機会や評価、信頼、将来の参加意思を継続的に決定する場合、表現が実際の社会関係を再編成する作用を持ち得る。この過程を本指針では主体の物象化という問題として検討する。マル

¹⁰⁷David Hume, *An Enquiry Concerning Human Understanding*, Section IV, 1748。EBPM への適用および以下の業務的帰結は執筆者の解釈である。

クスにおける疎外・物象化に関連する問題群、およびルカーチの物象化論を知的参照点として¹⁰⁸、記号的表象・関係的流通・実際の配置変更の結合として解釈する点は執筆者の GRT 上の再構成である。

(296) (人間性疎外と物象化の分析上の差異)

人間性疎外は、意思、経験および活動の意味が管理手続との関係で損なわれ得るという規範的現象を主として指す。主体の物象化は、人の表象が独立した取扱単位として流通し、その表象に基づく判断が現実の関係に作用する生成過程を主として指す。両者は同時に生じ得るが同じ概念ではない。具体的には、活動員の参加頻度を記録すること自体は必要な管理行為であっても、その数値だけで研修機会や重要な担当を自動配分し、当事者による訂正・説明の機会がない場合に、後者の問題が顕在化し得る。対応は量化の全面的中止ではなく、属性と人格を区別し、当事者の訂正機会および人間による再考の余地を維持することである。

(297) (五つの限界に対する業務上の安全弁)

五つの限界を実務に接続するため、本指針は以下を試案として提示する。

- 一 予測の暫定性。過去に有効だった配置・対応を仮説として扱い、結果に応じて変更できるようにする。
- 二 本人の関与。活動員の参加意思、相談、状況の変化および患者の意向を継続的に確認できる経路を設ける。
- 三 判断連鎖の追跡。資料、案、承認、実施および再観測の主体を区別する。
- 四 状態変化の記録。比較の前提となる時刻、制度、区域、活動条件および測定方法を残す。
- 五 物象化の抑制。記録された属性を当事者全体と同一視せず、説明、訂正、例外的配慮および再考の経路を保つ。

具体的な導入は個人情報への取扱い、職員の負担および院内権限を確認したうえで判断する。

6.7. 意思決定、協働および説明責任の設計

(298) (判断の三層と資料の地位)

改善計画を立案する際、文章上少なくとも次の三層を区別することを推奨する。

- 一 事実として確認された事項。公開文書、所定の活動記録、権限ある担当部署が確認した事実等。日付、出典および確認できない事項を併記する。
- 二 事実に対する解釈。何が原因と考えられるか、別の説明が可能か、適用できる知見の範囲を示す。
- 三 改善の提案。何を優先し、誰にどの負担が生じ、何の権限で実施可能かという価値判断および実施上の選択を示す。

この区分は一般的な証拠基盤型政策形成から着想を得た文書設計であり、本病院の決裁様式を表したものではない。

(299) (対話、合議および権限に基づく決定)

関係部署、活動員および患者・来院者の見解が異なる場合、異論の存在を単なる「データの不一致」として解消しない。判断に必要な事実、各主体の権利、専門的安全判断、運営上の制約および本人の選択を区別し、担当者が協議すべき相手を明確にする。配置や行事实施

¹⁰⁸Karl Marx, *Economic and Philosophic Manuscripts of 1844*; *Capital*, Vol. I, Chapter 1, Section 4. Georg Lukács, *History and Class Consciousness*, 1923. これらの著作に本指針固有の数理モデルや GRT の概念を帰属させない。

の最終決定は正式な権限主体による。緊急性や安全性を伴う場合、通常の改善会議への持ち込みよりも所定の迅速な連絡が優先される。

(300) （評価の対象となる者による説明・訂正）

活動員の業務記録、資格情報および参加可能性のデータは、誤記、古い情報、本人の事情の変化を含み得る。配置の重要な変更を記録に基づいて行うときは、正式な事務の範囲で本人が誤りを申し出られる経路を確認することが望ましい。患者についても、現場での必要な説明と意思確認を数値指標によって代替しない。訂正や異議の受付範囲・処理期限について本指針が独自の法的請求権を設定するものではなく、適用法令および病院規程に従う。

(301) （業務改善記録の最小単位）

執筆者の提案する改善記録の最小単位は、次の事項を含む。ただし、患者氏名、診療情報等の機微情報を業務改善表へ追加取得する趣旨ではない。

- 一 判断対象と改善目的、現状の根拠と時点。
- 二 制約条件、利用可能な代替案、採用案を選ぶ理由。
- 三 相談・承認が必要な部署と、承認の有無。
- 四 試行する範囲、期間、停止・再検討に至る条件。
- 五 改善を確認する指標、本人・現場の声、未確認事項。

判断の再確認に不必要な個人特定情報を保存することは避け、正式な記録保存先と利用目的を確認する。

(302) （意思決定支援システムと人的責任）

表計算、フォーム、配置最適化、統計モデルおよび AI の利用によって候補案や分析結果を得る場合、入力 of 適法性、制約設定の妥当性、例外の検出、結果の説明可能性および最終承認を分けて確認する。システムが推奨したことを唯一の承認理由とすることは避ける。内部システム・電子カルテ等へのアクセスが認められているか、および外部サービスへの情報送信が許されているかは、第 5 章に従い確認する。許可されていない患者情報、活動員の健康情報その他の機微情報を外部の生成 AI や私的な開発環境へ入力しない。

6.8. ボランティア企画・配置および患者サービスへの具体的適用

(303) （年間企画と需要の仮説化）

活動の年間企画では、時期による来院者需要、募集・研修の実施予定、活動員の継続可能性、院内行事および図書室の運営条件を、別々の情報源として整理する。公開募集案内は参加可能時間や活動条件を示すが、実際の各日の人数・需要量を確定する資料ではない。必要人数の推定には、正式な担当部署から得た活動内容と現場条件を要する。企画の初期段階では複数の需要シナリオを準備し、記録の整備が進むまで一つの推計を確定値と扱わない。

(304) （募集・受入れ・研修の評価対象）

募集・受入れを評価する場合、応募件数と実際の活動可能性を区別する。例えば、募集情報への到達、説明会・面談、研修参加、初回活動、先輩による帯同、継続参加の各段階を異なる事象として整理する。公開募集では月 2 回以上、3 か月以上の継続等が参加条件として示されているが¹⁰⁹、実績が条件通りに達しているか、途中離脱の理由が何であるかは個別の正

¹⁰⁹ 東京大学病院「令和 8 年にここにボランティア募集」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/volunteer/>。本指針は 2026 年度の公開内容に依拠する。

式記録による確認を要する。応募者の属性による不公正な評価を避け、活動できない事情を人格や意欲の欠陥とみなさない。

(305) (配置計画の可行性と関係性の同時評価)

配置計画の評価では、時間枠と区域の対応だけでなく、適格性、先輩活動員との帯同、交接可能性、本人の負担および関係部署の受入体制を確認する。第 11 章で検討する数理的な割当変数は、ある時刻・区域・活動への参加という限定した関係を表し、活動員の人格や総合的価値を表すものではない。可行解が存在しても、本人の意思が変化している場合や現場の関係的条件が変化した場合には実施案を再確認する。病院の公開時間枠を越える固定的な配置や、公開されていない業務資格を推定してはならない。

(306) (図書室の運営評価と交接の条件)

「にこにこ文庫+」の公開予定に照らすと、9 時 30 分から 12 時 30 分までの活動枠と 12 時から 15 時までの活動枠は、時間上 12 時から 12 時 30 分まで重なる。両枠に適格な活動員がそれぞれ参加し、当該場所に配置可能であるならば、10 時から 14 時 30 分までを連続的に支える候補構成が存在し得る。しかし、これは時間集合の重なりから得られる**条件付きの可行性**であり、個々の活動員の意思、図書室担当資格、引継ぎ手順、他区域での業務需要、正規の開室許可を検証しなければ実施可能性は確定しない。評価に際しては、予定時間の達成率に加え、欠員の理由と、必要な交接に伴う実質的な支援時間を検討する。

(307) (案内・移動支援の評価上の留意)

院内案内や車いす利用者への支援については、活動件数のみを成果とせず、本人による支援希望、案内先への到達、専門職への引継ぎ、活動範囲および安全確認の条件を重視する。来院者の障害・言語・疾病等に関する属性を、本人の権利と正式な取扱目的を確認せずに評価用データとして蓄積しない。安全上の課題は通常の満足度調査で代替できないため、所定の報告・相談体制へ接続する。活動現場の負担を増やす過剰な計測を避け、必要な評価項目は関係部署と事前調整する。

(308) (患者サービス全体における分配上の問題)

総活動件数を最大化する配置は、混雑区域への人員集中や、支援を求めにくい来院者がいる区域の供給不足を生み得る。改善の際は、全体の活動量、区域・時間帯ごとの最低限の到達可能性、異なる利用者の状況、活動員の参加継続可能性を併せて検討する。公表情報のみから区域別の真の需要または公平性の最適な重みを決定することはできない。最低限守るべき条件と比較のための選好指標を区別し、最適化の目的関数は後続の実測・協議によって校正する。

(309) (関係的価値の観測と因果評価の留保)

ボランティア活動の価値は、案内回数、参加人数、配置充足率などの直接出力に加え、来院者の不安の軽減、本人による選択、活動員間の相互支援、職員の気づき、病院と市民社会の接点等に及び得る。しかし、これらは異なる時間尺度で形成され、本人の経験へのアクセスにも制約がある。企画評価においては、直接出力、本人が任意に提供した質的な経験、組織の学習、未観測の可能性を区別して記述する。病院の歴史資料にある職員意識の変化の記述は検討すべき仮説の手掛かりであり、評価指標の変化を原因帰属の証明とみなさない。患者の謝意を義務的に収集したり、私的な心理状態を報酬目的で観測したりしない。

6.9. 小規模試行、再観測および方法論の継続的改善

(310) （改善試行の開始条件）

新しい記録様式、連絡方法、配置の候補案またはソフトウェアを導入する前に、問題の存在、代替手段、安全上の条件、必要な承認、取扱う情報の範囲、担当者の負担および撤回の可能性を確認する。現場へ及ぼす影響が不確定なときは、正式な許可と関係部署の了解が得られる範囲で、非機微・合成データによる机上検討や小規模な運用確認から始める。改善試行と病院における研究としての介入は別の問題であり、後者の該当性・審査要否は院内手続に従う。

(311) （結果観測の複眼性）

施策の結果は、作業時間、配置成立率、欠員の減少等の定量的変化だけでなく、活動員の負担感、現場との協働、患者・来院者の経験、相談対応の質的側面によっても検討する。複数の尺度が矛盾する場合、その矛盾を捨象して総合得点だけを示さず、何が改善され何が悪化したかを明示する。質的資料もまた調査条件と発言の文脈に依存するため、単一の証言を全体代表とみなさない。

(312) （不確実性と評価の保留）

利用可能な資料が少ない場合、欠測が偏る場合、観測期間が短い場合、背景状態が変化した場合には、政策・業務改善の効果に関する結論を保留することがある。結論の保留は改善活動の停止を必ずしも意味しない。安全上必要な措置、低リスクな暫定対応、追加情報の収集など、異なる性質の行為を区別して進めることができる。実際の安全判断および活動の停止・変更は所定の権限者が行う。

(313) （指標が行為を変えることへの反省）

活動員数、欠員率、処理件数等が業務評価上の目標になると、記録対象が変化することに加えて、活動そのものが指標を満たす方向に再編成され得る。件数を高めるために丁寧な案内時間を短縮すること、未記録の負担が増えること、計測されない区域の活動が減ること等は、評価によって生じ得る二次的な問題として検討する。指標の採用後には、少なくとも指標が誘導する行為の変化、記録されない負担、関係者の声および公平性への影響を再観測することを提案する。

(314) （次章以降への接続と本章の改訂）

本章の方法論は、第7章の企画設計、第8・9章の募集・受入れ、第10章の研修・健康管理事務、第11章の活動配置・動的再調整、第12・13章の日常運営と活動員支援、第14・15章の来院者サービス、第18・19章の記録・情報管理および第20章の改善評価で具体化する。各領域の確認済み院内条件は一般論よりも優先して適用の可否を判断する資料となる。新たな公開資料または正式な院内規程が得られた場合、確認済み事実と本章の推論・提案を改めて区別し、必要な修正を行う。

7. ボランティア活動の企画、制度設計および年間運営計画

7.1. 企画業務の目的、対象および設計原則

(315) （本章の目的と業務上の位置づけ）

本章は、公開募集要項に掲げられたボランティアの募集・受入れ、研修の企画、活動の運営・調整、関係部署との連携、院内行事の支援および患者サービス改善を、個々の作業に先立つ企画として統合的に整理する。第2章の病院固有の活動史と運営条件、第3章の主体・

権限、第4章の援助倫理、第5章の法令、第6章の証拠基盤型判断を受け、企画課題の形成、実施可能性の確認、時間・場所・人員の調整、計画書作成、実施後の再点検を扱う。以下に示す企画・確認手続は、病院が公表している職務を踏まえた執筆者の提案であり、病院内部の承認済み事務手続を表すものではない¹¹⁰。

(316) (活動の存在意義、企画目的、募集目的および運営目的)

企画の設計に先立ち、何のために活動を設け、なぜ志願者という参加形態を採用するかを明らかにする。ここでは次の四者を区別する。

- 一 活動の存在意義。自主的な社会参加、適切な非臨床的支援、他者との交流および社会的連帯等が、なぜ価値を持つかを問う。
- 二 個別企画の目的。特定の患者・来院者の経験、活動場所、運営時間および関係部署の条件の下で、どの支援課題に対応するかを定める。
- 三 募集の目的。企画上の役割と、自発的な参加を望む人の意向、能力および継続可能性との相互に納得可能な接続を形成する。
- 四 運営の目的。本人の意思と安全を尊重し、活動員間・職員間の協働を維持し、変化する状況に合わせて支援の方法を修正する。

本指針では、これらを異なる水準の目的として提示する。目的を確認しないまま活動人数や稼働時間を増加させることを企画の成功とみなさない。各目的を肯定できても、個別企画が直ちに正当化されるわけではない。具体的な支持需要の有無、既存の有給職員・案内設備等による代替可能性、患者の選択可能性、活動員の持続可能性及び正式な許可を併せて確認する。

(317) (企画対象の三つの水準)

活動企画は、その単位に応じて次の三水準を区別する。

- 一 制度水準。活動の目的、許容される活動類型、受入要件、研修・保険・相談経路、責任と監督の構造を確認する。既存制度の変更には正式な組織決定を要する。
- 二 事業水準。院内案内、図書室、院内行事等について、対象とするサービス、必要な機能、区域と時間、予算・物品および関係部署を整理する。
- 三 運用水準。個々の日付・活動時間帯における需要見込み、参加希望、配置案、交代・引継ぎおよび欠員時の対応を準備する。

制度、事業および運用の各水準には異なる変更権限と所要時間がある。運用上の一時的な変更を、恒常的な制度変更に準じて扱う場合の承認の要否は、病院の正式な判断に従う。

(318) (四つの主体群における目的と価値の相違)

ボランティア活動の企画は、少なくとも次の四主体群の目的を別々に記述した上で、その接続可能性を検討する。

- 一 国および社会の水準。社会福祉、参加機会、相互扶助、社会連帯および市民社会の関係形成。1993年の厚生省告示は、自主性・自発性・創造性、公的サービスとの役割分担および相互扶助の地域づくりを示す¹¹¹。
- 二 患者および来院者の水準。必要な支援を利用できること、選択すること、支援を断ること、尊厳と自主性を保つこと。援助量の増大が必ずしも本人の利益を増大させると

¹¹⁰ 東京大学病院「医療運営課 特任専門職員〔特定有期雇用教職員（常勤）〕募集」（2026年8月19日公表）、<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/syokuin/20260819-1.html>。

¹¹¹ 厚生省告示第117号（1993年4月14日）「国民の社会福祉に関する活動への参加の促進を図るための措置に関する基本的な指針」第一。https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=82006500&dataType=0&pageNo=1。一般的政策の参考とし、本病院の個別事業目的を直接述べたものとはしない。

は限らない。

三 ボランティア活動員の水準。他者への貢献、学習、交流、自己肯定、社会的承認等の多様な意味と、負担を調整し参加を続ける自由。

四 病院の水準。患者経験と非臨床的支援の充実、来院者との関係、組織学習、サービス文化、安全・継続性および正式な事業管理上の責任。

四者の価値は部分的に重なりながら衝突し得る。例えば参加機会の拡大と研修・安全管理能力には緊張があり、来院者の静かな自立行動への希望と活動員の援助意欲も一致するとは限らない。企画はこの緊張を可視化し、正式な判断主体が理由を示して調整できる材料を提供する。

(319) (企画の規範的基礎と現実の条件)

活動を企画するときは、患者・来院者が支援にアクセスし得る条件、活動員の自発的な参加と継続可能性、医療専門職の職務範囲、安全上の制限および病院内の既存サービスとともに確認する。企画は、利用者の経験、協力する部署の状況、活動員の生活上の条件という複数の関係により成立する。一般的な援助原理は検討の基礎であるが、実際に実施し得る内容は病院の施設、公開された活動制度および正式な院内指示によって具体化される。本章はこの一般性と固有性の往復を企画方法の基本とする。

(320) (偶発的接触と社会的つながりの生成可能性)

外来案内等では、もともと面識のない活動員と来院者の間に、短時間でも申し出と応答が交わされる。こうした偶発的な接触は、相互の行為主体性を認める契機となり得る。また、活動員間の協働、経験者から新人への帯同、活動員と職員との連絡等は、信頼、知識伝達および組織上の相互理解を生む可能性を持つ。この関係的な価値は、単に活動員を有給職員と同じ作業単位に置き換えただけでは記述し切れない一方、有給職員による温かな関わりを否定するものでもない。関係生成の可能性は執筆者の理論的解釈であり、企画の実際の効果を保証するものではない。

(321) (計画上の事実、仮定および提案の識別)

各企画資料には、記述の根拠に応じて次の区分を付する。

- 一 公開確認事項。公表時点、掲載主体、原文の範囲を記録した病院の案内、募集要項、施設案内または歴史記録。
- 二 院内確認事項。活動資格、所要人員、決裁者、持出禁止情報、利用設備、緊急時対応等、公開資料から確定できない実施条件。
- 三 分析上の仮定。一定時間帯の必要配置数、需要変動、移動時間、欠員確率等、計画を試算するための未検証の条件。
- 四 企画提案。需要調査、確認表、配置候補、交接手順、改善試行等、執筆者が導入可能性を検討する方法。

同じ企画書に併記する場合も各事項の地位を区別し、未確認の事項について病院による承認や現場実施を推定しない。

7.2. 支援需要の把握と企画課題の定式化

(322) (支援需要の多元的な形成)

企画課題を定めるため、患者・来院者の経験、活動員の観察、受付・看護・医療安全等の関係部署による情報、施設の公開案内および利用可能な運用記録を、権限と情報保護の範

2739 囲で別個の情報源として扱う。活動員が声を掛けられた回数や案内を行った件数は、支援が
 2740 実際に必要であった総量をそのまま表すものではない。声を掛けることのできない人、案内
 2741 表示を自力で読めない人、説明を求めにくい人の状況は、適切な方法で把握する必要がある。
 2742 個人に関する機微な事情を追加収集せずに検討可能な事項から着手する。

2743 (323) （需要の類型化と活動可能性の分離）

2744 把握した需要は、少なくとも次の三軸で整理することを提案する。

- 2745 一 求められる機能。場所・手続の案内、物理的な移動支援、情報・図書へのアクセス、
 2746 活動・行事への参加機会等。
- 2747 二 場面の条件。発生場所、曜日・時間帯、継続時間、患者・来院者の意思表示や動線の
 2748 特性、担当部署の関与等。
- 2749 三 提供可能な支援の範囲。
 - 2750 イ 承認されたボランティア活動として実施できると確認された事項。
 - 2751 ロ 医療専門職、相談窓口その他の権限を有する部署へ引き継ぐべき事項。
 - 2752 ハ 正式な確認が得られるまで実施可否を保留する事項。

2753 活動上の需要が発見されたことと、志願者をその需要に配置できることは別個の判断である。

2754 (324) （志願者企画以外の対応案と基礎的サービス保障）

2755 観測された困難に対しては、志願者を増員する案に先立ち、院内表示や案内文書の改善、
 2756 設備の変更、既存職員による業務改善、情報提供、専門部署への照会等の代替手段を比較す
 2757 る。特に、仮に志願者が一人も参加しない日であっても病院が安全上・制度上保障すべきサ
 2758 ービスは何か、当該サービスの正規の実施責任と継続手段を確認する必要がある。志願者によ
 2759 る活動は、これらの基礎的機能の上に、柔軟な案内、文化的交流、個別の配慮等の付加的価
 2760 値を形成し得る。企画書では、各代替案の効果、安全、費用、本人の選択可能性、職員負担お
 2761 よび参加者の持続可能性を並置して検討し、単なる賃金削減額のみで採否を決めない。

2762 (325) （支援上の空白と観測上の空白）

2763 同じ場所で案内への相談が多い場合、必要な表示・手続そのものに困難がある可能性、配
 2764 置の不足、利用者数の多さ等、複数の説明が成立し得る。相談記録が少ない場合にも、問題が
 2765 少ないことと相談に到達できないことを区別する。企画段階の課題設定は、観測された支
 2766 援上の空白と、観測条件のために把握しにくい空白の双方を扱う。改善候補として表示の確
 2767 認、関係部署の説明方法の調整、活動員の適切な配置等を並置し、志願者人数の増員だけを
 2768 唯一の解法としない。

2769 (326) （活動員および現場職員からの知見の受入れ）

2770 活動員が蓄積した日常の案内経験、交代時の困難、問い合わせの傾向および新人指導上
 2771 の気付きは、企画の重要な資料となり得る。他方、個人の経験には活動場所・曜日・関係者の
 2772 偏りがある。受付等の関係部署からの情報と照合し、異なる意見については活動対象と観測
 2773 条件を示したうえで併置する。活動員の意見収集は任意性を保ち、協力しないことにより活
 2774 動上の不利益が生じない方法を提案する。病院内での実施は担当部署の了承を前提とする。

2775 (327) （企画課題の記述要件）

2776 企画課題は抽象的な「患者満足度向上」にとどめず、どのような人が、どの場面で、何に
 2777 より困難に直面し、どのような支援が望まれるかを、利用可能な証拠の範囲で記述する。例
 2778 えば「図書室の予定開室時間のうち人員不足で提供できない時間がある」という課題は、病
 2779 院の公開情報により生じ得る状況として確認できる。一方、具体的な閉室回数、患者の利用

希望者数および当日の欠員理由は公表案内だけでは定まらない。企画書では確認済みの現象、未測定量および改善仮説を別々の欄に置く。

7.3. 活動類型、機能区域および業務境界の設計

(328) （現行公開活動類型の参照）

令和 8 年の公式募集案内には、外来診療棟玄関ホール等での受診手続の手伝い、院内ガイド、車いす利用者への支援、病院行事の手伝い、院内図書室の運営が挙げられる。小児科プレイルームでの補助活動は「今後の活動予定」として記載されている¹¹²。企画対象とする活動ごとに、現在実施中の活動、今後の予定、過年度の活動例を識別する。予定として公表された活動の実施開始日・担当区域・参加資格は、別途正式な確認を要する。

(329) （機能区域の区分）

本指針は、活動を場所のみで一律に分割することを避け、サービス機能と場所の組合せによって区域を記述する方法を提案する。

- 一 外来案内区域。玄関ホール、総合案内付近等の、受付案内や院内の行先確認が求められる箇所。実際の立ち位置と活動許可範囲は院内確認事項とする。
- 二 診療棟間の移動・接続区域。外来診療棟と中央診療棟 1・2 等の間で案内需要が生じ得る経路。各経路への活動員立入り、患者同伴の可否、移動の安全要件は院内確認事項とする。
- 三 図書・学習支援区域。中央診療棟 2 の 6 階に置かれた「にこにこ文庫+」等、一定の開室・貸出条件を伴う場所。
- 四 行事区域。院内で公に案内されるコンサート等の実施場所。開催ごとに所管者、時刻、設営・撤収、安全上の条件が異なる。
- 五 調整・連絡のための場所。募集案内に記されるボランティアルーム等の連絡拠点。実際の記録保管場所、鍵管理、内部動線は公開情報から推定しない。

外来診療棟および中央診療棟 1・2 の公開フロア案内を参照しつつ、実際の院内配置図・当日の運用案内で照合する¹¹³。

(330) （機能、区域および役割の組合せ）

企画上の活動単位は、場所だけでなく、提供する機能、当該機能を担う資格・経験、必要な人員数および配置時刻を組み合わせで記述する。例えば同じ外来エリアでも、行先の説明、車いす利用者への付き添い、受付手続の説明補助は、必要な研修、安全判断および関係部署との連絡が異なる可能性がある。業務役割の細目と実施条件は病院の承認済み規程に従う。本指針の分類は職務を新設したり、活動員に追加権限を与えたりするものではない。

(331) （活動範囲の歴史的変化と企画の継承）

にこにこボランティアは 1994 年 7 月の新外来診療棟開設とともに導入され、外来ガイドを中心に、1996 年以降の院内学級の送迎や患者図書の貸出し、2003 年以降の小児病棟での遊び相手等へ活動範囲が拡張したと病院が記録する¹¹⁴。過年度の病院広報にはコンサートや図書室等に関する組織的・歴史的取組も記載される¹¹⁵。この履歴は、活動を施設・患者需要と

¹¹² 東京大学病院「令和 8 年 にこにこボランティア募集」、<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/volunteer/>（2026 年 10 月 8 日参照）。活動内容、時間帯、応募条件、説明会・研修日程および FAQ を参照。

¹¹³ 東京大学病院「外来診療棟／中央診療棟 1・2」、<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/shinryoutou/>、および「患者学習センター・にこにこ文庫」、<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/library/>。

¹¹⁴ 東京大学病院「にこにこボランティア」、<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/cooperation/volunteer/>。

¹¹⁵ 東京大学医学部附属病院「東大病院だより No.57」（2007 年 5 月）におけるボランティア活動と院内行事の回

ともに形成してきた実践例として参照できる。現在休止・変更されている活動は現行の実施対象から分けて扱う。

『東大病院だより』第 57 号 4 頁の回顧記述では、当時の委員会名称とボランティア活動の関係、約 13 年間の活動経過、コンサート・院内学級・にこにこ文庫・小児科病棟等への拡がり
が記されている。これは 2007 年時点の執筆者による回顧として評価すべき資料であり、2026
年に同名委員会が存続することや、当時の各活動が継続していることの裏付けには用いない。

(332) (患者の自主性と活動可能性の調整)

活動の対象区域や役割を設定するときは、患者・来院者の意思、静穏とプライバシー、院内の移動制限および専門職による対応との連続性を検討する。相手が支援を求めなかった場合、本人の意思を尊重しつつ、危険や緊急性を認める状況では所定の報告経路へ接続する。具体的な危険対応は病院の安全・医療専門職による正式な指示に従う。案内活動の企画は、病院内の患者を観測対象として恒常的に追跡することを必要条件としない。

7.4. 企画書の構成と事前調整の方法

(333) (企画案に必要な基本項目)

企画ごとに、必要最小限の記載項目をまとめた文書を作成することを提案する。標準的な構成要素は次のとおりである。

- 一 企画名称、対象活動、課題の背景、現状資料の出典および時点。
- 二 支援する機能、対象者の範囲、予定する場所と実施日時、必要な活動条件。
- 三 必要人員、研修・帯同の条件、関係部署との連絡と承認の経路。
- 四 安全・プライバシー・感染対策の確認事項、実施を中止または保留する条件。
- 五 活動記録の最小項目、評価の問い、代替案、未確認事項および見直し時点。

記載様式は院内の所定様式があればそれに合わせる。本項は追加の独自書式を提出義務とするものではない。

(334) (参加動機と支援的な承認機会の企画)

企画書には、活動員が提供し得る貢献のみならず、その活動への参加を通じて得られる学習、交流、経験の共有および適切な承認の機会を、本人の自由を損なわない範囲で検討項目として置くことを提案する。例えば新人帯同、任意の振り返り会、活動員同士の知見共有、具体的な良い実践への謝意、活動証明、休息や配置変更の相談機会が考えられる。承認制度は病院が正式に実施する制度と本指針が提案する候補案を区別し、序列化や過度の奉仕競争を避ける。患者の感謝、体験談または個人情報承認獲得の条件にせず、活動員の内面に欠如があるという推測に基づく誘導を行わない。

(335) (企画審査の観点)

企画案を検討する際は、支援目的の妥当性、既存サービスとの関係、現場の受入能力、活動員の自発性、法令・院内規程、情報管理、費用・物品および計画中断時の対応を別々に評価する。患者安全や適用法令に関する条件は、活動件数や便益の加点により相殺する評価項目としない。活動の許可、承認、予算執行および管理責任の所在は、病院内の正規の仕組みに従って確定する。

顧、https://www.h.u-tokyo.ac.jp/cooperation/dayori/_icsFiles/afieldfile/2019/07/04/dayori57.pdf。
歴史資料であり、現在の業務権限・実施状況を直接示すものではない。

(336) (関係部署との調整順序)

企画調整は、窓口・現場担当者の確認、利用する区域と時間の合意、必要な専門職の判断、安全・感染対策と情報管理の確認、実施承認および連絡体制の確認という要素から構成される。本指針はこれらを確認事項として示すが、固定的な決裁経路を推定しない。とりわけ院内行事や診療区域を横断する案内では、複数部署が同時に関与し得るため、企画に関する説明責任者と現場における停止・変更を判断する者を区別する。

(337) (説明会・研修計画との接続)

新たな活動を構想した場合でも、活動者が直ちに配置できるとは限らない。2026年度の公開募集は説明会・面談と感染対策・車いす介助等の研修を示し、活動開始後の累計18時間を研修期間として先輩活動員に付いて学ぶことを説明している¹¹⁶。必要人数を見積もるときは、応募者、受入れ決定後の活動者、研修中の活動者および当該活動に適合することが確認された活動者を別々の段階として捉える。この段階分けは計画分析上の提案であり、病院の内部人員区分を定めるものではない。

(338) (小規模な企画試行と中止条件)

未知の活動需要や新しい運用支援手段を検討する場合、机上の動線確認、合成データを用いたシフト案、現場担当者への任意の意見照会等から始めることを提案する。患者・活動員を対象とする現場試行は、目的、実施権限、必要な説明、安全、情報の取扱いおよび変更・中止の条件を確認した後に実施の可否を判断する。実際の実施許可や倫理審査の要否は病院の正式な判断による。試行の結果を一般化する際は、当時の状態と実施条件を保存する。

7.5. 年間運営計画と募集・受入れ・更新の連結**(339) (年度計画の期間と構造)**

年度計画は、一定期間内の活動継続を支える中期的な見通しであり、募集・説明会・面談・研修・活動開始・年度末更新を、実施条件の確認とともに配置する。本指針は、病院の年度ごとの募集告知を正式な基準時点とし、計画上の時期を年度ごとに更新する方法を提案する。計画に示す年月日は、公表日程、院内で確定された日程、検討段階の日程の区別を要する。休日、祝日、休室日および当日の診療体制を踏まえた活動可能日数は、実際の暦と正規案内によって照合する。

(340) (令和8年度の公開募集・研修日程)

令和8年の募集案内では、二つの募集期ごとに説明会・面談、研修および活動開始予定日が示される。公表上、第1期は7月10日に説明会・面談、7月22日に研修、8月3日に活動開始予定、第2期は10月16日に説明会・面談、10月30日に研修、11月2日に活動開始予定と記載される¹¹⁷。これらは募集に関する年度固有の公表情報であり、毎年度同一日程が繰り返されることを意味しない。実施実績や応募者数、入職率等は当該公開資料から確定しない。

(341) (年度更新と継続希望の確認)

令和8年度の募集案内では活動期間が年度ごとの更新制とされ、次年度も継続参加を希望するかについて年度末に本人の意向を確認すると説明される¹¹⁸。年度末計画では、継続意

¹¹⁶ 東京大学病院「令和8年 にこここボランティア募集」、<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/volunteer/>、FAQ「研修期間とは何でしょうか」。

¹¹⁷ 東京大学病院「令和8年 にこここボランティア募集」、<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/volunteer/>（2026年10月8日参照）。応募期間等の詳細は必ずその時点の公表要項に照合する。掲載欄には曜日表示の不整合があるため、本指針では申込期限の確定的再掲を控える。

¹¹⁸ 東京大学病院「令和8年 にこここボランティア募集」内「活動期間」、<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/volunteer/>。

向の確認と翌年度の利用可能人数の推計を別の手続として扱う。前年の活動実績から本人の参加継続を自動推定せず、意向が確定していない段階では確定人員数に算入しない。継続条件の正式な確認方法と記録媒体は院内確認事項とする。

(342) （年間計画の主要な時間階層）

活動の企画・運用には異なる時間尺度があるため、次の階層を区別する。

- 一 年度・期単位。募集期、活動員の更新、全体の活動類型、研修実施可能性および年度行事の構想。
- 二 月・週単位。任意の参加見込み、活動区分のカバー、図書室等の定常業務、関係部署との事前調整。
- 三 日・活動枠単位。実際の参加確認、資格を満たす人員の配置、引継ぎ、当日の不足と臨時変更。
- 四 事象単位。行事、欠員、施設の臨時変更、感染対策上の調整、現場からの照会等。

各階層間で、下位の実績が上位の計画に情報を還流する一方、上位計画の見込みを下位の確定配置と混同しない。

(343) （見込人員と確定人員の区別）

人数を扱う計画には、募集応募者数、受入れ対象者数、参加意向を表明した活動員数、対象日に参加可能と確認された活動員数、当日の実際の出席数を区別して記録する。人数そのものに加え、対応可能な活動種別、研修・帯同の必要性、参加可能な時刻および活動区域も必要となる。これらを区別しない年間計画は、活動需要の見通しと調達可能な供給量を過大に結び付けるおそれがある。公表資料には病院の現時点の実登録数や各活動枠の充足率は掲載されていないため、本指針で数値を補わない。

(344) （行事予定と通常活動の競合）

コンサート等の院内行事は、通常の外来案内や図書室活動とは異なる日時、設営、終了後の対応および関係部署との調整を伴い得る。行事に活動員の参加を依頼する場合、本人の参加意思、既定活動との競合、必要な研修、時間外の活動条件および実施責任者を確認する。活動員を通常活動から行事へ移すことによって生じる通常サービスの不足を計画に明示し、関係部署と実施可能性を検討する。開催数および必要人数の具体値は、個別行事の公式な条件に従う。

7.6. 時間枠、人員供給およびサービス連続性の設計

(345) （公開された三つの活動枠の運営上の意義）

令和8年募集では、平日の活動枠は8時30分から11時30分、9時30分から12時30分、12時00分から15時00分の三つであり、本人が都合に応じて選択できる。学生に限り2時間枠を認める旨も記載される¹¹⁹。本指針では、各枠を固定配属の指示として扱わず、活動可能性の選択肢として取り扱う。本人の申告、参加の確認、研修等の条件を経て、個別の候補配置を構成する。

(346) （活動枠の重なりと交接の可能性）

公開された三枠を時間区間として扱えば、第1枠と第2枠の重複は9時30分から11時30分の2時間、第2枠と第3枠の重複は12時00分から12時30分の30分である。第1枠と

¹¹⁹ 東京大学病院「令和8年 にこにこボランティア募集」内「活動日・時間」、<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/volunteer/>。

第3枠には重複がなく、11時30分から12時00分の間に両者だけによる連続的な配置を構成することはできない。これらは公表時間枠からの算術的な帰結であり、病院の実際の交接方法を示すものではない。交接を実施できるかは、活動場所、資格、本人の参加可能性、現場の対応能力および正式な指示に依存する。

(347) (図書室開室条件と配置の具体的な照合)

病院が公表する「にこにこ文庫+」は中央診療棟2の6階にあり、月・水・金曜日の10時から14時30分を予定開室時間とする。火・木曜日は閉室とされ、活動員不足により一部の時間帯が閉室となる可能性が明記される¹²⁰。時間上は第2枠（9時30分～12時30分）と第3枠（12時00分～15時00分）を組み合わせると10時から14時30分を覆い得るが、配置人数、活動適合性、本人の希望および開室責任者の判断を伴う。この組合せは本指針による説明用の仮説例であり、実際にその配置が承認または採用されていることを示すものではない。

(348) (必要な活動量と提供可能量の別個の推計)

企画段階では、活動に必要な人員を時間帯ごとに示す「需要」と、実際に配置可能な人員を資格・意向・場所ごとに示す「供給」を区別する。便宜上、区域 z 、役割 r 、時間区間 t における必要人数を D_{zrt} 、適格かつ参加が確認された供給人数を S_{zrt} とおき、配置不足の概念量を次のように表す。

$$G_{zrt} = \max\{0, D_{zrt} - S_{zrt}\}. \quad (3)$$

式(3)は事前計画の記述用であり、病院の確定した最低配置基準を示さない。 D_{zrt} 、 S_{zrt} の値を得るには正規の確認と適切な記録を要し、同じ人が複数区域で同時に数えられることや研修中の活動員を独立配置可能者として算入することを避ける。時間・場所・資格・帯同関係を含む厳密な配置可能性は第11章で扱う。

(349) (継続性と交接時間の設計)

一定時間連続してサービスを提供する活動では、延べ活動時間と途切れないサービス時間を別個に管理する。交接を要する場合は、情報を伝える内容、本人の意思、記録の必要性および交接相手の資格を確認する。図書室では一般図書の貸出状況や開室に関係する連絡事項が考えられるが、具体的な内部記録様式や現物の保管手順は公開資料から確定しない。交接時間を無条件に追加労働として要求することを避け、本人の参加可能な時間内で成立する手順を検討する。

(350) (人員不足時における企画段階の対応)

必要な人員が揃わない場合の候補として、代替的な時刻の検討、対象活動の縮小、関係部署による対応可能性の確認、予定の変更・閉室等の告知、活動休止の判断への付議を区別する。すべての活動を予定どおり維持することを一律の目標とせず、患者・活動員の安全と本人の自発性を満たす範囲で可能な選択肢を提示する。提供するサービスの中止・変更を決定する権限は正式な担当部署に属し、数理上の未充足結果だけで自動決定しない。

7.7. 変動、代替対応および運営上の余力

(351) (不確実性の類型と記録)

年度計画の不確実性は、人員参加の変動、利用者の需要変動、研修進捗の差、施設条件・行事予定の変更、感染対策上の調整、連絡の遅延および観測されない需要の存在に分けて扱

¹²⁰ 東京大学病院「患者学習センター・にこにこ文庫」、<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/library/>。通院患者は室内閲覧、入院患者には一般図書の貸出しがあること等、利用条件も同案内による。

う。全ての変動を確率分布として測定できることを前提とせず、既知の条件、経験的に変動が把握できる条件、十分な資料がない条件を区別する。記録が少ない場合は根拠のない数値を付さず、関係部署の確認と複数の想定条件によって企画の頑健性を点検する。

(352) （代替案と予備力の位置づけ）

計画には、必要に応じて優先度の異なる活動機能、欠員時の連絡先、代替要員の参加意思、対応できない場合の案内方法、関係部署への引継ぎの可能性を含めることを提案する。あらかじめ確定した「予備要員」が実在するという推定は置かない。予備力は、本人が参加できることを明示して確認した場合に限り供給として扱い、通知なく拘束する体制を提案しない。

(353) （欠員や施設変更時の再企画）

当日の欠員等により既定案が成立しないとき、まず安全条件、役割資格、患者支援上の緊急性および実施承認を確認する。そのうえで残る選択肢の範囲で配置変更、活動時間帯の調整、サービス内容の縮小等を比較する。計画の作り直しに伴い、既に説明を受けた活動員や現場部署への影響、連絡に要する時間および変更が繰り返されることによる負担を確認する。実際の再配置手順は第 11 章、日常の欠員対応は第 12 章で扱う。

(354) （活動員の生活条件と継続可能性）

活動継続は本人の生活事情、移動負担、健康、学業・就労との調整および活動の意味の理解に影響される。2026 年度の募集条件は月 2 回以上および 3 か月以上の継続等を示すが、それらは応募時の条件を記したものであり、個々の活動者の将来の全日程への参加を保証しない。企画では本人の参加意思の再確認、休止・変更の相談、過度の担当固定の回避およびベテランへの指導負担の偏在に留意する。活動員の負担の状況は、人数だけから推定しない。

(355) （臨時行事と継続サービスのバランス）

通常サービスと一時的な院内行事は、ともに患者・来院者に対する価値を持ち得る。資源競合がある場合、利用者への影響、実施時刻の柔軟性、専門職または活動員の資格、本人の希望および安全条件に照らして代替案を比較する。行事の視認性や参加者数だけで優先順位を確定しない。判断理由と不採用案を必要な範囲で残すことにより、次年度の計画を改善する材料とする。

7.8. 計画の記録、連絡および決定責任

(356) （計画情報の最小記録構造）

企画・運用計画の記録では、企画 ID 等の事務上の識別子、対象サービスと区域、日付・活動枠、必要資格・研修条件、確認済みの参加人数、責任ある連絡先、決定状況および版を必要性に応じて記すことを提案する。実名、個人の健康情報、患者固有の事情等を企画の共通台帳へ収集することを前提とせず、情報の種類ごとに管理権限と保存場所を分ける。具体的な使用アプリケーションとアクセス権限は院内の正式な規程に従う。

(357) （計画の版、確定時点および通知）

同一活動について複数の計画案がある場合、案の作成者、更新日時、確定を行った権限者、通知済みの範囲および未確定の事項を識別する。最新版の存在だけでは、関係者が変更を認識したことまでは確認できない。必要に応じて通知の受領、変更内容の確認および当日の申し送りの方法を検討する。通知方法を新たに採用する際は、病院が承認した連絡手段と個人情報取扱い上の条件を確認する。

3003 (358) (企画・決定・実施・評価の責任分離)

3004 企画案の作成、必要情報の確認、承認、当日の配置・実施、および事後評価はそれぞれ異
3005 なる責任を伴う。業務の兼務が生じる場合にも、各行為に関する権限と実施者を識別して説
3006 明できるようにする。計画の候補案を表計算や最適化ソフトウェアで作成した場合、その出
3007 力を病院の承認と同一視しない。入力情報の適否、許可の要否、決定者による判断および通
3008 知状況を可能な範囲で記録する。

3009 (359) (企画結果の共有と対象別説明)

3010 計画案の説明では、管理担当者には需要・供給・未充足・承認事項を、関係部署には実施
3011 予定と連絡・安全上の条件を、活動員には本人の予定と役割・相談先を、患者・来院者には実
3012 際に利用できるサービス情報を、それぞれ必要な範囲で伝える。情報の一律共有は目的や権
3013 限と衝突し得るため、共有範囲を最小限とする。閉室等の利用者への案内については病院の
3014 所定の掲示・告知方法に従う。

3015 7.9. EBM・EBPM による企画評価と理論的留保

3016 (360) (企画段階におけるロジックモデル)

3017 企画書において、必要資源（活動員・場所・連絡体制等）、実施活動、直接の提供結果、
3018 利用者・活動員に生じる変化を区別する。例えば図書室の配置案では、利用可能な時間帯や
3019 開室の連続性を直接の提供結果として検討できるが、患者の安心感や学習機会への長期的影
3020 響は別途適切な方法で検討すべき成果である。各段階の関係は仮説として置き、観測値がな
3021 い段階で因果効果を確定しない。ロジックモデルの病院運営への転用は執筆者の提案であり、
3022 第 6 章の方法論的留保を適用する。

3023 (361) (活動出力、関係的帰結および長期的変化の識別)

3024 企画のロジックモデルでは、投入資源や稼働時間から直接出力を経て、個人および組織
3025 における変化を段階的に区別する。例えば外来案内の実施回数は直接出力であり、本人によ
3026 る適切な経路選択や不安の軽減は本人の経験に関する候補的帰結である。職員の患者対応の
3027 気づき、活動員間の連携、市民による病院への理解等は、より長期で多経路の関係的帰結の
3028 候補として検討する。これらを確定した因果成果とするには追加の証拠が必要である。指標
3029 化が関係そのものを変える危険を踏まえ、数え得る活動量と、任意の対話からしか把握しに
3030 くい経験とを分け、観測しないことが倫理的に適切な領域も残す。

3031 (362) (計画の評価問いと指標群)

3032 企画改善に用いる候補指標は、目的を先に定義したうえで選択する。

- 3033 一 到達可能性。サービスが利用可能であった時間、適切に案内できた範囲、予定と実際の
3034 提供状況。
- 3035 二 配置の適合性。必要な役割・研修条件を満たす人員の有無、交接可能性、未充足時間
3036 帯。
- 3037 三 活動員側の持続可能性。本人の意向、活動の継続可能性、負担・変更の偏り、相談へ
3038 のアクセス。
- 3039 四 業務の確実性。必要な連絡の完了、変更時の共有、資料の更新状態、未解決事項の把
3040 握。
- 3041 五 利用者の経験。適切な方法で収集された意見、支援に到達しにくい場面、継続的な困
3042 難等。

これらは管理上の候補であり、病院が採用した KPI を示すものではない。患者・活動員の個人情報を追加収集する際は、目的・権限・必要性の検討を要する。

(363) (企画評価における五つの留保)

企画に EBM・EBPM を応用する際は、帰納の限界、量化に伴う人間性疎外、情報生成・決定・実施にまたがる責任分散、証拠が生成された時点のシステム状態の不完全な認識、および活動員を配分単位として固定する物象化を確認する。とりわけ配置の表象は、現実の人間関係と活動機会を変化させる原因となり得る。計画表の数値と本人の意志・経験の差を持続的に吟味し、現実の協働関係の変化を評価の対象に含める。これらは第 6 章の方法論および執筆者の関係論的解釈に基づく。

(364) (機能間の相互作用と評価上の交絡)

外来案内、図書室、院内行事等は、同じ活動員や関係部署を通じて結び付くことがある。ある活動の充足が別の活動の不足を生む場合、単一サービスの指標改善が全体の改善を意味するとは限らない。企画の変更前後に人員供給、募集期、研修状況、施設条件および患者の利用条件が変化した場合、その変化を可能な範囲で記録する。小規模な観測から一般的な因果則を主張することを避け、異なる解釈と不確実性を併記する。

7.10. 実施準備、企画の改訂および後続業務への接続

(365) (実施準備の最終確認)

企画を実施する前に、当該活動の承認状況、関係部署との合意、参加者の意思、活動要件・研修、安全・感染対策、必要な物品、実施時刻、変更時の連絡および実施中止の判断先を確認する。確認済み事項と保留事項を区別し、必要な条件が満たされない場合に自動的な実施を前提としない。チェック項目の具体的内容は、病院に所定様式があればこれに従う。本項は実施前点検の構成案である。

(366) (活動後の観測と企画への還流)

活動後には、当初の目的と実際の提供状況、計画の変更、未充足、関係部署からの情報、活動員の経験および確認可能な利用者の声を比較する。分析対象には計画が成立しなかった日や、活動を縮小・中止した事象も含めることを提案する。結果は翌週・翌月・翌年度の企画に必要な範囲で還流し、同時に観測方法の偏りや計画の前提そのものを再点検する。運用改善の承認と、研究目的での分析・公表の判断は区別する。

(367) (後続章に委ねる業務の境界)

第 7 章で扱った需要と企画条件は、第 8 章の募集・広報、第 9 章の選考・登録、第 10 章の研修・健康管理関連事務、第 11 章の配置・シフト・数理最適化、第 12 章の日常運営、第 13 章の活動員支援、第 14・15 章の具体的患者サービス、第 16・17 章の安全・部署間調整、第 18・19 章の記録・情報管理、第 20 章の業務評価へ接続する。活動員の割当てアルゴリズムは本章の企画条件を入力としつつ、本人の自発性、権限、機能区域および関係性を制約として扱う。その詳細な変数、最適化基準、解が存在しない場合の扱いは第 11 章に委ねる。

(368) (企画方法の改訂と病院固有性の継続的確認)

活動の公表内容、建物・動線、募集条件、研修時期、図書室の開室案内および院内の権限構造が変化した場合は、該当する企画条件と出典の版を更新する。一般的方法論の妥当性と個別病院における適合性は、継続的に照合する必要がある。公開情報の空白は、実在しない制度を補って埋めることを避け、問い合わせ・院内確認事項として残す。本指針の企画体系は個人の応募準備用の暫定資料として改訂される。

8. ボランティアの募集、広報および応募受付

8.1. 募集業務の目的、対象および運営上の位置づけ

(369) (本章の目的と実務的射程)

本章は、東京大学病院の「にこにこボランティア」に関する公開募集制度を主要な参照対象として、募集の準備、情報発信、応募者からの照会、所定申込書の受領、受領確認および説明会への接続までを、連続した運営過程として整理する。2026年8月19日付の医療運営課特任専門職員募集では、ボランティアの募集、採用、研修の企画・広報・実施が担当業務として明示される¹²¹。本章の実務設計は、この職務範囲を踏まえつつ、公開資料によって確認できる取扱いと、応募準備のために執筆者が提案する補助手続とを区別する。個々の応募者の受入れの判断、登録および研修実施の詳細は第9章および第10章に委ねる。

(370) (募集の制度的役割)

募集は、活動者数を増加させる広報活動であるとともに、患者・来院者の支援ニーズと活動を希望する人の自発的参加とを接続する制度的な入口である。そのため、応募件数、受入可能人数、参加可能な時刻および実際に提供できる患者サービスを同一の量として扱わない。本指針は、募集計画と第7章の活動企画・年間計画を接続し、既存活動員の継続参加、新規応募、説明会・研修、活動開始、帯同期間、およびその後の配置可能性を区別して検討することを提案する。

(371) (募集目的の双方向性と参加関係の成立)

募集の直接的な目的は、空席を人数で埋めることに加え、具体的な活動の必要性・条件と、参加を望む人の関心・経験・生活条件との適合可能性を双方が確かめられる機会を設けることにある。病院側は支援目的、業務範囲、負担、研修、安全条件と参加可能な時間を説明し、応募者は疑問、希望、断る意思や変更の希望を表明し得る。両者の相互理解を経て活動関係が成立するため、応募人数と、本人が納得して開始・継続できる人数とを区別する。具体的な受入決定手続は公表資料と正式な院内規程の範囲に従い、本項を新たな面談審査基準として扱わない。募集人数の充足は、受入れの成立、研修の修了、役割別の配置許可及び本人がその日に参加する意思を確認したことと区別する。募集広報の評価指標を活動可能人数へ直接読み替えない。

(372) (病院固有の募集制度と歴史的継承)

病院は「にこにこボランティア」を1994年7月の新外来診療棟の開設とともに導入したこと、当初の外来ガイドから図書貸出その他の活動へと広がったことを公開している¹²²。この蓄積を募集文面に反映する際は、歴史的に実施された活動、現年度に募集対象として公表された活動、将来予定とされた活動を区別する。たとえば2026年度募集における小児科プレイルーム補助活動は「今後の活動予定」と記される一方、別の活動紹介ページでは小児病棟での遊び相手や院内学級送迎について対応中止の注記がある。公開時点と活動状態を照合したうえで、応募者に現在実施できる役割を説明する。

(373) (関係主体と権限の区分)

2026年度の公開募集には主催として「患者相談・サービス向上委員会」が示され、申込

¹²¹ 東京大学病院「医療運営課 特任専門職員〔特定有期雇用教職員（常勤）〕募集」（2026年8月19日）。
<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/syokuin/20260819-1.html>。

¹²² 東京大学病院「にこにこボランティア」。 <https://www.h.u-tokyo.ac.jp/cooperation/volunteer/>。同ページは過去の活動実績と現在休止中の活動を併記している。

書の送付先および照会窓口にはボランティアルームが記載される¹²³。一方、本指針の対象職位は医療運営課患者支援チームに属する。委員会、チーム、ボランティアルームおよび説明会・面談担当者の具体的な決裁・受領・閲覧・通知権限は公開資料だけから確定できない。本指針は、募集案の作成、掲載内容の確認、申込書の受領、応募者への連絡、面談結果の伝達を別々の行為として整理し、その担当部署と承認経路を実務開始時に照会する方式を提案する。

(374) （募集業務と支援関係の倫理）

応募者は、病院の不足人員を機械的に充足するための可換的資源ではなく、参加目的、生活状況、経験、能力および活動する意思を有する主体である。募集の過程で、病院側が説明可能な役割や負担を明示すること、応募者が疑問や希望を述べる機会を持つこと、応募しない自由と活動継続の可否を尊重することを重視する。本指針の関係論的解釈において、応募の成立は、個人属性の収集だけでなく、組織と応募者の間に新たな信頼・期待・責任の関係が形成される過程である。この解釈は執筆者の理論的提案であり、病院の公式理念を代弁するものではない。

(375) （認識・表彰の案内と心理的誘導の回避）

既存または将来提案する表彰、研修、交流、活動証明等の制度は、適用の有無、対象、条件および任意性を分けて説明する。これらは活動員の多様な参加目的に応えるための選択肢となり得るが、応募者の無意識的な欲望、孤独感、罪悪感または承認希求を推定して誘導するための装置として用いない。また患者の感謝や交流の発生を活動員への報酬として約束しない。企画上の支援環境は設計できるが、患者との個々の関係成立と内面的満足は保証できない。

8.2. 募集計画、年度区分および活動需要との整合

(376) （年度募集計画の構成）

本指針は、年度初めの募集案を第7章の運営計画と整合させ、少なくとも次の事項を相互に照合することを提案する。確認する数値は実際に取得可能な資料に限り、未確認の需要を仮の実績値として記入しない。

- 一 需要側の条件。活動種別、機能区域、曜日、時間帯および必要となる帯同・支援の条件。
- 二 供給側の条件。現行活動員の継続希望、申出のあった参加可能時間、資格・研修の状況および活動休止の見通し。
- 三 募集・受入れの条件。公表する応募要件、説明会・面談、研修実施時期、予定する活動開始時期および連絡担当。
- 四 決定に必要な事項。実際に募集を公表する権限、広報媒体ごとの掲載承認、応募書類の取扱いおよび問い合わせ対応の分担。

この一覧は企画確認用の案であり、病院の既定の計画様式を示すものではない。

(377) （2026年度の二期募集と時間的配置）

病院の令和8年募集ページは、第1期・第2期の募集、説明会・面談、研修および予定活動開始日をそれぞれ公表している。公開記載のうち日時が具体的に示された主な過程は次のとおりである¹²⁴。

¹²³ 東京大学病院「令和8年 ボランティア募集」。https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/volunteer/。

¹²⁴ 東京大学病院「令和8年 ボランティア募集」、https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/volunteer/（2026年10月8日参照）。募集開始日の曜日表記の齟齬については本章後段で扱う。

一 第 1 期。申込期間は 5 月 18 日から 6 月 30 日（必着）、説明会・面談は 7 月 10 日、研修は 7 月 22 日、活動開始予定は 8 月 3 日。

二 第 2 期。申込締切は 9 月 30 日（必着）、説明会・面談は 10 月 16 日、研修は 10 月 30 日、活動開始予定は 11 月 2 日。募集開始欄の曜日は原記載に不整合があるため、開始日の曜日をここでは確定しない。

募集期間と応募者の受入れ決定は異なる段階である。2026 年 10 月 8 日の時点で第 2 期の公表上の応募締切日は既に経過しているが、説明会・研修および活動開始の予定はその後に位置する。現実の応募可否、日程変更または追加募集の有無は病院への確認事項とする。

(378) （過年度資料による日程比較の扱い）

病院の 2025 年募集チラシには、月～金の 8 時 30 分から 15 時 00 分までの間での 3 時間の活動（学生は 2 時間枠も可能）、月 2 回以上・3 か月以上の継続可能性、18 歳以上 70 歳未満などの応募条件が掲げられ、募集期は第 1 期 1 月 10 日～2 月 14 日、第 2 期 2 月 17 日～4 月 30 日と記されている¹²⁵。この歴史資料と 2026 年度の募集ページを比較する際は、活動時間を「8 時 30 分から 15 時 00 分の任意の 3 時間」とする表現と、2026 年度に列挙された三つの活動枠、各期の募集時期、説明会・研修、活動開始予定を同一の制度状態へ統合しない¹²⁶。前年度のチラシは募集媒体及び条件の歴史的証拠として役立つが、次年度の固定日程、現行の活動枠又は院内の承認済み年間計画を証明しない。次回の企画には所管の最新情報と正式な決定を優先する。

(379) （募集人数と活動可能量の識別）

募集人数が公表されていない場合、募集によって充足すべき人数を公開情報から算定済みの値として示さない。本指針は、応募件数を N_{app} 、実際に活動開始を確認した人数を N_{start} 、期間・区域・役割ごとの実際に参加可能な時間を H_{zrt} と区別する。これらは互いに異なる概念量であり、人数をそのまま活動時間の供給として用いない。 H_{zrt} は参加意思、研修・資格、活動区域、本人の時間選択および変更可能性の確認後に評価すべき量である。第 11 章の配置最適化は、募集見込みの人数ではなく、承認済みで確認可能な条件を入力とする。

(380) （受入れ余力と説明会運営能力）

募集企画は、掲示や情報発信の規模に加え、所定書式の受理、受領確認、照会対応、説明会での案内、面談、研修、先輩活動員による帯同の能力を含めて考える必要がある。2026 年度の公開 FAQ では累計活動 18 時間に達するまでを先輩活動員に付いて学ぶ研修期間としている。したがって、申込数が増えても直ちに独立配置可能者が同数増えるわけではない。募集活動の拡大が既存活動員の帯同負担や関係部署の調整負担を増加させる可能性を企画段階から検討する。この負担の測定方法および具体的な受入上限は院内確認事項である。

8.3. 広報媒体、募集情報および公表品質

(381) （病院が公表する募集媒体と応募導線）

2026 年度の公開募集ページは、所定申込書の Excel 版と PDF 版を取得できるよう案内している。2026 年度募集ページから実際にリンクされる申込書 PDF は「様式第 1 号」と表記さ

¹²⁵ 東京大学医学部附属病院「東大病院にこここボランティア募集」2025 年チラシ、https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/volunteer/pdf/Volunteer_2025.pdf（2026 年 10 月 8 日、PDF 全 1 頁の表記を確認）。原チラシの時点における募集広報であり、2026 年度の募集案内に優先しない。

¹²⁶ 東京大学病院「令和 8 年にこここボランティア募集」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/volunteer/>。

れ、ファイル名は Volunteer_application_2024.pdf である。したがって、2026 年度のページが現在案内している様式であることと、その様式が 2026 年に新規改訂・承認されたことは異なる命題である。申込書には募集を知った経路としてポスター、ホームページ、広報誌、活動員からの紹介等を記入する欄がある¹²⁷。これらは公開文面で確認できる募集経路であるが、媒体別配布数、応募の因果的効果や内部の広報承認基準までは確認できない。広報媒体の追加や改変には院内の正式な判断を要する。

(382) (募集案内に記載する情報の整合)

募集案内を作成または点検する際は、応募希望者が参加前の判断に必要とする情報の所在を確認する。本指針の確認項目案を以下に示す。

- 一 活動の趣旨と位置づけ。病院の名称、対象活動、支援の目的、非医療行為の範囲および活動の場。
- 二 参加条件。年齢、参加頻度、継続見込み、立ち仕事、現在の就業・受診関係等、公表された年度の条件。
- 三 日時と手続。募集期間、所定申込書、送付方法、説明会・面談・研修、活動開始予定と日時変更の可能性。
- 四 費用と支援。交通費等の本人負担、保険の取扱い、窓口および参加に関する相談先。
- 五 判断上の留保。面談の結果により受入れに至らないこと、説明会参加と活動開始の間に確認段階が存在すること。

文案に病院の認可を得ていない待遇、活動保障または例外条件を追加しない。

(383) (参加動機と募集情報の対応に関する提案)

募集広報には、活動内容と具体的な支援場面を率直に示すことに加え、参加者が得られる学習、交流、協働および活動の意味について過度な期待を生まない形で説明することを検討する。志願者の動機は価値表現、理解、社会的交流、職業的関心、個人的成長等の複数機能を持ち得るが、個別の応募者に一つの動機を割り当てる根拠にはならない¹²⁸。広報の言葉が活動の実際の責任、単調な作業や対人負担、患者の拒否権等を隠すことのないよう、魅力と制約を並記する。

(384) (活動内容の現在性と予定活動の区別)

令和 8 年募集では、外来診療棟玄関ホールでの受診手続補助、院内ガイド、車いす利用者への支援、病院行事補助、および院内図書室の運営を募集対象の活動内容として記載する。小児科プレイルーム補助等は「今後の活動予定」として別記される。院内学級送迎・小児病棟での遊び相手を過去に実施していたことは病院の活動紹介ページに示されるが、同ページには現時点での対応中止の注記がある。広報資料ではこの三区分を混同せず、応募者に現在従事できる活動と将来実施の可能性がある活動とを異なる説明単位で示す。

(385) (媒体間の更新整合性)

ホームページ、ポスター、印刷物、申込書の案内文、問い合わせ時の回答文面の間で、募集期間、年齢条件、会場、時間、郵送先およびメールアドレスが一致するよう点検することを提案する。病院名称の変更以前の資料は歴史資料として利用できるが、現年度に用いる正式

¹²⁷ 東京大学病院「にこにこボランティア募集」(2026 年度) <https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/volunteer/> 及び当該ページに掲載された「ボランティア活動申込書(様式第 1 号)」https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/volunteer/pdf/Volunteer_application_2024.pdf。様式の改訂日、現行承認の範囲及び更新可能性は病院所管に要確認。

¹²⁸ Clary, E. G. et al. (1998), "Understanding and Assessing the Motivations of Volunteers: A Functional Approach," *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), 1516–1530, doi:10.1037/0022-3514.74.6.1516.

表示の確認が必要である。情報更新時には変更した項目、根拠となる公表決定、修正した媒体、更新日時および未更新媒体を記録し、最新情報の参照先を明示する。これは著者による品質管理案であり、病院内の所定広報決裁手続を表すものではない。

8.4. 応募条件、参加意思および相談の取扱い

(386) (2026 年度の公表応募条件)

2026 年度の募集ページに掲げられた基本条件は次のとおりである¹²⁹。

- 一 説明会・面談および研修への参加が可能であること。
- 二 心身ともに健康であること。
- 三 1 か月に 2 回以上活動できること、および 2～3 時間の立ち仕事ができること。
- 四 3 か月以上の活動継続が可能であること。
- 五 活動開始時点で 18 歳以上 70 歳未満であること（高校生を除く）。
- 六 現在、病院に就業していないこと（派遣を含む）、および現在、病院を受診していないこと（経過観察を含む）。

本列挙は公表条件の整理であり、応募担当者に健康や適合性の独自判断権を付与するものではない。条件の適用と個別相談は所定の権限者・担当窓口に接続する。

(387) (年齢条件と年度更新記載の整合確認)

同一募集ページは新規応募条件として「活動開始時点で 18 歳以上 70 歳未満」を示す一方、「活動期間」の記述において「80 歳以上の方」について心身の状況や活動条件を丁寧に確認する旨を付記している。両記述の対象者が新規応募者と既登録活動員で異なるか、いかなる経過的取扱いがあるかは、公開文面だけから確定できない。本指針は年齢による独自の例外や除外範囲を推定せず、応募者への回答および判断の前に担当窓口へ照会することを提案する。

(388) (本人の参加意思と時間選択)

2026 年度募集では、月曜日から金曜日まで（祝日・年末年始を除く）の 8 時 30 分～11 時 30 分、9 時 30 分～12 時 30 分、12 時 00 分～15 時 00 分の三枠から、その都度都合に合わせて参加時刻を選択でき、学生には 2 時間枠も認められる。募集時の参加可能頻度の申出を全期間の出勤確約に置き換えない。希望時刻、通学・就労、交通事情、継続可能性に関する相談は、本人の意向を確認するための情報として扱い、第 11 章の配置条件には確定した参加可能性のみを用いる。

(389) (継続見込みと学業等との調整)

募集 FAQ は、学生の休業期間と学期中とで活動頻度を変えることができる旨を説明し、面談時の相談を案内している。この案内は、原則として 3 か月以上継続できることという応募条件と、実際の生活の時期的変動とを両立させる実務上の接点として理解できる。活動日数や希望役割について申出があった場合、その内容を確定配置と混同せず、説明会・面談および受入後の調整に引き継ぐ。面談で認められる個別の調整内容は事前に保証しない。

(390) (費用と保険に関する情報提供)

病院は、交通費・食費等を活動者の自己負担として案内している。一方、ボランティア

¹²⁹ 東京大学病院「令和 8 年 ボランティア募集」、<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/volunteer/>。年齢条件と 80 歳以上に関する別記の解釈は本節の次項で扱う。

紹介ページでは、ボランティア保険に未加入の方は病院負担で加入する旨を公開している¹³⁰。
両記述は対象費用が異なるため区別して説明し、活動員が負担する費用の全項目や保険の適用範囲を推定しない。保険加入の確認時点、保障範囲、保険請求手続等は担当部署に確認する。

8.5. 申込書の様式、提出方法および受付手続

(391) （公表された所定申込書と提出経路）

2026 年度募集では、所定のボランティア活動申込書に必要事項を記入し、募集期間中に郵送または電子メールで送付するよう案内している。所定書式は募集ページから Excel 版・PDF 版を取得でき、ダウンロードが困難な応募希望者には問い合わせにより申込書を郵送する旨が示される。応募受付担当者が新たなオンライン入力フォームを利用したい場合も、公開案内にない提出方法を任意に追加せず、情報管理、安全性、権限および正式な承認を確認することを提案する。

(392) （申込書に含まれる情報の性格）

2026 年度募集ページから参照される「ボランティア活動申込書（様式第 1 号）」には、氏名、生年月日、性別、連絡先、住所、学校・勤務先、来院時間、参加可能頻度、活動経験、保険加入状況、志望動機、健康診断受診の有無、健康状態、感染症の既往及び予防接種歴等の記載欄がある¹³¹。記載欄の存在は全項目をあらゆる二次台帳へ複製してよいという許可を意味しない。健康・感染症関連情報と通常の応募・募集実績情報は用途、閲覧主体、保存期間等を区別し、募集実績の一般集計には必要な範囲に限定した情報を用いる。情報収集の目的と保存、削除の正式なルールについては院内規程を確認する。

(393) （受付事務の区分と未確認事項）

受付の作業を分析する際は、次の段階を区別する。ただし、この区分は公開資料に記載のない院内業務フローを推定するものではない。

- 一 到達。所定の郵送先またはメール窓口に応込書が届いた事実を確認する段階。
- 二 受付。募集期間との関係、添付の判読可能性、書式の所在を事務的に把握する段階。
- 三 連絡。公表方針に従い、受領確認、必要な案内および説明会情報を通知する段階。
- 四 引継ぎ。説明会・面談に必要な範囲で情報を担当者に渡し、受入判断と研修へ連続させる段階。

実際の受領日付、郵送物の開封権限、受信メールの取扱い、申込書の保存先、および不備修正の可否は院内確認事項とする。

(394) （受領確認と電子メール連絡の公表条件）

募集ページは、申込書の受領確認、その他の連絡および問い合わせに対する返信を、申込書に記されたメールアドレスのみに行う旨を明記する。メールアドレスが未記入の場合は受領連絡ができないこと、また PC からのメールを受信できるアドレスを記入する必要があることも示す。これは現在の公表運用条件である。本指針は、この条件を募集案内の分かりや

¹³⁰ 東京大学病院「にこにこボランティア」、<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/cooperation/volunteer/>、および 2026 年度募集 FAQ <https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/volunteer/>。

¹³¹ 東京大学病院「ボランティア活動申込書（様式第 1 号）」https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/volunteer/pdf/Volunteer_application_2024.pdf。公開ページから参照できる現物の欄を確認したもの。ファイル名の「2024」から作成年月日・正式版次を確定しない。

すい位置に掲げ、送信元の確認、誤送信防止、および受領確認と受入決定との区別を慎重に扱うことを提案する。電話等による個別の例外的受領確認を公認の手順として記述しない。

(395) （書面審査と面談の段階分離）

2026 年度の募集ページは「書類審査はありませんので、直接、説明会にお越し下さい」と案内している。したがって、受付の記録や書式の内容を利用した独自の点数化・順位付け・事前不採用処理を、既存の病院運用として記載しない。一方、説明会後には面談が予定され、面談の結果として活動を受け入れられない場合がある旨も公開される。受付での書類の到達確認、説明会への参加、面談、受入れ判断は別個の行為であり、その権限関係は第 9 章にてさらに扱う。

(396) （募集経路と受付書式の版の管理）

公表募集ページからリンクされる PDF ファイル名には「2024」が含まれるが、2026 年度募集ページの現行リンク先であるという事実から、当該様式の作成年、改訂履歴および現在の正式版番号を特定することはできない。書式を配布する実務では、病院担当者に使用すべき版を確認し、古い URL や保存済みファイルの再配布を避けることを提案する。受付時には媒体、受領日および使用された書式の判別可能性を必要な範囲で確認するが、正式な様式差替え・再提出の権限は公表資料から推定しない。

8.6. 個人情報、健康関連記載および情報管理

(397) （応募情報と活動員情報の段階的区別）

応募時に収集する情報、面談段階で確認する情報、活動開始後に運用する連絡・配置情報、および健康管理関連の情報は、目的、取扱担当および必要な保存期間が異なり得る。応募者が後に活動員となった場合でも、申込書のすべての記載項目を調度用データベースへ自動的に移す根拠にはならない。利用目的、正式な運用権限、情報の機微性および閲覧の必要性に応じて記録を分ける構成を提案する。実際の情報管理規程と具体的保存年限は病院に確認する。

(398) （健康および予防接種関連記載の取扱い）

所定申込書には健康状態ならびに麻疹、風疹、水痘、おたふく風邪に関する申告欄がある。これらの情報について、募集事務担当者が独自に感染リスクや医学的適否を評価することを本指針は想定しない。申告内容を扱う範囲、確認の担当者、保管、連絡および検査・予防接種に関する事務補助の権限は、病院の規程および専門職の判断に従う。配置支援システムへ健康関連の原記載を直接入力することを前提とせず、正当に確定された活動可否等の必要最小限の条件のみを別途参照できる構成を将来の検討案とする。

(399) （連絡先の利用と目的外の転用防止）

募集のために得た連絡先は、その利用目的を明確にし、受付確認、説明会案内、必要な照会等の正当に認められた連絡に限って扱う。病院の公認を得ていない外部のクラウドサービス、私用メール、個人所有機器または生成 AI に申込書を転送・入力しない。応募者の氏名と健康情報を組み合わせた検証データを執筆者の提案するシステムに使用しない。本指針の数値・情報処理の実演は匿名の合成データを用い、業務導入については正式な権限・個人情報保護・情報セキュリティに関する審査を前提とする。

(400) （公平性、記入負担およびデジタル利用条件）

申込書は Excel・PDF で提供されるが、ダウンロード困難な人への郵送対応も公表される。他方、応募者への返信は記載メールアドレスに限るとの公表条件があるため、提出媒体の多

様性と連絡手段の制約が併存する。本指針は、その結果として応募希望者に生じ得る申込負担、連絡到達の差異および問い合わせの機会を、業務評価の対象とすることを提案する。ただし、応募者の便宜のみを理由に担当者が病院の正式連絡規則を変更することは想定しない。改善提案は責任主体に付議する。

(401)（誤送信、紛失および情報不備の取扱い）

メール誤送信、申込書の紛失、添付ファイルの破損、連絡先の入力誤り等が発生した場合に備え、発見時点、対象資料、影響範囲、連絡を受ける権限者および初期対応の記録方法を確認することを提案する。具体的な報告先と措置は病院の情報セキュリティ規程に従う。担当者が自己判断で影響を過小評価して記録を省略したり、応募者情報を私的な媒体へ移して処理を続けたりしない。病院の事故報告・相談経路の所在は実務開始時に確認すべき事項として残す。

8.7. 応募相談、活動見学および説明会への導線

(402)（公開された問い合わせ窓口）

令和 8 年募集ページの問い合わせ・応募先は「東京大学病院 ボランティアルーム」、郵便番号 113-8655、東京都文京区本郷 7 丁目 3 番 1 号、代表電話 03-3815-5411（内線 34286）、平日 9 時～17 時、およびメールアドレス volunteer@adm.h.u-tokyo.ac.jp である。照会案内には病院の公表窓口を用い、個人携帯電話、執筆者の所属団体、未確認の部署内番号等を公式窓口として記載しない。問い合わせの内容によっては医療相談等の別窓口に属するため、病院の正式な案内体系への連携を検討する。

(403)（照会対応の主要な論点）

公開募集に関する代表的な問い合わせは、次の事項に分けて整理できる。

- 一 参加可能性。年齢、現在の就業・受診関係、活動頻度、継続期間、立ち仕事等の公表条件。
 - 二 活動内容。外来案内、図書、行事等の現行公開活動と将来予定活動の区別。
 - 三 日程。応募締切、説明会・面談日、研修日、活動開始予定、学生の 2 時間枠。
 - 四 提出と連絡。所定申込書の取得方法、郵送・電子メールの提出、受領確認に必要なメールアドレス。
 - 五 費用および研修。交通費等の自己負担、保険、活動開始後の先輩活動員への帯同期間。
- 案内の内容は病院公表資料に基づける。未公表の例外審査、受付延長、個別資格判定、受入結果については担当部署に照会する。

(404)（活動見学の公表条件）

病院の募集ページは、東京大学病院でのボランティア活動を希望する方に限り活動の様子を見学できる旨を説明し、見学手続の詳細について問い合わせ先への連絡を案内している。したがって見学を一般向けの自由見学や無予約の立入許可として広報しない。見学の日時、同行、入場できる場所、患者・来院者への配慮および個人情報の保護については正式な院内手続を確認する。見学した事実と受入れの決定とは別個の段階として扱う。

(405)（説明会・面談の接続と連絡内容）

2026 年度募集の説明会・面談は、管理・研究棟 2 階会議室を会場とし、第 1 期 7 月 10 日は説明会 14 時 30 分・面談 15 時 10 分、第 2 期 10 月 16 日は説明会 15 時・面談 15 時 40 分と公表される。説明会は原則として応募者が対象とされ、説明会後に面談を行うことが明示さ

れる。案内する際は、応募者に対して公表された参加資格、日時、会場、面談と研修の違いを伝える。受領確認メールが会場参加や受入れを保証するとの説明を避け、正式な連絡担当と通知内容を確認する。

(406) (研修日変更等の相談の扱い)

募集 FAQ は、活動開始前に研修を受ける必要があること、別日程で開催できる場合があるため相談可能であることを示す。この記述はすべての申請者に代替研修枠が保証されることを意味しない。相談があった場合には、申出内容、該当する公開条件および担当窓口への連絡を整理し、権限者からの回答があるまで日程を確約しない。面談後の研修参加および累計 18 時間までの帯同については第 10 章において詳述する。

8.8. 受付期限、表示の整合および例外事象

(407) (募集締切と必着の確認)

2026 年度募集は、第 1 期を 6 月 30 日、第 2 期を 9 月 30 日とし、いずれも応募期間欄に「必着」と記す。郵便の差出日と病院への到達日は一致しないため、期限の案内においては「必着」の意味が伝わる表現を用いる。電子メールによる提出についても、実際の受付処理と締切時刻を公表記述のみで補完推定しない。締切後の申込みや記録上の到達時点に疑義がある場合、担当者の独断で受理・不受理を確定せず正式な責任者に確認する。

(408) (2026 年度公表日付の曜日不整合)

令和 8 年募集ページは第 2 期応募開始を「7 月 11 日（水）」と表記するが、2026 年 7 月 11 日は土曜日であり、年月日と曜日の間に不整合がある。ここでは「7 月 11 日（水）」を原表記として特定し、曜日をもって応募日程を判断することを避ける。正しい開始日・曜日については病院の正式な修正情報または担当窓口を確認すべきである。本指針はこの齟齬を、募集情報の検証、改訂履歴および応募者への説明に係る品質管理上の具体例として扱う。

(409) (申込書の不備と情報未達の分類)

応募書類に関する問題は、本人の意思・適格性の判断と分離し、少なくとも未到達、判読困難、記入漏れ、連絡先不達、様式の相違および重複提出を区別して把握することを提案する。公開募集は書類審査を行わない旨を掲げているため、記入不備の点検を事前選抜の代替手段に転換しない。補記や再提出を許容する範囲および方法は院内確認事項であり、個人情報を含む書類に対する勝手な書換えを行わない。

(410) (連絡の遅延、宛先不達および訂正案内)

PC からのメールを受信できない応募者、アドレスの記載漏れ、迷惑メール判定、郵便遅延等によって、募集案内・受領確認・説明会情報が届かない可能性がある。公表済みの連絡規則のもとで、差し戻しや誤送信を必要に応じて記録し、個別判断を要する事項は権限者に付議することを提案する。掲載情報が訂正された場合には、ウェブと印刷物等の修正範囲、応募者への通知対象、および再周知の方法を確認し、非公式の約束を行わない。

(411) (募集時の個別事情と相談機会)

年齢、健康、就労・通院関係、学業との両立などに関する応募前相談では、公表条件を正確に説明したうえで、個別の取扱いの判断権限を有する者に必要な範囲で連携することを提案する。応募条件を恣意的に緩和することも、公開条件を超える追加的不利益条件を独自に設けることも避ける。特に健康状態の詳細な事情は、一般の募集問い合わせ記録に過剰に収集する必要性を慎重に評価し、適切な担当窓口に接続する。

8.9. 応募記録、広報評価および関係的な影響

(412) (募集過程の段階別記録)

業務改善を目的とした募集過程の記録では、広報媒体、問い合わせ、申込書到達、受領確認、説明会参加、面談、研修参加、活動開始を別々の状態として扱うことを提案する。この状態分離によって、応募者数の増加だけでは実際の活動配置が改善したとは限らないことを可視化できる。ただし記録項目、個票の保存年限、アクセス権限および個人情報処理方法は、院内正式手続が確認される範囲に限る。公表資料から応募者数や歩留まりの実数を作り出さない。

(413) (広報媒体の到達と応募動機の解釈)

所定申込書には、応募者が募集を知った媒体を記載する欄がある。しかし「知った経路」は、実際に接したすべての媒体、応募を決めた理由、または募集媒体の因果効果と同じではない。複数の情報経路を経た人、記録されなかった人、関心を持ったが応募しなかった人が存在し得る。媒体別の効果評価を行う際は、公開されている申込書の設計を踏まえて観測できる範囲を明示し、個人の動機を単一項目に還元した解釈を避ける。

(414) (募集から活動開始に至る転換の指標)

募集の改善を検討するため、以下の段階別指標を必要性に応じて候補として整理する。数値を取得する際は、分母・分子、対象募集期、対象者の定義および欠測の扱いを先に決定する。

- 一 情報接点。媒体別の案内掲載状況、問い合わせ数、書式請求等の確認可能な活動記録。
- 二 応募過程。受領確認に至った割合、不達・記入不備に関する問い合わせ、説明会参加までの連絡負担。
- 三 受入過程。説明会・面談・研修の参加状況と、活動開始までに必要となる調整量。
- 四 活動開始後。実際の初期帯同の実施状況、活動継続の申出および区域・時間帯別の供給可能性。

これらは著者が提案する評価項目であり、病院の正式な KPI を示さない。応募者に不利益な自動評価への転用は想定しない。

(415) (EBM・EBPM の五つの限界の募集業務への適用)

募集政策や広報手法の比較には、過去の応募実績から将来の結果を保証できない帰納の問題、活動員を数値に還元する人間性疎外、募集情報の生成・承認・連絡・受入れに伴う責任分散、募集期と院内需要の時間的状态の差、および応募者を配置可能な資源単位として扱う主体の物象化が伴う。とりわけ募集時の期待や説明は、本人と組織の間の信頼関係を形成し、その後の活動継続や相談のしやすさに影響し得る。比較の対象を応募数に限定せず、説明の質、継続性、相談可能性および組織側の負担変化を含める。この分析は第 6 章の一般的方法論を募集業務に適用した著者の提案である。

(416) (改善案の試行、判断および限界の記録)

募集媒体や案内文面を変更する場合、変更する要素、狙う改善、必要な承認、観測可能な結果、応募者への負担および停止・再修正の条件を文書化することを提案する。年度間の応募数の単純比較は、募集時期、活動内容、研修実施条件、人的受入余力および外部環境の変化に左右される。改善効果に関する因果主張を行う際は、時点差、選択バイアス、未観測の背景条件および競合する説明を併記する。新たな調査や研究としてのデータ利用は、通常の受付管理と分離して必要な審査・許可を確認する。

8.10. 募集業務の引継ぎと受入・研修への接続

(417) （募集期終了時の引継ぎ情報）

各募集期の終了時には、事務的に確認された応募到達の状況、連絡が完了していない案件、説明会・面談に必要な案内、未解決の書式・連絡上の問題、広報資料の版および後続担当者への照会事項を整理することを提案する。個人情報を含む資料は所定の管理領域と権限者の間でのみ移し、口頭伝達のみで済ませず必要な記録を残す。受入れの可否または研修の適否に関する独自の判定を受付担当の引継ぎ情報へ紛れ込ませない。

(418) （説明会・面談と受入判断の責任接続）

病院の公開手続は、所定申込書の受付後に説明会、面談を予定し、面談の結果として受入れに至らない場合を認める。この段階では、応募者に提供すべき正確な案内と、病院が権限をもって行う判断とを分ける。説明会の運営補助、面談記録の取扱い、通知の担当および異議・相談への対応は第9章の検討対象とする。個別の面談判断基準、審査者構成および不受入れ理由の取扱いは公開資料の範囲を超えて推定しない。

(419) （活動開始前後の時間的接続）

募集の完了は活動員の独立配置可能性を意味しない。2026年度の公表日程では説明会・面談後に研修が配置され、活動開始予定日以降も累計18時間までは先輩活動員について学ぶ期間が置かれる。第10章の研修と健康管理関連事務に必要な照会、第11章の参加可能性・帯同条件および第12章の日常運営へと段階的に接続する。募集時に収集した希望事項は後続の判断を補助するが、実際の活動資格と配置は正式な確認・承認に従う。

(420) （募集方法の改訂と公開事実の再確認）

募集期間、応募要件、所定書式、問い合わせ窓口、説明会・研修日程、活動内容および運営主体が改訂された場合、次年度版の公式資料に基づき本章の該当する情報を更新する。日付の曜日不整合、年齢条件と年度更新注記、旧年名を含む申込書ファイル等の公表上の曖昧さは、推測による補完ではなく照会・修正確認の対象とする。一般的な募集設計と病院固有の募集条件を継続して照合することを、本指針の改訂規律とする。

9. ボランティアの選考、受入れおよび登録管理

9.1. 本章の目的、受入過程および用語の区分

(421) （本章の目的と前後業務との関係）

本章は、東京大学病院の「にこにこボランティア」について、公表された説明会・面談および受入れの条件を基礎として、応募者への説明、受入れに関する確認、判断後の連絡、登録に必要な管理、および活動開始への移行を整理する。病院の2026年度募集は、書類審査を行わず、説明会の後に面談を実施することを明記し、面談結果により受入れに至らない場合がある旨を示している¹³²。本章は、こうした公開された事実と、執筆者が業務整理のために提案する段階管理・記録の方法を区別し、未公表の面談評価表、合否決裁者、登録システムまたは内部審査規程を推定して記載しない。

(422) （受入過程の状態区分）

受入れに関連する事項を一つの「採用」の語に集約すると、応募者と活動員の権限・期待・義務の成立時点を誤認しやすい。本指針は、業務確認のため、次の状態を別個に管理する

¹³² 東京大学病院「令和8年 ボランティア募集」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/volunteer/> (2026年10月8日参照)。

3505 ことを提案する。各名称は本指針による分析上の呼称であり、病院の現行登録区分ではない。

3506 一 応募受付済み。所定申込書の到達等、募集事務上の確認がなされた段階。

3507 二 説明会・面談段階。応募者への制度説明および病院による個別面談が予定または実施
3508 された段階。

3509 三 受入判断段階。権限者による受入可否、保留または必要な追加確認を要する段階。

3510 四 活動開始前準備段階。受入にに必要な通知・登録・研修・健康関連事務等の完了状況
3511 を確認する段階。

3512 五 活動開始後の帯同段階。正式な活動開始後、先輩活動員に付いて実践を学ぶ期間。

3513 六 独立配置の可否を確認する段階。累計時間のほか、安全、役割、本人の意思および正
3514 式な確認を要する段階。

3515 これらの段階は相互に接続するが、前段階の完了を次段階の承認と読み替えない。段階間の
3516 所定の移行条件と権限は、病院への照会事項とする。

3517 (423) (「選考」「受入れ」「登録」「配置」の意味)

3518 本指針における「選考」とは、公開された募集条件と説明会・面談に基づき、病院が受入
3519 れの可否を判断する過程を指す。「受入れ」は、その判断に係る組織的行為を指し、職員の雇
3520 用契約締結を意味しない。「登録管理」は、活動参加に必要な本人確認、連絡・希望条件およ
3521 び所定の確認事項を、権限のある者が必要な範囲で管理する機能を指す。「配置」は、受入れ
3522 や登録の後に、研修状況と当日の活動条件を踏まえて具体的な場所・役割・時刻を調整する
3523 別の行為を指す。とりわけ受入れの通知だけから全活動に関する権限や独立活動の資格を導
3524 かない。

3525 (424) (関係主体および判断権限の留保)

3526 2026 年度募集では「患者相談・サービス向上委員会」が主催者とされ、応募先・問い合わ
3527 せ先としてボランティアルームが掲げられる。他方、本指針の対象となる募集職位は、医療
3528 運営課患者支援チームに属し、募集、採用、研修の企画・広報・実施等を職務内容とする¹³³。
3529 主催委員会、所属部署、ボランティアルームおよび面談者の正式な役割配分は公開情報から
3530 確定できない。応募対応者が、資料の受理・説明・連絡補助と受入決定の権限とを混同しな
3531 いことを、本指針の基本的な運用上の留意とする。

3532 9.2. 説明会の準備、実施および確認事項

3533 (425) (病院が公表する説明会の基本条件)

3534 令和 8 年度の公表日程では、第 1 期の説明会は 2026 年 7 月 10 日（金）14 時 30 分から、
3535 第 2 期は同年 10 月 16 日（金）15 時からであり、いずれも管理・研究棟 2 階会議室を会場と
3536 する。説明会の対象は原則としてボランティア応募者であり、説明会後に面談を行う旨が示
3537 される¹³⁴。これらは 2026 年度に公表された特定日程である。今後の年度、会場変更、個別代
3538 替日または実際の開催状況を現在の公表情報のみから断定しない。

3539 (426) (説明会運営前の確認項目)

3540 本指針は説明会を、応募者の意思形成を支え、病院側と応募者側の期待を明確にする機
3541 会として位置づける。実施前には、担当者の権限に応じ、次を確認することを提案する。

¹³³ 東京大学病院「医療運営課 特任専門職員〔特定有期雇用教職員（常勤）〕募集」（2026 年 8 月 19 日公表）
<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/syokuin/20260819-1.html>。

¹³⁴ 東京大学病院「令和 8 年 ボランティア募集」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/volunteer/>。

- 一 会場および時間。施設の指定、入室可能時刻、説明会と後続面談の時間的接続、必要な会場案内。
- 二 説明内容。活動の趣旨、現在実施される活動、今後の活動予定、時間枠、参加条件、無報酬・費用負担および研修。
- 三 受付と連絡。応募者への正式な案内、連絡未達時の照会先、出席確認の方法と必要な記録。
- 四 配慮事項。移動や情報取得に必要な配慮の申し出を受ける経路、相談のプライバシー、医療エリアへの無断立入り防止。

この一覧は確認案であり、会場図、司会台本、出席簿、本人確認書類などの具体的使用を病院の既定手続として主張しない。

(427)（説明の公平性と参加意思の形成）

制度についての説明は、志願する自由と志願を見送る自由を同時に保障する方向で行う。説明すべき事項は、活動の魅力に加え、2～3時間の立ち仕事、月2回以上、3か月以上の継続意向、研修参加、患者との接触に伴う安全・秘密保持上の注意、交通費等の自己負担という、2026年度募集の公表条件である。説明会に参加した事実は活動への無条件の同意を意味しない。応募者から質問が生じた場合、公開資料にない例外や処遇をその場で確約せず、回答権限を確認して対応する。

(428)（説明会における質問および情報の扱い）

説明会中の質問は、制度の公開条件に関する一般的照会と、個人の健康、就業・受診関係、家庭・学業上の事情等を含む個別相談とに分けることが望ましい。公の場で機微な事情の説明を求めず、必要に応じて担当者に個別の相談機会を接続する。質問を集計して広報文面の改善に用いる場合も、個人を識別できる事情を不必要に記録・共有せず、匿名化の充分性と資料の利用権限を確認する。質問者の発言を面談における不利益評価へ機械的に転用しない。

(429)（説明会の終了と面談への移行）

説明会終了後の面談は、説明会の出席確認とは別個の段階である。日程上、第1期は説明会開始14時30分、面談開始15時10分、第2期は説明会開始15時、面談開始15時40分とされるため、案内や会場移動が円滑に行われるよう、担当者間の連絡と本人への説明を事前に確認することを提案する。受付時点で本人の事情を無関係の活動員へ共有しないこと、面談待機中の会話が他者に聞かれる環境を避けること、および面談を受けた事実から受入決定を推定させないことに留意する。

9.3. 面談の準備、対話および記録の境界

(430)（公開されている面談制度と未公開の判断基準）

病院は応募者向けの説明会終了後に面談を実施し、その結果により受入れを断る場合があると公表している。一方、面談員の人数、評価項目、採点方法、議決手続、記録様式および決定者について公開の詳細は確認できない。本指針は、公開募集条件を確かめ、応募者の意思と希望を相互に理解するための面談という分析上の位置づけを採用するが、以下で挙げる質問項目や事務上の確認事項は著者の提案であり、公式の選考基準または現行の面談質問表ではない。

(431)（面談に向けた事前準備）

説明会後の面談を支える事務として、事前に用意し得る情報は次に区分できる。実際の

3582 閲覧対象、閲覧者、本人確認方法および面談資料の保管は病院の正式な取扱いに従う。

3583 一 応募事実に関する情報。申込書の受領状態、本人への連絡状況、説明会・面談の開催
3584 情報。

3585 二 公開応募条件との接続。活動開始時点の年齢等、条件確認に必要となる記載事項の所
3586 在。

3587 三 希望の表明。活動したい内容、参加可能な曜日・時間帯、継続に関する本人の見込み。

3588 四 情報保護上の区分。健康情報その他の機微事項について、担当者への必要な相談のみ
3589 を接続する取扱い。

3590 記録から推察した性格評価、社会的地位または個人の動機に関する憶測を事前所見として形
3591 成しない。

3592 (432) (対話における質問と確認の区別)

3593 面談では、応募者の経験を尊重しつつ、活動の条件と本人の希望が実際に接続できるか
3594 を確かめることが重要である。本指針の設計上、確認事項の性格を次のように区分する。

3595 一 公表条件の確認。原則として明確な事実または本人による申告によって把握すべき事
3596 項。

3597 二 希望・事情の理解。活動への動機、期待、参加頻度、休業期間と学期中の変化等、対
3598 話と調整の対象となる事項。

3599 三 支援上の相談。活動を継続するために必要な配慮、説明方法や連絡手段に関する希望
3600 等。

3601 四 権限外の事項。診断、接種の適否、医学的リスク評価または必要性の薄い私的事情の
3602 探索等。

3603 応募条件を確認するための面談であることと、応募者の生活全般を審査することとを区別す
3604 る。

3605 (433) (参加動機の理解と私的内に立ち入らない面談)

3606 活動内容への関心、希望する役割、参加できる時期、研修や安全条件の理解等は、双方の
3607 活動適合性を確認するための実務的論点になり得る。一方、心理的な欠如、罪責感、過去の
3608 傷つき、善人でありたい欲望等を推定するための質問や心理分析は、受入れの公表要件から
3609 導かれず、原則として実施しない。本人が自発的に述べた私的事情についても、当該事務に
3610 必要な範囲に限って取り扱い、適切な相談機能への案内と個人情報保護上の判断を区別する。
3611 本項は面談倫理上の提案であり、病院が採用する質問票または判定基準を示すものではない。

3612 (434) (学生の活動希望と学期による条件変化)

3613 病院公開 FAQ は、学生について休業期間と学期中とで活動頻度を変え得ること、面談時
3614 に相談できることを示している¹³⁵。したがって、面談における現在の参加可能曜日のみを長
3615 期固定的な可用性と読み替えない。3か月以上の継続意向という公表条件と、期間内の活動頻
3616 度の変化を区別し、本人が予測できる範囲で希望を確認する。学生に限る2時間枠も後続の
3617 配置可能性に影響するが、具体的な受入可否または時間割の承認は所定の判断に従う。

3618 (435) (面談記録の内容と認識論的限界)

3619 面談記録を作成する場合、質問された事実、本人の発言、客観的に確認された事項、担当
3620 者の解釈および受入れに関する判断を区別して記載することを提案する。短い対話から健康

¹³⁵ 東京大学病院「令和8年 ボランティア募集」、よくあるご質問。https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitme
nt/volunteer/。

状態、他者への配慮能力、将来の勤勉性などを確実に推定できるものとみなさない。面談という特定の時点では、応募者が病院の制度をまだ十分に知らず、説明会を経て希望が変化することもある。認識的不確実性を記録上で隠蔽することなく、必要な説明や確認を支える資料として面談記録を取り扱う。

(436)（面談における尊厳、権力差および相談可能性）

受入れの可能性を左右し得る面談には、病院側と応募者側の情報および意思決定権限の非対称性がある。応募者が困難や不安を述べたこと自体を協調性の欠如とみなさず、質問できること、理解できない条件を確認できること、参加を再検討できることを保障する方向で面談を位置づける。本指針の関係論的分析では、面談は既存属性を読み取る場であると同時に、将来の信頼関係を形成する相互行為である。ただし、この解釈は著者独自の規範的提案であって、面談結果に関する病院の公式な理由付けではない。

9.4. 応募条件、個別事情および適合性の確認

(437)（2026 年度の公表応募条件）

令和 8 年度の募集ページは、説明会・面談・研修への参加、心身の健康、月 2 回以上の活動、2～3 時間の立ち仕事、3 か月以上の活動継続、活動開始時点で 18 歳以上 70 歳未満かつ高校生でないこと、現在の病院での就業関係（派遣を含む）がないこと、ならびに受診関係（経過観察を含む）がないことを応募条件として掲げている¹³⁶。具体的には以下の区分で確認することを提案する。

- 一 参加手続の要件。説明会、面談および活動前の研修への参加。
- 二 年齢・身分に係る公表条件。活動開始時点の年齢、高校生の除外および同院での就業・受診関係の有無。
- 三 時間・継続に係る要件。月 2 回以上、2～3 時間の立ち仕事、3 か月以上の継続見込み。
- 四 健康に関する要件。公表された健康条件を踏まえた、権限のある担当者との確認と必要な相談。

申込書の記載、本人の説明および正式な確認による情報を区別し、未確認事項を既に満たされた条件として登録しない。

(438)（新規応募の年齢条件と継続更新の注記）

2026 年度募集は新規応募について活動開始時点 18 歳以上 70 歳未満と記しつつ、年度更新に関する欄では 80 歳以上の人の心身の状況と活動条件を丁寧に確認する旨を示している。この二つの記載は、新規受入れの年齢上限と既存活動員の更新について別の対象を想定する可能性があるが、両者の厳密な適用関係は公開文面だけでは確定できない。新規応募者への説明と既存活動員の更新判断に際し、それぞれの対象と時点を区別し、個別の適用を必要な権限者に確認する。一般的な年齢による能力推定に基づく独自の選別は行わない。

(439)（健康条件の確認と医療判断の境界）

公表募集が「心身ともに健康である方」等を応募条件とすることは、募集担当者が診断・予防接種の適否・抗体価判定を行う権限を与えられることを意味しない。本指針は、健康に関する応募者の照会や必要な書類の案内、医療上の確認が必要となる場合の担当部署への継続と、医療専門職の判断とを区別する。健康情報を通常の受入適合性スコア、一般的な面談

¹³⁶ 東京大学病院「令和 8 年 ボランティア募集」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/volunteer/>。ここでいう条件は 2026 年度の公表募集に係るものであり、他年度への自動適用を意味しない。

メモおよび外部調整ソフトに移して扱うことを提案しない。業務に必要な健康管理事務の具体的取扱いは第 10 章ならびに第 19 章で詳述する。

(440) (病院就業・受診関係と立場の変化)

令和 8 年度募集は、現に病院で就業する人（派遣を含む）および現に病院を受診する人（経過観察を含む）を応募対象外としている。この公表条件は、応募者と病院の間に既に存在する就業・医療関係と、新たなボランティア関係とを区別する制度上の境界である。具体的な受診履歴や雇用情報へのアクセスが募集担当に認められると推定せず、応募者の申告内容や正式に確認できる情報の範囲で対応する。活動開始後に立場が変化した場合の扱いは、病院の正式な規則に照会する。

(441) (個別相談、合理的配慮および未確認事項)

応募条件の解釈、活動時間への適応、障害等に伴う情報提供や移動の配慮、学校行事による活動頻度の変更といった個別事情は、本人の意思を尊重しつつ、必要な範囲で責任者に相談する。合理的配慮に関する一般的な法的要請と、病院が設定する募集要件の具体的適用の双方を検討するが、担当者が独自に応募条件を削除・追加したり、将来の配置や研修免除を確約したりしない。対応可能性が未確認の場合、その事実を明示したうえで、所定の照会先・回答予定等を確認することを提案する。

9.5. 受入判断、権限および説明責任

(442) (書類審査を行わない募集方式の意義)

2026 年度の募集ページは「書類審査はありませんので、直接、説明会にお越し下さい」と明示する。書類の受領確認、記載項目の整理、申込方法の案内等は募集事務として必要になり得るが、それらを独自の事前選抜や順位付けに転換しない。書類に記載された経歴、学歴、職業等による機械的な優先順位づけを行えば、公表された応募経路との不整合が生じるおそれがある。募集条件の確認と面談後の受入れに関する決定は、それぞれ適切な段階・権限によって扱う。

(443) (判断権限と確認事項の分離)

受入れに係る業務過程は、資料を整理する者、面談を担当する者、必要事項について助言する者、受入れの決定を承認する者、および決定を通知する者という複数の機能に分解して分析できる。しかし、病院で実際に何人が、どの順序で、どの決裁権限を行使するかは公表されていない。本指針は、手続の設計案として、確認済みの事実、判断を要する事項、判断を行った権限者および通知の状態を分離して記録することを提案する。形式上の記録者を実質上の決定権者と同一視しない。

(444) (判断の根拠、理由の非開示および内部説明可能性)

病院の募集ページは、面談の結果として活動の受入れを断る場合があり、その理由について回答できない旨を応募者に事前に示す。この公表条件を尊重し、応募者へ受入不可の詳細な理由が必ず開示されると案内しない。他方、対外的な理由非開示と、組織内で適切な判断・承認・記録を保持する必要性とは別の論点である。どの程度の内部記録が必要で、誰が閲覧でき、保存期間をどう定めるかは病院内規に依る。本指針は、その両者を区別することを説明責任に関する一般的な運用上の提案とする。公表された不受入れ理由の非回答という取扱いは、応募者に対して具体的理由を説明する範囲に関する病院側の案内であり、内部の権限ある者による判断の適正性確認を不要にするものではない。また、内部記録を設ける提案が応募者への無制限の開示権限を生むものでもない。

(445) (判断の一貫性と個別的配慮)

受入判断の一貫性とは、応募者の固有の事情を無視して同一の回答を機械的に出すことなく、公開条件の同種の適用、必要な個別相談、利益相反への留意および説明可能な権限過程を組み合わせることである。本指針は、手続的公平性と実際の活動安全の双方を意識する。過去の活動年数、応募者の肩書きや資格名を単一の能力代理指標とすること、および未確認の対人印象によって受入結果を自動的に決めることを推奨しない。最終判断の基準は病院の正式な運用に依拠する。

(446) (利益相反と私的な紹介関係の取扱い)

応募者と面談担当者、既存活動員、職員または他の関係者の間に既存の私的な関係がある場合、照会・説明上の便宜と、受入れに関する判断の公正性とを区別する必要がある。紹介によって応募を知ることと、紹介者が受入決定に実質的影響を及ぼすことは別の行為である。本指針は、関係によって判断の公正性に疑義が生じる可能性があるとき、病院の所定の相談・報告手続に従うことを提案する。正式な利益相反規程、面談者の忌避・交代手続については内部確認事項とする。

(447) (受入判断の制度的根拠と過度な属性推定の抑制)

受入れの可否や配置適合性は、年度の公開募集条件及び院内で承認された基準・権限に従って取り扱う。危険予防のための合理的な活動条件と、年齢、健康状態、障害、家庭事情等に関する根拠の乏しい一般化とを区別する。本指針の数理的な適合性係数、動機類型及び心理学的解釈を、応募者に対する新たな選考資格又は心理審査として利用しない。個々の不受入れの法的評価は、正式な手続、規範及び具体的事実依存する。

9.6. 受入結果の通知、辞退、保留および相談への対応**(448) (通知制度に関する公表事実)**

令和8年度募集ページでは、申込書の受領確認およびその他の連絡・問い合わせへの返信は、申込書に記載されたメールアドレスにのみ行う旨を明記している。これは本人への通知導線についての公表事実であるが、受入結果の正式な文面、送信承認者、通知までの標準日数、連絡不能時の例外方法は示されていない。担当者は、公表されていない通知の時期や方法を独自に確約せず、正式な指示を確認する。申込書にメールアドレスがない場合は受領連絡ができない旨についても、募集時の案内と整合させる。

(449) (受入結果と実務状態の管理案)

連絡漏れや段階の混同を防ぐため、本指針は管理用の概念状態として、受入れに関する確認中、受入れの連絡準備中、受入れの連絡済み、受入れに至らなかったもの、本人から辞退の申し出があったもの、ならびに連絡未達のことを区別することを提案する。これらは病院の正式な処理コードを指さず、個別事案に用いる場合の承認を要する。通知に係る事務上の状態は受入判断そのものと異なるため、たとえば「連絡済み」の表示だけで活動登録を完了したとみなすことを避ける。

(450) (受入れに至らない場合の対応)

面談結果により活動を受け入れられない場合があること、ならびに理由を回答できないことは募集時に公開されている条件である。この取扱いと整合する正式な通知・問い合わせ対応方法を確認し、判断を行っていない事務担当者が個人的な推測を理由として説明しない。一方、募集制度一般に関する公開情報、次年度の募集案内または担当窓口の所在については、正式な回答範囲の確認を経て案内できる余地がある。個別の評価情報を必要以上に共有・保

存せず、本人の尊厳に配慮する。

(451) (応募者による辞退と参加条件の変更)

応募者が受入判断の前後に参加希望の変更、辞退、日程変更または活動可能条件の修正を申し出ること、本人の自発性に関わる独立した事実である。受入れ可能と判断された場合であっても、本人が必ず活動に参加する義務を負うと推定しない。本指針は、申出の到達、事実確認、正式な担当部署への連携および後続の研修・配置案への影響を別々に整理することを提案する。変更の取扱いと記録の保存・削除は病院の所定規則に従う。

(452) (連絡不能・保留・問い合わせの未解決状態)

メールの不達、誤記、受信設定の問題、相談事項への未回答、研修日程の未調整等によって、受入れの手续が未完了となることがある。連絡不能を本人による辞退や受入不可の決定と同一視しない。公表された連絡方法を変更する権限がない者は私的なアカウントや非公式の連絡網へ情報を移さず、確認を要する状態として責任者に接続する。本指針は未解決事項を見落とさないため、到達日時、担当者への引継ぎ、回答状況を必要最小限で管理する方式を提案する。

9.7. 受入後の登録管理および活動資格の区分

(453) (登録行為の範囲と病院内部手続の未確認性)

登録管理は、受入れが認められた者について、活動に必要な連絡、本人の活動希望、研修・確認状況および年度更新等を整理する業務として概念化できる。ただし病院が実際に使用する活動員台帳、活動員番号、証票・エプロンの交付規則、システム名称、書面への署名手続および登録完了の決裁要件は、公開情報のみでは確認できない。ここで述べるデータ項目や状態の分離は、本指針による業務設計上の提案であり、病院の既存登録様式の写しではない。

(454) (登録情報の目的別分離)

本指針は、登録対象となり得る情報を利用目的に応じて区分することで、アクセスと保管を必要最小限とすることを提案する。

- 一 連絡管理のための情報。本人が正式に届け出た連絡先、必要な連絡上の配慮および更新日。
- 二 参加・配置のための情報。本人が承認した参加可能曜日・時刻、希望する活動、活動上必要な研修や確認の状態。
- 三 管理上の記録。受入れの正式な確認、研修・帯同の実施状況、年度更新および休止・終了に係る所定の状態。
- 四 専門的・機微な情報。健康チェック、抗体検査・予防接種等に関する情報について、所定の担当者と管理領域で取り扱うもの。

特に第四号の情報は、一般の連絡先台帳やアルゴリズム入力用の名簿に混在させないことを提案する。アクセス区分、保存期限および暗号化等の具体措置は院内規程の確認を要する。

(455) (受入済みと活動可能な役割の区別)

受入れを認められた者であっても、感染対策・車いす介助等の研修、初期の先輩活動員への帯同、個別活動に必要な確認を経るまでは、すべての役割を独立して担えると推定しない。本指針は「受入れの状態」「事前研修の状態」「帯同中の状態」「当該役割に関する配置確認の状態」を別々に表現することを提案する。第 11 章の最適化モデルが参照する配置可能性は、単なる登録済みの真偽値ではなく、対象となる役割、時点および必要な確認と結びつく。

3781 (456) (所属・識別情報と対外的な説明)

3782 病院の公開紹介は、歴史的なボランティア活動の紹介においてライトブルーのエプロン
3783 等に言及する資料を含むが、2026 年度の新規活動員に対する現在の識別証・貸与品の交付手
3784 順まで公開しているものではない¹³⁷。活動者の識別、制服・貸与品、活動員証の所持、患者
3785 への自己紹介、退館時の返却等を検討する際は、最新の院内取扱いを確認する。個人で作成
3786 した証票や名簿を病院公認のものとして表示しない。

3787 (457) (保険、費用および登録との関係)

3788 公開の活動紹介は、ボランティアが交通費・食費等を自己負担していること、ボランテ
3789 ィア保険に未加入の場合は病院負担で加入すると説明する¹³⁸。この説明は保険の存在に関す
3790 る院方公表事項であるが、補償範囲、既加入時の確認方法、加入手続の完了条件および保険
3791 と初日活動との厳密な関係までは明らかでない。登録過程では、所定の加入・確認担当およ
3792 び連絡方法を照会し、保険の成立を未確認のまま保証しない。費用の自己負担を説明する際
3793 は、本人が参加を判断するための重要情報として明確に伝える。

3794 9.8. 年度更新、休止、再開および登録終了

3795 (458) (年度更新制の公表内容)

3796 2026 年度の募集ページは、活動期間について年度ごとの更新制とし、年度末に次年度以
3797 降の継続参加の意向を確認すると説明する。この制度は、受入れに関する一度の判断だけで
3798 無期限の参加が自動的に継続するわけではないことを示す。更新時の詳細書式、担当者、期
3799 限、本人への連絡、活動条件を再確認する範囲および再研修の要否は公開資料から確定でき
3800 ない。本指針は、更新意思の確認という公表事実と、更新の可否に係る所定の判断・登録処
3801 理とを分けて扱う。

3802 (459) (更新における本人の意思および環境変化)

3803 年度更新においては、前年度の活動経験を将来の参加意思の代替とせず、本人が継続を
3804 希望するかを確認することが中心となる。同時に、活動可能曜日、学業・就労・家庭状況、身
3805 体的負担、研修や活動内容の変更といった条件は、年度を越えて不変であるとは限らない。本
3806 指針は、更新時点で確認できる最新の希望と正式な活動条件を照合し、過去の台帳の値を自
3807 動的に継承しないことを提案する。健康・専門判断を要する事項は担当者に接続する。

3808 (460) (80 歳以上の活動員に関する公開の注意)

3809 2026 年度募集は、年度更新の項目において 80 歳以上の方の心身の状況や活動条件を丁
3810 寧に確認する旨を記載する。これは高齢の既存活動員の取扱いが関わり得る具体的な公表事
3811 項であるが、具体的な年齢別判断基準、検査項目または配置上の追加義務を定めているとま
3812 では確認できない。新規応募の 70 歳未満という条件と同一の運用対象として機械的に統合せ
3813 ず、本人の希望、当該年度の制度と正式な判断の所在を確認する。

3814 (461) (活動の一時休止、再開および変更)

3815 本人の意向、生活事情、感染対策上の制約、活動場所の変更その他の理由による休止・再
3816 開が生じる可能性がある。病院が個々の休止・再開をどのように承認するかは公開されてい
3817 ないため、本指針は、休止の申出、連絡先への通知、後続のシフト取り消し、再開時の研修・
3818 資格確認等を区別する業務案を示すにとどめる。シフト表の空欄や一定期間の不参加をもっ

¹³⁷ 東京大学病院「東大病院だより」等の公開活動紹介、および「にこにこボランティア」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/cooperation/volunteer/>。歴史的な記述はその時点の実践を示す資料として扱う。

¹³⁸ 東京大学病院「にこにこボランティア」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/cooperation/volunteer/>。

て、本人の活動意思の消滅または正式な登録終了と即断しない。

(462) (参加終了、情報管理および知見の引継ぎ)

参加終了に際しては、予定済み活動の整理、所属物品の返却の要否、登録情報の取扱い、残存する問い合わせや未解決の相談、および所定の保険・記録事項について、病院の正式な規則を確認する必要がある。本指針は、退会理由の過剰な収集を避けつつ、本人が望む範囲で活動に関する意見を受け止め、組織的な改善に接続することを提案する。記録の保存・廃棄・匿名化を本人の希望だけから自動決定せず、法令・規程・利用目的に照らして処理する。

9.9. 情報保護、記録の品質および事務上の例外

(463) (受入過程における記録と情報アクセス)

応募書類、面談で得られる情報、受入結果、健康管理資料および活動登録に関する記録は、目的と機微性が異なる。個々の担当者のアクセスは必要な業務と正式な権限に限定し、決定の理由や個人の事情を全活動員が閲覧できる共同ファイルへ記載しない。本指針は、作成者・閲覧者・修正者・廃棄承認者等の権限を必要に応じて区別することを提案するが、具体的な院内ストレージ、電子カルテ、メールボックスおよび保存年限の実施規則は公表されていない。

(464) (段階ごとの記録確定と監査可能性)

事務上の行為が完了したかを確認する記録と、その行為が適切だったかを評価する記録とを区別する。たとえば「説明会出席」「面談終了」「正式受入通知」「研修参加」「活動開始」「帯同時間の蓄積」は異なる事実であり、同一の日時フィールドにまとめると後日の点検が困難となる。本指針は、実施した行為、確認の方法、必要な承認、および未完了事項を、目的に見合う粒度で区分することを提案する。記録が存在しないことを直ちに行為の不存在と断定しない一方、推定を確定事実の欄へ記載しない。

(465) (申込情報の訂正、重複および取違えへの対応)

氏名・連絡先の誤記、同一応募者による複数の申込、活動希望の修正、他人宛ての連絡、同姓同名の取違え等は、受入事務における典型的な誤りの可能性である。本指針は、誤りの発見日時、影響範囲、本人確認と訂正の権限、連絡の要否および再発防止上の論点を所定の担当者へ連携する方法を提案する。誤って登録された情報を担当者が独断で消去して履歴を消滅させることや、私的な表計算ファイルに別名簿を作成して補正することを勧めない。

(466) (健康情報の目的外利用および外部共有の回避)

公開申込書に感染症の既往、予防接種等に関する記載欄があることは、事務関係者の誰もが当該情報を扱えることを意味しない。健康情報を、面談の一般的な印象評価、応募者の序列化、活動員の信頼度推定、AIによる自動選考および調整最適化の入力として再利用しない。健康管理の事務補助は所定の必要範囲で行い、医療上の判断やアクセス権限を持たない調整者は、必要がある場合に正式な担当部署へ接続する。次世代医療基盤法等における医療情報の二次利用制度との混同も避ける。

(467) (事故、苦情および疑義への連携)

誤送信、資料紛失、受入結果に関する照会、面談時の不適切な接遇が疑われる事象、登録情報の誤表示等が生じた場合、関係者の権利保護と事実確認を優先し、所定の窓口へ報告・相談する。医療相談、ハラスメント相談、個人情報保護の問題および志願者の受入れに関する問い合わせは、同一の権限で処理できるとは限らない。内部の報告先、期限、証拠保全方法は院内確認事項であり、本指針は独自の調査権限や制裁権限を定めない。

9.10. 業務評価、関係形成および後続章への接続

(468) (受入れ業務の品質を把握するための視点)

選考・受入れ業務の品質は、受入人数だけでは捉えられない。説明の明確さ、連絡の到達可能性、受入判断から研修までの移行、未処理照会、事務的な取違え、本人が希望を修正できる余地、患者サービス側の安全要件との整合等を、相互に関連する側面として検討する。本指針が提案する指標は正式な病院 KPI ではなく、個人情報を用いた新たな調査・評価を自動的に許可するものでもない。実数や処理速度を、公表されていない病院実績として推定しない。

(469) (募集・受入れ過程の時間的選択効果)

募集案内を見た人、申込書を提出した人、説明会に来た人、面談を受けた人、受入れが決まった人、研修に参加した人、実際に活動を開始した人は、それぞれ異なる集合である。これらの間の人数比を計算できたとしても、意思の変化、生活上の事情、情報の到達、研修日程などの影響が混在するため、個々の割合を受入手続の因果効果と短絡しない。本指針は、第 6 章の EBPM に関する時間依存性・選択バイアスの検討を、受入過程の評価に適用する。対象集団の定義と各段階の時点を先に明示する。

(470) (責任分散と受入過程の关系的構造)

受入過程には、募集文面を作る者、説明する者、面談する者、決定する者、登録する者、研修を実施する者が関わり得る。役割が複数に分かれること自体は、専門性と事務分担のために合理的な場合がある。しかし、段階ごとの権限・記録・引継ぎが不明瞭であれば、応募者への回答や事後確認に関する責任が分散する。本指針は、個人の能力や善意だけに依存しない責任の接続を提案する。第 3 章の主体と権限の分析および第 6 章の責任分散の問題を、具体的な受入事務として照合する。

(471) (主体の物象化と受入後の関係形成)

応募者を「受入可」「配置可」「要研修」等の状態として管理することは、日常運営を支える限定的な表象である。他方、これらの表象を人間そのものの実相と同一視し、その数値やラベルに基づいて経験・活動機会・組織内地位を恒常的に配分する場合、表象が本人と組織の関係を変化させる可能性がある。本指針の関係論的解釈では、登録は管理上の情報処理であるとともに、組織と活動員の間に期待・責任・信頼の関係を形成する過程でもある。この理論的留保をもって正式な受入条件を変更することは想定しない。

(472) (第 10 章から第 12 章への引継ぎ)

受入れの決定後は、研修、感染対策、車いす介助等の活動前準備、必要な健康関連事務補助および初期帯同の調整へ進む。公開 FAQ は活動開始前に研修を受ける必要があること、別日程を相談できる場合があること、活動開始後の累計 18 時間までは先輩活動員について学ぶことを明示する。登録上の受入事実は、これらの実施確認を代替しない。第 10 章は研修・健康管理関連事務、第 11 章は時間・区域・役割ごとの配置と数理的支援、第 12 章は日常運営を扱い、各章間で本人の意向、正式な確認事項および業務上必要な情報だけを接続する。

10. 研修、活動要件の確認および健康管理事務

10.1. 研修・健康管理関連業務の目的および位置づけ

(473) (本章の目的と業務対象)

本章は、2026 年 8 月 19 日付の医療運営課患者支援チーム特任専門職員の公表職務に含まれる研修の企画・実施と、活動員の健康チェック、抗体検査および予防接種等に係る案内、日

程調整、記録整理等の事務補助を対象とする¹³⁹。研修の実施確認、医療上の確認、担当活動の承認、日々の配置を分け、患者の安全と参加者の自発性をともに保つ事務上の接続を検討する。本章は公開資料に基づく個人の業務設計案であり、院内研修マニュアル又は健康管理の正式な決裁手順を再現するものではない。

(474) (研修の三つの機能)

研修は、必要な知識の伝達だけでなく、活動場面での判断、担当者への照会及び関係形成を含む過程として位置づける。その機能を次のとおり区分する。

- 一 共通理解。病院における活動の目的、患者の尊厳、秘密保持、感染対策、活動範囲と連絡先を理解する。
- 二 実践能力。院内案内、車いす支援、具体的場所への移動及び活動の中止・援助要請の判断を、許容された範囲で学ぶ。
- 三 組織的關係。経験者による帯同、専門職との連携、自己の不確実性を伝える相談の機会を確保する。

各機能の達成方法は内容に応じて異なるため、研修会への出席だけで、あらゆる場面での自律的対応能力が確保されたものとは扱わない。

(475) (段階間の権限と移行)

本指針は「受入れの決定」「活動前の集合研修」「開始後の帯同研修」「役割ごとの配置確認」「活動中の継続的学習」を区別する。令和8年度の公表文書から集合研修の開催と18時間の帯同学習は確認できるが、各段階を承認する内部権限者や詳細な判定票は確認できない。従って、次段階への移行、例外的な再研修又は活動範囲の変更は、所定の担当者が正式に判断すべき事項として留保する。

(476) (参加者の理解可能性および配慮)

研修の目的、所要時間、説明資料、実技の負担、活動開始時期及びその後の帯同の意味は、初参加者が理解可能な形で案内する。視聴覚・言語・移動上の配慮を必要とする場合、本人の希望を聴き、実施できる調整の範囲を正式な担当者と協議する。参加者の質問や不安は、研修に対する不適格性の直接的証拠とはみなさず、説明方法や活動設計を修正する契機として扱う。

(477) (研修計画と後続業務の接続)

研修の日時と内容を企画する際は、募集及び受入れの結果（第8・9章）、活動時間と場所に係る需要（第7章）、実際の配置候補（第11章）、日常運営及び安全（第12・16章）を同時に参照する。研修の参加予定者数と将来の配置可能人数は異なり、活動前研修を修了しても、本人の希望、帯同可能な先輩活動員、役割別確認、健康関連事務の状況によって初期の配置能力は変わる。年度計画においてこの時間差を明示することを提案する。

10.2. 令和8年度の研修日程、会場および案内事務

(478) (病院が公表する2026年度集合研修)

病院の「令和8年 ボランティア募集」には、感染対策・車いす介助等に関する研修として、第1期は2026年7月22日（水）14時から15時30分、第2期は同年10月30日（金）

¹³⁹ 東京大学病院「医療運営課 特任専門職員〔特定有期雇用教職員（常勤）〕募集」（2026年8月19日）。
<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/syokuin/20260819-1.html>。

14時から16時まで、いずれも管理・研究棟2階会議室で実施する予定が示される¹⁴⁰。研修予定は年度と募集期に固有の情報であり、時間差から研修内容や受講要件の違いを推定しない。開催変更や延期が生じた場合には、最新の正式案内を優先する。

(479) （説明会・面談と集合研修の時間的分離）

2026年度の第1期は説明会・面談が7月10日、集合研修が7月22日、活動開始予定が8月3日であり、第2期は説明会・面談が10月16日、集合研修が10月30日、活動開始予定が11月2日と公表される。同一の応募者に対して複数の日付を案内するため、個人の受入れ状態と参加可能な研修期を取り違えないことが重要である。正式な受入決定や連絡権限の確認なしに、集合研修の案内をもって受入れを保証しない。

(480) （開催前に確認する実施条件）

研修の事務補助に際し、担当者が確認することを提案する項目は次のとおりである。いずれも具体的な開催担当及び会場運用に係る病院所定の手続を優先する。

- 一 対象者と連絡。受入れに関する確認、出席予定、本人の連絡先、問い合わせ先及び参加への配慮。
- 二 会場と時間。開催場所への誘導、開始・終了時刻、受付方法、実技に使用する設備の安全確認。
- 三 講師と教材。感染対策及び車いす支援等の実施担当、使用資料の改訂日、病院公認資料か個人試案かの区別。
- 四 記録と移行。出席確認方法、欠席時の相談先、帯同開始時に引き継ぐ最小限の研修状態情報。

これらは研修準備の一般的チェック要素であり、院内で実際に使用される名簿・資料及び責任者の存在を確定的に述べるものではない。

(481) （欠席および代替日程の相談）

病院公開FAQは、活動前の研修受講を必要とする一方、指定日に参加できない場合、別日程で開催できる可能性があるため相談するよう案内している。従って、指定日への出席困難を直ちに応募意思の喪失と解さず、本人に正式な相談経路を示す。代替日程の実現を当然の権利又は確約として伝えず、担当者の回答、必要な調整及び活動開始への影響を分けて記録することを提案する。

(482) （案内文面と日程改訂の品質保証）

応募者に配布する案内には、特定年度・募集期、集合研修の会場、開始・終了予定時刻、問い合わせ先、準備事項、欠席時の対応及び変更通知の方法を、必要な範囲で明示することを提案する。公表ページとメール等に差異がある場合は、最終的に病院が承認した情報を確認する。既に発送した案内を更新するときは、旧情報に基づき来院する人の存在を考慮し、変更の時点と通知の到達可能性を併せて確認する。

10.3. 感染対策、院内案内および車いす支援の教育

(483) （集合研修で確認された主題と具体的内容の留保）

病院が2026年度募集で明記する研修主題は「感染対策・車イス介助等」であり、講義配分、実技手順、技能試験、配付教材又は修了条件の細目は公表されていない。本指針は、患者

¹⁴⁰ 東京大学病院「にこにこボランティア募集」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/volunteer/>（2026年度募集、2026年10月8日参照）。

及び来院者に接する非医療職の補助活動を念頭に、後続の教育設計に必要な論点を提案する。医療専門職又は病院担当者が定めた手順に先行して個別の感染対策・介助方法を規定するものではない。

(484) (感染対策教育の判断単位)

感染対策研修は、病院内の全区域・全活動に一律の状態が存在すると仮定せず、活動日、場所、接触場面及び患者側の脆弱性を参照して規則を確認することを目標とする。2026 年 6 月 1 日更新の病院通知では、外来患者及び付き添いのマスク着用は原則任意とされた一方、入院棟の指定階、外来化学療法室、透析室、リハビリテーション室、救急外来等では引き続き着用が求められる¹⁴¹。活動員に具体的に適用される指示は病院が定めるものとし、公開された患者向け文面のみから役割別の義務を決めない。

(485) (手指衛生、体調不良および支援中止の教育)

一般的な感染予防の観点から、手指衛生、活動場所での指示遵守、発熱等の体調不良時の事前相談、患者との接触を伴う支援の中止判断と担当者への連絡を研修上の確認候補とする。厚生労働省が公表する医療機関の院内感染対策に関する通知・情報は一般的な法政策上の背景となる¹⁴²。個別症状について医学的診断を行わせたり、本人の自己判断のみで出勤停止期間又は医療上の復帰条件を定めたりしない。

厚生労働省の院内感染対策掲載ページは、平成 26 年通知と、令和 7 年の医療機関における面会に関する事務連絡等を別文書として整理している。これらの一般資料と 2026 年 6 月の東大病院の場面別マスク案内を併読し、当日の活動区域・接触形態・感染防止担当の指示へ結び付ける。活動員に感染症の診断や復帰判断を任せすることを研修目標に含めない。

(486) (案内活動の研修における境界事例)

院内案内及び受診手続補助は、病院の公開活動内容に含まれるが、診療内容の説明、検査の適否、個人の医療情報へのアクセス又は医学的助言とは区別する¹⁴³。研修では、案内でできる事項、判断に迷う事項、必ず職員へ接続する事項という三種の場面を用いた理解確認を提案する。来院者が複数の場所を移動する場合、目的地の正確さだけでなく、移動可能性、本人の意思、待機場所及び受付職員との連絡も確認対象とする。

(487) (車いす支援の実技と許容範囲)

車いすの利用者への介助は病院の公開活動内容及び 2026 年度研修主題に含まれる。一方、移乗、身体保持、医療機器に関連する取扱い、急変時対応等の個々の行為について活動員が許可される範囲は公表資料のみでは定まらない。実技の企画では、本人の同意、介助の可否、通路・エレベーター等の環境、担当職員への接続、実施できない場合の支援要請を確認することを提案する。正確な手順及び行為制限は研修担当の医療専門職と病院正式文書に従う。

10.4. 先輩活動員への帯同研修と累計 18 時間の把握

(488) (公開 FAQ による初期帯同の制度)

病院公開 FAQ は、活動開始後、病院でのボランティア活動時間が累計 18 時間に達するまでを研修期間とし、先輩ボランティアについて病院ガイドの仕方などを学ぶ期間であると

¹⁴¹ 東京大学病院「マスク着用に関するご案内（2026 年 6 月 1 日更新）」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/info/20260601-1.html>。この通知は患者・付き添い及び職員向けの内容を含む。ボランティア活動員の具体的義務は別途正式な指示を確認する。

¹⁴² 厚生労働省「院内感染対策について」https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_21747.html。

¹⁴³ 東京大学病院「にこにこボランティア」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/cooperation/volunteer/>。過去の活動と「現在対応を中止」した活動が併記されているため、個別内容は現行性を確認する。

説明する¹⁴⁴。ここで示される 18 時間は活動経験を積む期間に関する公表事実であり、あらゆる役割の自動的な修了認定、独立活動許可又は技術習得の保証として読み替えない。

(489) （帯同における関係的学習）

帯同研修は、先輩活動員が保持する病院案内の経験知を、患者及び来院者との具体的な相互行為のなかで伝達する機会と捉える。案内の順序や地図の知識だけでなく、本人の意思を確認する言葉遣い、困ったときの職員への接続、初めて出会う利用者の事情への配慮を含む。先輩の暗黙知が全て現行の公式手順と一致するとは限らないため、経験的な工夫と承認済み手順とを区別して学習する構造を提案する。

(490) （帯同研修における相互承認と先輩活動員の支援）

帯同研修は、手順、場所および安全条件の習得に加え、新人が質問や失敗を表明でき、先輩活動員が経験を言語化して共有する関係的な学習機会として設計し得る。新人と先輩の双方に過大な負担が生じないように、活動中の実務要件と振り返りの時間を区別し、活動員の意向および指導可能な条件を確認する。励ましや謝意は学習を支える場合がある一方、先輩への過度の無償負担や新人の承認競争を助長しないよう、調整担当者が支援と相談の経路を検討する。この構成は教育的提案であり、病院の正式な 18 時間帯同制度の指導内容を追加的に認定するものではない。

(491) （帯同配置の基本的な構造）

帯同配置を設計する場合、新規活動員の参加可能時間に加え、当該活動について説明できる経験者の参加時間、場所、役割、混雑状況及び教えるための負担を同時に考慮する必要がある。新規活動員の人数を、そのまま独立に活動する人数として計上しないことを提案する。経験者が通常の案内に加えて帯同指導を行う場合は、その時間的余裕を第 11 章の配置最適化における実務条件として取り扱い、研修のために必要な支援品質を損なわないよう配慮する。

(492) （帯同時間記録の意味と限界）

累計 18 時間の管理を補助する記録は、活動した日時、実際の時間、活動内容、帯同の有無及び所定の確認主体を混同しない形で整理することを提案する。登録時点からの経過時間や予定シフトの長さを、そのまま実績時間として加算しない。欠席、途中退席、予定変更、活動内容の変更及び重複登録がある場合、記録の訂正権限と確認方法を明示する。時間数に関する記録は必要な管理情報であるが、患者との関係構築や適切な判断の質を完全に測定するものではない。

(493) （帯同修了の確認と追加的支援）

18 時間に達した活動員について、活動可能な役割を具体的に確認する時点と方法は、病院の所定の判断を要する。本指針は、到達時間、本人の希望、実際に経験した役割、相談を要する事項、追加的な練習希望を別々に把握することを提案する。時間数の達成をもって本人の不安を否定せず、必要に応じて引き続き経験者と活動する選択肢を検討する。帯同の終了を管理することと、継続的に学ぶ関係を終了することは異なる。

10.5. 活動要件と役割別配置可能性の確認

(494) （配置可能性を構成する複数条件）

第 11 章で扱う配置可能性は、応募・受入れ済みという単一の属性によって定まるものではない。候補者の意思、該當時点の可用性、集合研修状況、帯同状況、個別役割の許容範囲、

¹⁴⁴ 東京大学病院「令和 8 年 ボランティア募集」、よくあるご質問。 <https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/volunteer/>。

健康関連の正式確認及び活動場所の安全条件に依存する。本指針は、これらを個人の能力に関する永久不変の等級とせず、「一定の時点と業務に関する事務上の確認状態」として扱うことを提案する。

(495) （活動類型ごとの確認事項）

活動ごとの具体的許容範囲は院内手順を確認した上で定める必要があるが、分析上は次の区分が有用である。

- 一 外来案内。現在の案内先、受付手続、移動経路、患者が困難を示した場合の照会先。
- 二 車いす利用者の支援。研修・帯同の状況、本人の同意、経路及び安全上の援助要請先。
- 三 院内図書室。貸出し業務、開室条件、利用者への対応と担当者との引継ぎ。
- 四 院内行事。開催日、役割、会場、来院者動線、実施・中止・緊急時の担当者。

各類型のチェック事項は必要な照会の見取り図であり、これらを満たせば自動的に全業務へ配置できるという承認条件ではない。

(496) （状態を示す最小情報の考え方）

活動の調整に必要なのは、具体的な診断名、抗体価又は接種歴の詳細ではなく、所定の権限者が当該役割について配置可能かを確認した結果である場合が多い。本指針は、必要に応じて「確認未了」「所定の確認済み」「担当者への照会要」等の事務状態だけを調整側へ返す設計を提案する。ただし、病院の実際の区分名、承認者、期限、システム連携方式は未確認であり、仮のラベルを既存の資格制度として掲げない。

(497) （時間と機能区域に応じた要件変化）

活動員が参加できる曜日と時間が同一であっても、配置場所、患者の状態、感染対策の変更、行事の開催及び担当役割によって活動要件は異なり得る。病院の公開募集にある 8 時 30 分から 11 時 30 分、9 時 30 分から 12 時 30 分、12 時から 15 時までの三時段及び学生の 2 時間枠は参加枠であり、資格や安全の確認を代替しない。日程再編時には、時間的空き枠だけでなく、区域と役割に係る条件がなお満たされるかを再確認する。

(498) （活動要件の不確実性と保留）

担当者が研修や健康関連の確認状況を把握できない場合、それを満たされたものと推定したり、本人の口頭説明のみで専門的判断を代行したりしない。未確認事項の性質と必要な回答主体を区別し、必要に応じて当日の配置案を保留・変更する。参加できない時間又は役割があっても、そのことを本人の人格や志願意思の否定として扱わず、可能な範囲の代替的活動を本人と相談する。

10.6. 健康チェックおよび健康管理事務の範囲

(499) （募集条件と事務補助の区分）

2026 年度募集では「心身ともに健康である方」と「2～3 時間立ち仕事ができる方」を応募条件に掲げる。一方、求人で担当者の職務として明記するのは、活動員の健康チェック、抗体検査及び予防接種等に係る「案内、日程調整、記録整理等」の事務補助である。この二つの公開事項から、担当者が独立に健康適性、医学的禁忌、検査必要性、接種要否及び活動制限を判断する権限があると解釈しない。

(500) （公開申込書に記載された健康項目）

病院が募集ページから提供する「ボランティア活動申込書」（公開 PDF のファイル名は Volunteer_application_2024.pdf）には、最近の健康診断受診の有無、健康状態の自由記載

欄に加え、麻疹、風疹、水痘、おたふく風邪についての既往又は不明・ワクチン接種済み及び接種年に関する欄がある¹⁴⁵。これは記載欄の存在を示すものであり、全員への抗体検査や接種を一律に義務づける根拠とはしない。

(501)（本人の申告と専門的評価の分離）

既往歴、接種歴、受診歴等の本人申告は、申告としての情報であり、免疫の有無や感染リスクについての診断結果そのものではない。申告が「不明」である場合も、虚偽や非協力と短絡しない。資料の不足がある場合、担当者は病院の所定の相談先へ接続し、必要な確認書類、提出範囲又は問い合わせ方法を案内する。抗体価など専門的数値の判定は、資格のある医療専門職と所定の判断系統に委ねる。

(502)（健康上の配慮と参加意思の保護）

活動員が疲労や身体的負担について相談した場合、健康状態の詳細を一般的な活動台帳や志願者間で共有せず、必要な対応を所定の担当者と協議する。配置上の調整として、休憩、活動時段、担当区域、移動負担又は活動内容の変更可能性を検討することはできるが、その実施と医学的適否は別の判断である。相談しやすい環境を構築することは、健康情報を過剰に提出させることと区別される。

(503)（健康チェック運営の確認事項）

具体的な健康チェック制度が院内でどの時期・方法により行われるかは公開情報から完全には確定できない。本指針は事務手続を検討する際、次の項目を確認することを提案する。

- 一 対象。どの活動・区域・時点において、誰の確認を必要とするか。
- 二 判断者。質問・申告の受理と医学的評価をそれぞれ誰が担当するか。
- 三 記録。情報の提出先、閲覧権限、保存先及び配置調整側への最小限の通知内容。
- 四 更新。感染状況や院内規則が変わった際、誰が判断要件を改訂し、活動員へ通知するか。

この一覧から、新たな検査義務、接種義務又は独自の出勤禁止基準を創設するものではない。

10.7. 抗体検査、予防接種等に係る案内と日程調整

(504)（抗体検査及び接種に関する担当者の役割）

求人は抗体検査及び予防接種等の事務補助を列挙するが、対象となるワクチン、検査項目、検査機関、費用、適用回数、接種時期、医学的適応及び活動可否との関係を具体的に公表してはいない。従って、現時点で特定の病原体への抗体検査・ワクチン接種が全員に必須であると記載しない。実務に先立ち、正式に承認された案内、医療専門職による判断及び担当部署の事務的分担を確認する。

(505)（案内に必要な四つの確認軸）

所定の医学的判断を経て必要な手続が示された場合、日程案内の事務は次の軸をもって検討できる。

- 一 対象と内容。誰が、どの検査又は接種に関するどの手続の案内対象となるか。
- 二 時間。予約可能期間、本人の都合、活動開始又は研修との関係及び再調整の期限。
- 三 場所と窓口。正式な実施場所、予約・変更担当及び問い合わせの連絡経路。

¹⁴⁵ 東京大学病院「ボランティア活動申込書」（様式第1号、公開PDF）https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/volunteer/pdf/Volunteer_application_2024.pdf（2026年10月8日参照）。ファイル名の2024は現行様式の改訂履歴又は最新承認日を示す保証ではない。

4127 四 結果の取扱い。結果の受領主体、専門判断者、最小限の事務確認及び本人への伝達担 4128 当。

4129 これらの確認は行政・調整上のものであり、結果の医学的説明、接種勧奨又はリスク評価を
4130 担当者が代替することを意味しない。

4131 (506)（日程調整における優先順位の限界）

4132 日程調整では、本人の参加可能性、実施側の予約枠、期日及び必要な事務処理期間を照
4133 合する。一方、実際の検査や接種に医学的な順序・間隔の制約があるかは、医療専門職が定
4134 めた条件に従う。調整アルゴリズムが日時の可行性を算出できても、それは医学的実施可能
4135 性を保証しない。専門判断と予約資源の割当てを、形式上も記録上も区別する。

4136 (507)（費用、同意及び結果通知に関する未確認事項）

4137 検査・予防接種等の費用負担、個別手続に必要な同意、診断記録の保管、結果通知の時
4138 期及び受領者について、求人票や公開募集資料から統一的な制度を確定することはできない。
4139 2026 年度募集 FAQ がボランティア活動の費用は自己負担と説明していることを、健康検査・
4140 予防接種の個別費用の負担規定に無条件に拡張しない。費用を案内する場合は具体的な対象
4141 と公式な根拠を確認する。

4142 (508)（遅延、未実施及び問い合わせの接続）

4143 予定変更、予約の不成立、提出資料の欠落又は結果未到着が生じた場合、事務上の遅延
4144 と医学的な確認未了を区別し、権限ある者への連絡と活動配置側への必要最小限の状態通知
4145 を検討する。未確認のまま活動可能と扱わない一方で、本人の事情を全活動員へ伝えて代替
4146 要員を探すことは行わない。変更履歴は、後の確認のため必要な範囲で残すことを提案する。

4147 10.8. 感染状況の変化、活動環境および安全上の例外

4148 (509)（感染対策の改訂を時間依存的に扱う原則）

4149 病院の感染対策は、感染状況、院内機能、患者の脆弱性、活動場所及び病院からの最新の
4150 指示に応じて変化する。2026 年 6 月のマスク運用改訂は、この時間依存性を具体的に示す公
4151 開事例である。同一の活動場所における過去の行動記録を将来の正しい感染対策とみなさず、
4152 ルールの有効時点及び適用される区域・対象者を確認する仕組みを提案する。

4153 (510)（体調不良時の相談と活動調整）

4154 病院が面会者向けに公表する健康確認では、発熱、呼吸器症状、胃腸症状及び周囲の感
4155 染症の状況等に注意を促している¹⁴⁶。これをボランティア用の正式な判定票として転用する
4156 ことは避け、活動員の症状等の相談を受けた場合には、その時点の専用指示を確認する。具
4157 体的な活動中止、復帰及び受診の要否は所定の担当者に判断を求める。

4158 (511)（車いす移動・転倒等の危険と援助要請）

4159 外来案内、車いすによる移動及び院内行事の支援は、人的混雑、段差、移動経路の変化及
4160 び活動員側の疲労の影響を受ける。病院は来院者向けに、適切な履物、院内での車いすの低
4161 速利用、廊下交差箇所での一時停止などの注意を公開している¹⁴⁷。活動員の教育では、通路
4162 状況を確認し、安全に対応できない場合に介助を停止して職員に支援を求められることを重
4163 視する。

¹⁴⁶ 東京大学病院「面会・お見舞い」（2025 年 7 月 1 日更新）<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/menkai/>。
面会者の確認事項は、ボランティアの就業・活動可否基準と同一ではない。

¹⁴⁷ 東京大学病院「来院される皆様へのお願い」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/onegai/>。患者・来院者向けの注意を、研修の具体的介助手順と同一視しない。

(512) (指示の競合および相談経路)

経験者による案内、公開ウェブサイトの文面、研修時の資料及び当日の病院職員の指示が一致しない場合、活動員に独自の専門的調整を要求しない。現場の安全に係る事項は所定の職員に確認し、必要に応じて活動を中断して案内経路等を変更する。差異の生じた文書・時点・区域を整理し、担当部署への確認と教材更新につなげる。病院の内部命令系統を確認せず、本指針の優先順位を院内の正式規則より上位に置かない。

(513) (代替活動と支援の継続可能性)

感染状況や安全上の要請によって特定区域で活動できない場合も、ボランティアが別区域・別役割で参加できるか、又は休止するかについて本人と相談する余地がある。ただし区域変更時の研修・健康管理要件や活動許可は改めて確認する。配置欠員の補充を優先するあまり、本人の意向、専門判断、入室制限又は他の患者の安全を損なわない。実施不能な活動需要は、無理な配置ではなくサービス量の調整や担当部署への報告として表現する。

10.9. 研修・健康情報の記録とアクセス権限

(514) (研修記録の基本単位)

研修関連の事務記録は、対象となった研修又は帯同活動の名称、開催日、受講又は活動の実施状態、所定の確認の有無及び必要に応じた次の連絡事項という単位で整理することを提案する。研修予定と実施済み、自己申告と担当者の確認、帯同実績と独立配置の判断を混同しない。正式な台帳様式、電子システム、修正権限及び保存年限は院内規程の確認事項である。

(515) (健康情報と配置データの技術的分離)

健康状態、既往歴、抗体検査結果及び接種履歴は、一般的な活動可能時間や希望役割と比べて機微性が高い。これらの詳細を、通常のシフト表、共有メール、外部クラウド表計算、AI 入力及び汎用最適化モデルに直接含めることを提案しない。所定の担当部署が個別役割への配置可能性を確認した場合、その結果について正式に許可された最小限の事務状態のみを運営側に接続する分離設計を提案する。

(516) (情報の訂正及び可追跡性)

受講日時、帯同時間又は活動許可状態に不一致が見つかった場合、誰のどの情報に関する誤りかを確認し、所定の訂正権限に従う。健康資料の写しが複数の場所に散在している場合、独自に複写や一括収集を進めず、正規の保管・廃棄手順を確認する。記録の訂正過程の可追跡性は、後続の適切な配置に資するが、本人の診療情報を広く開示する理由とはならない。

(517) (研修講師・帯同者・事務担当の情報分担)

集合研修の講師、帯同を担う先輩活動員、研修事務担当者及び健康管理の専門担当者は、それぞれ必要とする情報が異なる。先輩活動員には帯同の日時・役割・学習目標等を伝え、医学的資料や受入面談の詳細を共有しないことを原則案とする。研修講師が教育に必要とする事情、健康管理担当が検討すべき資料、調整者が利用する参加可能性を役割別に整理し、具体的アクセス権限は病院の正式な承認に依る。

(518) (記録の品質と測定の限界)

研修に関する数値指標として、開催回数、参加人数、受講完了件数、帯同時間及び配置までの待機期間等を考えることはできる。しかし研修の目的は形式的な件数の増大ではなく、患者支援の安全性、本人の理解、相談可能性及び協働関係の形成にある。確認しやすい数値だけを研修の質の代理とせず、本人の経験、指導上の困難及び発生した問題を、適法に把握できる範囲で併せて検討する。

10.10. 研修の評価、継続的改善および配置計画への接続

(519) (研修のロジックモデル)

本指針による分析上、研修の入力は講師、教材、実技設備、活動員と先輩活動員の時間であり、活動は集合研修及び帯同学習、直接的な出力は実施・参加・帯同記録、期待される中間成果は必要な知識の理解と相談経路の把握である。患者支援の質及び安全への寄与は、これらの出力から推論するべき別の評価対象である。病院の公式ロジックモデルとして記述せず、観察可能性と因果推論の限界を明示する。

(520) (研修期の需要と能力供給の時間差)

新規募集後の一定期間には、活動員が存在しても独立配置可能な人員が十分でない可能性がある。特に 18 時間帯同期には、経験者の活動需要と教育上の負担が同時に生じる。本指針は、登録人数、集合研修参加人数、帯同中人数、対象役割への配置確認済み人数を異なる量として扱うことを提案する。これにより、登録人数の増加を直ちにサービス供給能力の増加と解釈する誤りを避ける。

(521) (研修の改善に対する EBPM の留保)

過去の研修参加者の活動継続率や事務事故件数が把握できたとしても、応募者構成、指導者、感染状況、混雑、配属場所及び年度制度が変化すれば、同じ研修の将来効果は保証されない。数値目標が研修時間の形式的達成や相談抑制を誘発するおそれにも留意する。本指針は第 6 章で論じた帰納の問題、人間性疎外、責任分散、時間依存性及び物象化を、研修品質評価の継続的な点検項目とする。

(522) (数理配置モデルへの最小限の受渡し)

第 11 章の候補配置を生成するためには、当該時点・区域・役割に関する正式な配置可能性、本人の選択した参加枠、帯同を要する状態及び先輩活動員の指導負担等の情報を、必要な範囲で取得できれば足りることが多い。個別の抗体価、既往歴、診断又は医療上の理由を最適化目的関数に投入する必要性を認めない。状態が未確認なら配置可能とは扱わず、制約充足が不可能な場合は安全条件を緩和するのではなく、担当者に需要不足と未確認事項を報告する。

(523) (後続章と院内確認事項)

本章が提案する研修運営案は、第 11 章の配置・調整、第 12 章の日常運営、第 16 章の患者安全、第 19 章のデータガバナンス及び第 20 章のサービス評価と接続する。実際の事務へ移す前には、少なくとも研修実施主体・教材の最新版、初期 18 時間の記録と判断方法、抗体検査・予防接種等の具体的要件、健康資料の取扱権限、担当部署及び配置可否の通知経路を病院に確認する必要がある。確認できなかった点を、著者の推定によって公式手続へ置き換えない。

11. 活動配置、シフト編成および日程調整

11.1. 活動配置の目的、判断主体および業務上の位置づけ

(524) (本章の目的および業務的射程)

本章は、病院におけるボランティア活動の目的（第 1・4・7 章）、活動需要と参加機会（第 7・8 章）、受入れ・登録状態（第 9 章）、研修・健康関連事務と役割別の確認（第 10 章）を接続し、具体的な活動日、時間帯、場所、担当役割および関係部署に係る配置案を構成するための方法論を示す。配置の成立は、氏名を表に記入することだけでなく、本人の明示的な参加

意思、活動の適法性・安全性、対応可能な役割および連絡・引継ぎの成立を条件とする。本章に示す手続と数理模型は執筆者による検討案であり、病院の実際のシフト管理手順または既に採用された計算システムを意味しない。

(525) （配置業務における三種類の目的）

配置計画の目的を、相互に関連する次の三層に整理する。

- 一 サービスの成立。患者・来院者が必要とし、かつボランティアによる実施が許容される活動について、時間・場所・人数・資格・連絡の条件を整える。
- 二 参加機会の成立。活動員の希望、自発性、生活条件、研修および適切な負担を尊重し、参加を継続し得る調整を行う。
- 三 関係の成立と維持。活動員相互の帯同、病院職員との連携、担当区域間の引継ぎおよび患者の意思への応答を可能にする。

第三号の価値を一律の「人間関係点数」に還元せず、実際に必要な同行、照会、交代、相談の関係を記述することを優先する。

(526) （要望、候補、確認済み配置および実績の区別）

活動員がある時間帯に参加できる旨を表明した状態、担当者が配置を提案した状態、本人および所定の関係者が確認した配置、当日の実際の参加・完了・中断を別個の事務状態として扱う。参加可能性の登録だけで、病院が当該役割への配置を認めたことにはならない。予定と実績の差異は、第 12 章の当日管理および第 18・20 章の記録・評価に接続する。各段階の正式な承認者と通知経路は、公開情報から一義的に確定できず、院内確認を要する。

(527) （役割分担と決定権限の分離）

活動員の参加意向の表明、調整担当者による候補案の作成、研修・活動資格に係る確認、区域の受入れ可否と患者安全に係る専門的判断、配置確定の決裁を、概念上異なる行為として扱う。特に院内案内、車いす支援、図書室運営および行事補助について、どの部署が配置許可を出すかは内部の正式な取決めに従う。アルゴリズムや自動通知が決裁主体を置き換えないう、結果の確認者、差戻しと再調整の担当者を特定できる設計を提案する。

(528) （人数の確保と人間関係の質の区別）

同一時間帯に同じ人数が存在しても、研修中の活動員を含む場合、必要な資格の偏在がある場合、職員への照会経路が成立していない場合には、同じサービス能力が存在するとは限らない。人数の充足を第一の事務的確認事項としつつ、資格、相互協力、患者の選択可能性、負担と継続可能性を並行して吟味する。活動員を他の者と無差別に交換できる単位とみなすことによる主体の物象化は、第 4・6 章で論じた方法論的留保として本章に適用する。

11.2. 活動需要、参加可能性および資格情報の確認

(529) （サービス需要の三層分離）

配置需要は、院内に観察される不便や希望そのもの、ボランティアが対応可能な活動への翻訳、および当該活動に必要な人数・時間という三段階を区別して形成する。例えば患者の移動上の困難が観察されたからといって、直ちにボランティア一名の追加配置という結論にはならない。施設表示の改善、正式な職員による対応、相談窓口への接続等の代替策を先に検討し、本人の意向、安全要件および部署の許可に照らして活動需要を定式化する。需要の算出方法は第 7 章の企画判断と整合させる。

(530) （公開された活動時間帯と選択条件）

病院の令和 8 年「にこにこボランティア募集」において、通常の活動は祝日・年末年始を除く月曜日から金曜日を対象とし、8 時 30 分から 11 時 30 分、9 時 30 分から 12 時 30 分、12 時 00 分から 15 時 00 分の三枠から都度都合に合わせて選択できるとされる。学生に限り二時間枠も可能と案内される¹⁴⁸。これらは**参加希望を表明し得る公表上の時間枠**であり、応募者・登録者全員が当該枠を確定的に選択したこと、又は任意の二時間帯への配置が許可されていることを示さない。本人の回次ごとの意思と正式な受付・確認の条件を別に管理する。

(531) （機能区域と建物・場所の区別）

本指針における「機能区域」は、受診案内、受付機の操作説明、図書支援、行事補助等、サービス上の役割によって区切られる作業単位をいう。同じ建物内でも役割の違いによって資格や連絡先が異なり、同一の役割が複数の場所に現れる場合もある。院内公表資料が示す外来診療棟、中央診療棟 1・2 の階・設備配置は地理的背景として利用できるが、各設備へのボランティアの立入り・活動許可を意味しない¹⁴⁹。候補表には区域の機能、実際の位置および必要な許可を別々に記すことを提案する。

(532) （資格情報と健康関連情報の最小接続）

配置可能性は、登録状態、当該役割に必要な研修・帯同状態、本人が表明した参加可能枠、および病院によって適切に確認された役割別の許容条件を組み合わせで判断する。抗体検査値、接種記録、診断名および心理的動機を調整表や最適化モデルに直接転記することを前提としない。未確認は「配置可能」と区別し、資格を有するか否かと、今回その役割に従事することに本人が同意したか否かを独立の確認事項とする。

(533) （研修中の参加と独立したサービス供給能力）

公表 FAQ では、活動時間が累計 18 時間に達するまで先輩ボランティアについて病院案内等を学ぶ研修期間がある¹⁵⁰。この事実は **18 時間経過のみで全役割への独立配置資格が自動的に成立すること**を意味しない。研修者が活動機会を得ること、先輩が指導を担当すること、およびサービスの必要配置人数に数えられることは別個に確認する。指導可能な先輩の時間も有限であり、研修の増加が一時的に独立配置可能な能力を圧迫し得る点を、短期・中期の計画差として記録する。

(534) （需要データの確実性と更新時点）

役割・区域・日付・時間帯の需要人数、入室・移動条件および連絡責任者は、公開ページから推計可能な事項と院内でしか確定できない事項を区別する。需要には、正式に定められた最低要件、業務上の希望人数、暫定推計値、未確認事項という証拠上の差が存在する。原資料、確認者、確認日時、適用期間および改訂理由を記録することにより、過去の観測値を無条件に将来へ外挿する危険（第 6 章）を抑える。

11.3. 配置計画の構築および関係部署との調整

(535) （配置計画の基本構成）

本指針が提案する配置計画は、少なくとも**活動日、時間枠、機能区域、担当役割、必要な資格状態、候補者、本人の意思確認状態、連絡先、交代時の引継ぎ事項**の各層を持つ。通常の

¹⁴⁸ 東京大学病院「令和 8 年にこにこボランティア募集」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/volunteer/>（2026 年 10 月 8 日参照）。

¹⁴⁹ 東京大学病院「外来診療棟／中央診療棟 1・2」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/shinryoutou/>。

¹⁵⁰ 東京大学病院「にこにこボランティア募集」FAQ、前掲 URL。

参加予定表、図書室等の開室計画、研修同行の組合せおよび行事時の臨時体制は、相互に参照可能としつつ、運営上の決定単位を混同しない。表示方法は院内の指定様式が優先する。

(536) （原則的な企画手順）

配置案を作成する際の確認順序として、次の手順を提案する。

- 一 事前確認。対象日の活動実施条件、部署からの需要、患者安全・施設利用上の制限と必要な資格を把握する。
- 二 供給把握。本人が選択した日時、研修・役割条件、相談中の制限および先輩活動員の帯同余力を確認する。
- 三 候補生成。必要な時間帯と区域の被覆、時間重複、移動・交接、同行関係を満たす候補を構成する。
- 四 調整と確認。本人の意向、受入部署の確認、変更希望を反映し、未充足需要と判断保留事項を可視化する。
- 五 配置確定と通知。所定の権限者による確認後、必要最小限の相手にのみ日時、場所、担当内容および連絡方法を通知する。

この順序は分析上の提案であり、正式な職員指示系統又は現在の病院運用を記述するものではない。

(537) （図書室のサービス連続性と交代）

「にこにこ文庫+」は中央診療棟2の6階に所在し、公開上の開室日は月・水・金の10時から14時30分である。ボランティア不足により閉室時間帯が生じ得ることが病院によって案内される¹⁵¹。9時30分から12時30分の枠と12時から15時の枠は、開室時間帯を時間上は被覆し、12時から12時30分には重なりがある。ただし、同じ日に両枠を選択した適格な活動員が存在し、所定の受入れ・引継ぎ条件が満たされることを要する。この時間的な可能性をもって当日の開室を保証しない。

(538) （区域間の移動・交接の準備）

担当場所の変更は、建物間・階間移動、現場からの連絡、患者の案内中であるか否か、および引継ぎ先が存在するかによって実行可能性が変わる。公表されたフロア案内からは実際の移動時間、混雑、エレベーター待機、立入制限は決定できない。具体的な許容経路と所要時間は現場の正式情報に照らして設定し、引継ぎを行う場合は担当内容、残件、利用者への案内と確認相手を限定して共有する。医療情報の詳細を引継ぎ票へ転載することを原則案としない。

(539) （同時需要と部署間調整）

同時に複数の部署で支援需要が発生した場合、どの活動を優先するかは、患者安全、代替手段、サービスの停止による影響、活動員の資格・希望および正式な優先判断権限によって決まる。調整担当者が最適化結果を用いて各部署の希望を一方的に裁定しないよう、需要の出所、判断を要する対立点、代替配置・休止案を整理して関係部署へ協議する。支援の必要性を理由として本人の参加拒否権を失わせない。

¹⁵¹ 東京大学病院「患者学習センター・にこにこ文庫」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/library/>（2026年10月8日参照）。

11.4. 不可譲の制約、裁量条件および配置公平性

(540) （不可譲条件と改善目標の区別）

配置設計では、違反し得ない条件（ハード制約）と、可行な候補の間で改善を検討できる条件（ソフト目標）を区別する。前者には本人の明示的参加不可、正式な役割・区域許可、必要な患者安全条件、同時刻の二重配置禁止等が含まれる。後者の候補には本人の希望、配置偏在の緩和、時間・場所の変更回数、移動負担、指導資源の分散等がある。ただし何が法令・院内規程上必須かは権限者が確認する。単にアルゴリズムで罰点を大きく設定しただけでは安全規則は保障されない。

(541) （公平性の判断対象と比較母集団）

公平性は、活動回数が全員同数であることと同一ではない。任意参加の頻度、本人の希望、資格、研修段階、移動可能性、活動条件と参加機会へのアクセスが異なるため、比較は同じ条件で当該役割を希望・担当できる者の間で行うことを基本案とする。少数の志願者に負担や不人気枠が固定されることを検証しつつ、均等性の達成のために本人が望まない活動を割り当てない。公平性指標の設計と不利益判断は記録・相談・修正に開かれたものとする。

比較母集団は、活動枠への希望表明、当該時点の研修資格、区域立入許可、連絡到達可能性及び本人の参加条件を確認した者から構成する。ただし希望の表明や連絡到達可能性自体が募集方法、言語・身体的なアクセス、過去の配置経験によって左右されるため、「適格者間で公平」という指標だけで機会全体の公平性は保証できない。配置の分布と、応募・同意・再割当ての各段階から生じる参加障壁を別々に点検する。

(542) （連続性と参加機会の緊張）

患者支援や図書室の継続的運営では、慣れた活動員による安定配置が質を支える場合がある一方、同じ人への固定は新人の学習機会、活動員の休息および新たな協働関係の形成を制限し得る。先輩の帯同、業務の引継ぎ、配置のローテーションを場面に応じて組み合わせ、関係的連続性と参加機会の開放性を個別に検討する。この均衡が公開された一律ルールで決まっているとは推定しない。

(543) （辞書式判断および不可行の承認）

複数の目標を同時に数値化すると、低い価値を高い便益で相殺できるかのような錯覚が生じ得る。そのため、正式な安全・権限条件の確認、サービス中断の影響を受ける必須条件、本人の選択と継続可能性、その他の改善目標という順に、優先関係を明示して候補を比較する辞書式判断を検討する。可行な配置がない場合に安全条件や本人の同意を自動緩和せず、サービス縮小、別日程への変更、正式職員への引継ぎ又は関係部署との再協議として不足を報告する。

厳格な制約集合を C_H 、業務上の裁量が正式に認められた改善目標を ϕ と表す場合、辞書式最適化は $\mathcal{F}(C_H) = \{x \mid c(x) \text{ を満たす } (c \in C_H)\}$ の内部でのみ実行する。 $\mathcal{F} = \emptyset$ となれば優先度の低い目標を捨てても厳格制約の矛盾は解消しない。安全停止・不許可・本人の拒否を「費用を払えば許容される不足」に変更する操作は、別の数学問題を作る行為であり、現実の権限を発生させない。解消案を比較する際は、施設の予定上の休止、需要推計の訂正、誤入力のは正等の選択肢と、その判断を行う正式な主体をそれぞれ記載する。

(544) （指標への転化による関係への介入）

配置の公平性や効率性を数値指標として提示すると、活動員の希望表明、部署の需要申告、指導者の選択、サービスのあり方そのものが、その指標に反応して変化し得る。これは過

去の状態を測る指標が、その後の関係構造に介入するという第 6 章の認識論的問題の実務的な形態である。活動回数、担当可能役割又は過去の出席率を人格価値の尺度として利用せず、本人が自己の状況を説明・修正できる手続と、評価手段の定期的な吟味を維持する。

11.5. 数理最適化による配置・調整支援

(545) (本節の目的と手法の適用範囲)

本節は、ボランティア活動員の配置、活動時間枠の選択、機能区域への割当て、および活動継続に必要な関係的条件を同時に扱う計算論的な補助手法を定式化する。ここでの最適化は、担当者が十分な情報を得て複数の実行可能な配置案を比較するための方法であり、病院の現行シフト作成手順または採用済みの情報システムを説明するものではない。本節の方法論は、令和 8 年に公開された「にこにこボランティア」の活動枠、研修のあり方、および「にこにこ文庫+」の公開開室条件によって具体的に制約される¹⁵²。活動員による意思決定と、病院側の安全確認・許可・調整とを別個に扱う。

(546) (最適化問題の分類)

本節の配置問題は、通常の装箱問題と異なり、活動員の同時刻重複、役割資格、サービス需要、施設開閉、研修同行、移動・引継ぎおよび本人の参加意思が結合する。計算上は次の問題類型を区別する。

- 一 単純化された対応付け。区域間連携や時間的相互作用がない場合は、二部マッチング、最大流または最小費用流として扱い得る。
- 二 多期間・多区域の配置。時間ごとの活動許容条件、資格、区域需要および重複禁止を伴う場合は、0-1 整数計画または制約最適化が候補となる。
- 三 関係的な成立条件。研修同行、業務の引継ぎ、サービス継続性および担当権限が結びつく場合は、次の関係を明示的に表現する。
 - イ 活動員と役割・区域・時刻との割当関係。
 - ロ 活動員相互の同行・指導関係および部署との連携関係。
 - ハ 施設の開室条件、区域間移動および配置変更の関係。

本節では、これらを統合して多期間・多区域・資格依存・関係制約付き割当計画問題として定式化する。必要な関係の種類と強さは病院の正式な運用条件の確認を要する。

(547) (時間枠の設定と基本単位)

令和 8 年募集の通常枠を、便宜上

$$I_1 = [08:30, 11:30), \quad I_2 = [09:30, 12:30), \quad I_3 = [12:00, 15:00) \quad (4)$$

と置く。三枠は互いに排他的ではなく、第一・第二枠および第二・第三枠には重複区間が存在する。初期試作では、8 時 30 分から 15 時 00 分までの三十分時間セルの集合を T とし、時間枠 s がセル t を含むときに $\chi_{st} = 1$ 、それ以外を 0 とする。学生に対して公開された二時間枠は、院内で許された開始時刻と終了時刻を確認したうえで候補集合に追加するものとし、任意の二時間を自由に設定できると推論しない。時間セルを細分化する必要性は、実際に許される移動、交接、休止および活動内容に照らして再検討する。複数日を同時に扱う場合、 T の

¹⁵² 東京大学病院「にこにこボランティア募集」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/volunteer/>、「患者学習センター・にこにこ文庫」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/library/>（ともに 2026 年 10 月 8 日確認）。

要素は時刻だけでなく**活動日と時間区画の組**として同定し、 χ_{st} は枠 s と区画 t が同一日に属する場合にのみ 1 とする。時間枠は式(4)のような半開区間で扱い、終了境界における重複の有無を一貫して判定する。

(548) (活動員・区域・役割および関係の集合)

有限集合 V を活動員、 S を日付と開始・終了時刻を組にした候補活動時間枠、 Z を機能区域、 R を活動役割、 T を時間セルとする。機能区域は地理的建物や階数と同一の概念ではない。公開フロア案内にある外来診療棟の受付・会計・総合案内、中央診療棟 1 の採血・採尿、中央診療棟 2 の各検査機能、同棟六階の図書室等を、場所と機能を区別するための参照点とする¹⁵³。区域間の移動可能性を有向グラフ $G_Z = (Z, E_Z)$ で表し、活動員・役割・区域・部署間に必要な協働・同行・引継ぎを関係集合 $\mathcal{R}_{op}$ として区別する。具体的な区域単位、担当許可、移動辺および移動所要時間は、院内の確認済み情報に基づき定める。

(549) (入力変数と観測上の地位)

活動員 v が対象日に時間枠 s へ参加できる意思を事務上確認したことを $A_{vs} \in \{0, 1\}$ 、時間セル t に役割 r への活動が研修状況と院内承認に照らして可能であることを $K_{vrt} \in \{0, 1\}$ 、区域 z で役割 r を扱うことが可能であることを $H_{zr} \in \{0, 1\}$ 、さらに活動員 v が当該区域・役割・時刻の組合せについて個別に許可・参加意思を確認されたことを $G_{vzrt} \in \{0, 1\}$ と表す。一般的な役割資格 K_{vrt} と区域の業務適合 H_{zr} がともに成立していても、特定の本人にその区域の活動許可が成立するとは限らない。未確認の許容条件は便宜的に 1 とせず、候補配置の可否を保留する。入力項目 q の決定時点 θ における根拠状態を $\sigma(q, \theta) \in \{\text{valid, denied, pending, expired, revoked}\}$ と記す試作的管理方法を採用する。**確認済み・有効**の状態だけを該当する許容パラメータの値 1 へ変換し、確認済みの不許可・失効・撤回は候補から除く。未確認は不許可の事実と同一視せず、候補計算の対象から保留し、根拠不足として別途出力する。各許容条件に対し原資料の種類、当該確認の所管、対象者への連絡状態、有効な日付・時間帯、照合日時および改訂履歴を対応づける。これは内部規程が指定する台帳項目の説明ではなく、情報由来を検証するための著者の試作設計である。区域・役割・時刻ごとの必要な独立対応人数を整数 $d_{zrt} \geq 0$ 、サービス区域の公開開室可能時間を $h_{zt} \in \{0, 1\}$ とする。 A_{vs} 、 K_{vrt} 、 H_{zr} 、 G_{vzrt} 、 d_{zrt} の個別値は公開募集案内から求まらない。これらを実測値として装うことを避け、作例では合成データと明示したうえで計算する。需要 d_{zrt} を組織の承認済み最低配置要件とみなすか、計画段階の推計需要とみなすかは、業務上の判断および数理上の制約の扱いを変えるため事前に記録する。候補計算の実行ごとに、照合時点 θ 、入力資料の版、役割・区域の許容状態、同意の確認範囲および未知条件の一覧を一つの**参照スナップショット**として特定する。異なる日の資格状態と古い参加希望を混合した入力で生成した可行解を現在の配置許可と解釈しない。上記の $\sigma(q, \theta)$ における θ は資料を照合した**知識上の時点**であり、業務の実施時点 t と異なる。資料が記録時点 θ に有効と確認されたことは、将来の全 t で同じ資格・許可が有効であることを意味しない。実施候補ごとに有効区間を判定し、区域・役割の適合 H_{zr} が時間によって変わるときは H_{zrt} として再定義したうえで、該当する式の添字を統一して用いる。 G_{vzrt} には個別許可の確認と今回の業務に対する本人意思の確認が含まれるため、どちらが未確認かを資料状態の段階では分離する。模型上の一つの二値へ投影する際も、異なる確認主体と失効条件の由来を保持する。

形式的な命題の検査では、 θ 時点の入力スナップショット D_θ と制約集合 $\mathcal{C}(D_\theta)$ を一体として版管理する。後から資格、同意、必要人数又は区域状態が変わったとき、旧版の可行性を

¹⁵³ 東京大学病院「外来診療棟／中央診療棟 1・2」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/shinryoutou/>（2026 年 10 月 8 日確認）。これらの部署が実際の志願者配置先であることを意味しない。

新しい入力の可行性へ自動継承しない。単一の禁止条件だけを追加する場合は、同じ変数空間について $\mathcal{C}' \supseteq \mathcal{C}$ なら $\mathcal{F}(\mathcal{C}') \subseteq \mathcal{F}(\mathcal{C})$ である。ただし人員、需要、活動枠等も同時に変わる通常の再計画では、二つの可行集合にこの包含関係を期待できない。資格確認資料の出所と決裁者の権限を入力別の別属性として保持し、計算時の論理的一貫性をそのまま法的真正性と呼ばない。

(550) (意思決定変数)

二値変数 b_{vs} は、活動員 v の確認済み参加可能枠 s を、今回の候補配置計画に採用するかどうかを表す。候補の採用は本人への確定通知又は病院内の決裁を意味しない。二値変数 x_{vzrt} は、時間セル t に活動員 v が区域 z において役割 r を担当する候補配置を表す。図書室などのサービスが当該時刻に実際に提供可能な計画状態を $o_{zt} \in \{0, 1\}$ で表し、需要の未充足を非負整数 u_{zrt} で表す。研修中の活動員を独立した必要人数に算入できるかを $Q_{vrt} \in \{0, 1\}$ とする。 Q_{vrt} は役割別の独立対応可否の確認状態であって、研修への参加可否とは異なる。必要に応じて、区域間移動を表す辺変数、先輩活動員と研修中活動員の同行関係を表す変数、および既存計画からの変更を表す変数を追加する。いずれの変数も対象となる活動員の人格的価値を示す数量ではなく、限定された業務上の候補配置を記述する符号である。変数の意味は候補計画の選択に限定される。 $b_{vs} = 1$ は枠の採用、 $x_{vzrt} = 1$ は担当候補、 $o_{zt} = 1$ は当該サービスの予定上の提供状態を表すが、いずれから現場開始、開室掲示、利用者対応の実績は導けない。補助変数 j_{vwt} が単なる共在指標なのか、引継ぎの必要を表す指標なのかによって制約は異なるため、第13式では共在のみを定義し、実際の引受けは別の事務状態とする。 u_{zrt} は実際の需要未充足を表現しようとする場合、目的関数または追加の線形化条件なしでは単に下界条件を満たす余裕変数にとどまる。

この形式化では、候補割当て X 、入力証拠 D 、業務上の承認 B 、実際に観測された実施事実 E を異なる型の対象として扱う。求解器が計算する関数 $S: D \mapsto X$ は、そのまま $X \mapsto B$ 又は $B \mapsto E$ という写像を与えない。承認 B は確認権限者の行為と該当する対象・時点を必要とし、実施 E は現場記録その他の独立した証拠を必要とする。変数の型を変更する補助指標を導入する際は、どの出来事によって値が変わるかを別途定義し、候補計画の 1 を確定状態の 1 へ流用しない。

(551) (参加意思と時間重複に関する不可譲条件)

各活動員の明示的な参加可能性および同一時刻の重複禁止は、次の制約として表現できる。

$$b_{vs} \leq A_{vs} \quad (v \in V, s \in S), \quad (5)$$

$$\sum_{s \in S} \chi_{st} b_{vs} \leq 1 \quad (v \in V, t \in T), \quad (6)$$

$$\sum_{z \in Z} \sum_{r \in R} x_{vzrt} \leq \sum_{s \in S} \chi_{st} b_{vs} \quad (v \in V, t \in T). \quad (7)$$

参加の強制、参加不可時刻への自動割当て、または同一時刻における二重の活動登録は、目的関数の改善によって相殺可能な違反として扱わない。一つの時間枠の中で役割を変更できるか否か、また複数の非重複枠を同一日に選択できるかは院内の確認事項である。 $b_{vs} = 1$ とした枠に実際の業務割当 x が全く存在しない場合、これを自動的に出勤確定と表示しない。待機や準備を明示的に許す場合は別の役割として示し、計画枠の採用、担当配置及び実績を混同しない。 A_{vs} は参加可能性の記録であり、配置確定時には本人の最終確認と権限者の決裁を

要する。

ここで A_{vs} は本人がその枠への参加可能性を表明した入力であり、その枠で任意の役割を自動的に受任したことを表さない。特に区域・担当・開始時刻を変える再配置では、元の A_{vs} を新しい配属への同意として流用しない。計算、候補提示、本人の了解、所管者による承認、現場開始の五段階を別々に時点付きで持ち、前段階の成立が後段階の成立を論理的に含意するという仮定を置かない。

(552) (活動資格・区域適合・医療上の安全境界)

資格、研修、担当承認および区域の適合性を、少なくとも

$$x_{vzrt} \leq K_{vrt}, \quad x_{vzrt} \leq H_{zr}, \quad x_{vzrt} \leq G_{vzrt} \quad (v \in V, z \in Z, r \in R, t \in T) \quad (8)$$

で表す。 K_{vrt} および G_{vzrt} は一度確定すれば永久に変わらない属性ではなく、研修、個別条件、活動休止および病院の承認によって変化する関係的な許容条件として扱う。 K のみが判明し、区域個別の G が未確認である場合には、その担当の実施可能性を確定しない。身体的介助や情報端末へのアクセス等については、活動ごとの許容範囲と専門職の責任を確認し、権限が未確認の役割をあらかじめ候補集合から除外する。患者の医療情報または個人の疾病に関する推測を、配置の便宜のために入力することを前提としない。

式(8)は入力 K, H, G が当該活動時点で真である場合の必要条件である。取得していない値を 1 と補完する設計を採れば、未知の許可が可行解へ紛れ込む。そこでデータ状態として確認済み許可、確認済み不許可、未確認を区別し、実際の最適化へ射影するときには未確認を割当て禁止として処理しながら、記録原本では「不許可」と書き換えない。この射影規則は病院の権限付与を代理せず、要確認案件を明示するための試作上の安全側仮定である。

式(8)は三つの独立した必要条件を表すが、十分性は主張しない。すなわち $K_{vrt} = H_{zr} = G_{vzrt} = 1$ でも、活動時間枠の不一致、研修同行者の不在、区域間の移動不能、当日の安全中止等によって $x_{vzrt} = 1$ は許されない。逆に $x_{vzrt} = 0$ だけから資格欠如や本人の拒否を推認できない。計算の「許容」と正式な現場開始の「承認」を別の判断型として記録する。

条件の独立性は局所反例で検査する。例えば $K = H = A = 1, G = 0$ の候補では、資格、区域適合、参加可能枠が揃っていても $x \leq G$ が割当てを禁じる。逆に $K = H = G = 1$ でも $A = 0$ なら参加枠制約を満たせない。各条件は異なる確認者・有効期間に依存し得るため、形式上の論理積へ圧縮した後も、どの根拠が成立せず、どの資料が未確認かを出力に残す。個々の反例は論理的非包含を示すが、全ての院内実態を網羅したという意味ではない。

(553) (活動需要の被覆と不足の可視化)

区域・役割・時間セルごとに、推計需要の被覆と未充足を次のように表す。

$$\sum_{v \in V} Q_{vrt} x_{vzrt} + u_{zrt} \geq d_{zrt}, \quad u_{zrt} \geq 0. \quad (9)$$

この式で数えるのは役割別に独立対応が認められた活動員のみであり、研修同行の在籍時間を自動的に通常のサービス人数へ算入しない。未充足変数 u_{zrt} は、無条件に安全上の最低配置数を緩和するためのものではない。安全上の最低人員が公式に定められている場合には、その活動自体の実施可否を別の厳格な制約で扱う。需要が未観測であるときは、 d_{zrt} を仮定・複数シナリオとして提示し、確定済みの必要人数と混同しない。未充足を表示することは、例外的な不足に対する説明、業務の縮小・延期、および関係部署との協議に資する。出力は少なくとも、検証済み入力に対する可行候補、確認済み条件の下での真の不可行、入力不足による

判定保留、権限者による未承認に分ける。未確認の資格・需要・最低開室要員を仮に零と置いて得た解は「可行」と表示せず、どの確認により次の計算へ進めるかを明示する。不足 u_{zrt} を実際の残余需要の指標と解する際は、 $0 \leq u_{zrt} \leq d_{zrt}$ とし、他の制約を満たした後に不足を優先的に最小化するなど、値が恣意的に大きくなならない目的設定を必要とする。安全のための最低配置は不足の罰則に置換せず、サービス停止又は実施許可の条件として別に定める。

式(9)と $0 \leq u_{zrt} \leq d_{zrt}$ だけでは、担当人数が需要を充足していても正の u_{zrt} を選択できる。したがって u を「未充足の実数値」として報告するときは、対象とする各 (z, r, t) について u を最小化する目的を設け、十分な優先順位を与える必要がある。その条件下では、他の決定変数を固定したとき $u_{zrt} = \max\{0, d_{zrt} - \sum_v Q_{vrt} x_{vzrt}\}$ が選ばれる。この結論は u を増加させる別の目標が優先しない場合に限る。安全上の最低人数を満たさない活動は u で救済せず、開室・実施状態と結合した厳格な制約又は実施停止として表す。

不足量を目的関数の重みに依存せず正確に定義する選択肢として、 $c_{zrt} = \sum_v Q_{vrt} x_{vzrt}$ 、既知の上界 $C_{zrt}^{\max} \geq c_{zrt}$ 、 $M_{zrt} \geq \max\{d_{zrt}, C_{zrt}^{\max}\}$ を置き、補助二値 $e_{zrt} \in \{0, 1\}$ に対して、式(9)に加え

$$\begin{aligned} u_{zrt} &\leq d_{zrt} - c_{zrt} + M_{zrt}(1 - e_{zrt}), \\ u_{zrt} &\leq M_{zrt}e_{zrt} \end{aligned} \quad (10)$$

を課す方法がある。 $e = 1$ なら下界 $u \geq d - c$ と第一上界によって $u = d - c \geq 0$ 、 $e = 0$ なら第二上界と非負制約によって $u = 0$ かつ $d - c \leq 0$ である。したがって $u = \max\{0, d - c\}$ が成立する。これは整数の非負需要、確認可能な容量上界、他の条件と矛盾しない補助変数の範囲を前提とする。元の不足制約だけでは同値性が成立しないため、導入する方式を明示する。未知の需要や安全上の最低配置に、この等価式を無根拠に適用しない。

(554) (図書室の開室条件と継続性)

公表によれば、「にこにこ文庫+」は月・水・金曜日の 10 時 00 分から 14 時 30 分を基本開室時間とし、ボランティア不足により一部時間帯が閉室されることがある¹⁵⁴。図書室区域を z_L 、当該業務を r_L とし、開室を支える独立遂行可能な必要人数を院内確認済みの k_{Lt} とする。既に定めた $Q_{v,r_L,t}$ を用いた候補条件は

$$o_{z_L t} \leq h_{z_L t}, \quad (11)$$

$$\sum_{v \in V} Q_{v,r_L,t} x_{v,z_L,r_L,t} \geq k_{Lt} o_{z_L t} \quad (t \in T). \quad (12)$$

ここで k_{Lt} と $Q_{v,r_L,t}$ の具体的値は公開情報から定まらない。さらに、開室中に利用者へ提供する図書室業務を r_L として限定する場合は、 $x_{v,z_L,r_L,t} \leq o_{z_L t}$ を併記して開室状態と整合させる。研修同行中の活動員を独立した開室要員と機械的に数えないための区別である。第二枠 9 時 30 分～12 時 30 分と第三枠 12 時 00 分～15 時 00 分の組合せは、時間上は公開開室時間を被覆する一例であるが、業務資格、同行条件および他区域の需要も同時に充足する必要がある。第二・第三枠の重複時間を、任意に省略できる余剰人員と即断せず、交接およびサービス継続の候補資源として検討する。連続した被覆と実際の引継ぎとは異なる。前任 v と後任 w の同一開室業務への候補配置を比較するとき、両者が同じ時間セルに配置されるかを補助

¹⁵⁴ 東京大学病院「患者学習センター・にこにこ文庫」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/library/>（2026 年 10 月 8 日参照）。

4579 変数 $j_{vwt} \in \{0, 1\}$ で表し、

$$j_{vwt} \leq x_{v,z_L,r_L,t}, \quad j_{vwt} \leq x_{w,z_L,r_L,t} \quad (13)$$

4580 を候補条件とする。院内で交接のための最低共在時間が確認された場合に限り、対応する時
4581 間セル数と交接予定の組合せを定めて必要な重複を課す。共在するだけで実際に情報が受領
4582 されたとは推定せず、第 12・18 章に従って引継ぎの完了状態を別途確認する。公開時刻だけ
4583 から共在の最低分数または開室責任者を推定しない。この開室変数 o_{z_Lt} は**候補計画における**
4584 **予定状態**であって、当日の現実の開室実績を示さない。 k_{Lt} が未確認である場合に零を代入し
4585 て開室可能性を作らず、所定の必要条件を確認するまで候補案の当該判断を保留する。

4586 上記の j_{vwt} を「二人がともに当該セルへ配置された」という**共在の真理値**として用いる
4587 なら、 $v \neq w$ について下界条件

$$j_{vwt} \geq x_{v,z_L,r_L,t} + x_{w,z_L,r_L,t} - 1 \quad (v \neq w) \quad (14)$$

4588 を先の二つの上界条件に加える。これによって $j_{vwt} = 1$ と二つの担当変数がともに 1 である
4589 ことが同値になる。ただし、この同値性は**共在の計算上の意味**に限られ、引継ぎ事項の説明、
4590 後任の理解、正式な責任移管の十分条件ではない。開室必要人数 k_{Lt} が未確認の場合、零と置
4591 いて仮の開室を成立させない。仮に「ボランティアによる開室には一名以上の独立対応者が
4592 必要」という確認済み条件がある場合に限り、 $k_{Lt} \geq 1$ を明示して式(12)を解釈する。開室そ
4593 のものの機関判断、施設側の許可及び現実の揭示は別の承認・実績として保持する。

4594 開室予定を外部から必須として指定していない場合、 $o_{z_Lt} = 0$ とする選択が数理上残る。
4595 従って必要人数を満たす配置がないとき、開室制約のあるモデル全体が直ちに不可行になる
4596 とは限らない。 $o_{z_Lt} = 1$ という確定済みの計画上の要請と、 $k_{Lt} \geq 1$ という確認済み条件がと
4597 もに存在する場合だけ、人数不足は該当セルでの開室維持との制約矛盾を生じ得る。例えば
4598 唯一の候補者について $Q = 1$ 、 $G = 0$ 、 $o = 1$ 、 $k = 1$ なら、開室制約は $x \geq 1$ 、許可条件は
4599 $x \leq 0$ を要求する。この反例は「閉室できないという正式な指示」が確立していることを推定
4600 せず、モデル内の条件付き矛盾のみを示す。共在変数 j も同様に、予定上の重複と受領され
4601 た業務を区別して用いる。

4602 (555) （研修同行の关系的制約）

4603 公開された FAQ によれば、病院での活動が 18 時間に達するまでの研修期間は、先輩ボラ
4604 ンティアに同行して院内案内等を学ぶ段階である¹⁵⁵。この場面では新人の人数を単独の有効
4605 配置人数として加算することと、先輩による支援関係が成立していることとを区別する。研
4606 修者の集合を $N \subseteq V$ 、指導可能な先輩の集合を $P \subseteq V$ とする。研修者 $v \in N$ と先輩 $w \in P$
4607 の区域 z 、時間 t における同行を $m_{vwzt} \in \{0, 1\}$ 、割当の有無を $y_{vzt} = \sum_{r \in R} x_{vzrt}$ と表す。先
4608 輩がその区画で実際に指導を引き受ける候補状態を $\ell_{wzt} \in \{0, 1\}$ とし、指導可能性・許可・本

¹⁵⁵ 東京大学病院「にここボランティア募集」FAQ、前掲 URL。

4609 人承諾が確認された場合に限り $U_{wzt} = 1$ とする。研修対象の役割集合 R_{train} について、

$$\sum_{w \in P} m_{vwzt} = \sum_{r \in R_{\text{train}}} x_{vzrt} \quad (v \in N), \quad (15)$$

$$m_{vwzt} \leq y_{vzt}, \quad m_{vwzt} \leq \ell_{wzt}, \quad (16)$$

$$\ell_{wzt} \leq y_{wzt}, \quad \ell_{wzt} \leq U_{wzt},$$

$$\sum_{v \in N} m_{vwzt} \leq c_{wzt} \ell_{wzt} \quad (w \in P), \quad (17)$$

$$\ell_{wzt} \leq \sum_{v \in N} m_{vwzt} \quad (w \in P) \quad (18)$$

4610 を置く。 c_{wzt} は当該時点における確認済み指導容量であり、公表資料から確定できない。上式
4611 は先輩の同一区域への通常業務配置だけで指導が成立すると推定せず、指導可能な状態を明
4612 示する。最後の不等式は研修者のいない時間に指導業務だけが計上される形式上の空振りを
4613 防ぐためのものであり、待機・事前準備が承認される場合は別の役割変数として扱う。一方、
4614 指導と独立した通常業務の同時兼務の可否はこの式のみでは決めない。兼務できない業務類
4615 型では、専任指導役割 $r_M \in R$ を別に定義し、 $\ell_{wzt} = x_{w,z,r_M,t}$ を課す（専任指導役割を通常の
4616 役割と区別して設定する場合）。この双方向条件により、同行者がいないのに専任指導配置だ
4617 けが残る形式的な活動登録を防ぐ。この場合、同一時間セルの役割重複禁止により先輩を独
4618 立した通常サービス人数に同時算入しない。兼務可能な場合でも、院内で確認された業務別
4619 の指導容量・独立供給能力を別個の条件として定める。上式の等号は、研修対象業務に就く
4620 活動員一人に対し、その時間区画の主たる指導担当者を一人対応させる試作上の仮定である。
4621 追加の見学者や複数指導者が許される場合は別の補助変数で表し、正式に確定した実施ルー
4622 ルに合わせて変更する。 N と P は当該モデルでの役割区分として重ならない集合とし、指導
4623 可能性と本人の同意を別途確認する。

4624 式(15)–(18)が成立するためには、各 $y_{vzt} = \sum_r x_{vzrt}$ が二値であること、同一時間セルの
4625 活動員重複禁止、 N と P の定義及び U_{wzt} の確認時点が整合していなければならない。たと
4626 えば研修者が一人だけ、当該セルに配置され、先輩の同行可能性が全て未確認の場合、指導
4627 者を零人で代替して可行と判定してはならない。他方、式が満たされても指導者の当日の到
4628 着、研修内容の適切性、実際の学習成立は含意されない。併任が認められないときに専任指
4629 導役割 r_M を導入する場合、通常業務の被覆への二重算入が生じないように $Q_{w,r_M,t}$ と通常業務
4630 の供給量の意味を別に定める。

4631 同行の可行性について、 $m_{vwzt} = 1$ を満たすための先輩の配置、指導許可及び指導容量を
4632 相互に独立した条件として検査する。研修者が一人いるだけで指導容量 c_{wzt} を無限大又は一
4633 律 1 と推定しない。専任指導役割を導入した場合の非重複配置は数学的条件であるが、実際
4634 の指導と他業務の兼務が禁止されているかどうかは院内で確認すべき別の事実である。制約
4635 によって研修者の主担当が一人と定まっても、活動後の研修成立や承認された時間数を自動
4636 確定させない。

4637 (556) （空間移動と機能区分間の接続）

4638 区域間の移動は、公開された施設案内から位置を概観できても、実際の所要時間および
4639 当日の経路制約を確定できない。そのため移動可能性は、確認済みの経路 E_Z および移動時
4640 間 $\tau_{zz'}$ を得てから設定する。院内で確認された移動条件に照らし、長さ Δ の時間セル t から
4641 将来のセル t' へ至るまでに確保できる非担当時間を $(t' - t - 1)\Delta$ と定義する（ $t' > t$ 、同一日
4642 の離散時間順序）。区域 z から別の区域 z' への移動所要時間を $\tau_{zz'}$ 、所管が確認した交接・余

4643 裕時間を $\delta_{zz'} \geq 0$ とし、

$$\mathcal{F}_{\text{move}} = \{(z, t; z', t') \mid z \neq z', t < t', (t' - t - 1)\Delta < \tau_{zz'} + \delta_{zz'}\} \quad (19)$$

4644 を不可達な時間順序対の集合とする。各 $(z, t; z', t') \in \mathcal{F}_{\text{move}}$ に対し、

$$x_{vzrt} + x_{v,z',t',t'} \leq 1 \quad (20)$$

4645 ($v \in V, r, r' \in R$) を課す。相隣るセルの移動だけでなく、途中に空きセルがあっても所要時
 4646 間に満たない移動を排除する。例えば 30 分の空き時間の後に別区域へ移る計画は、確認され
 4647 た移動・引継ぎに 40 分を要する場合には不可行である。活動員ごとに利用可能経路が異なる
 4648 場合は、本人の承諾に基づく区域個別許可 G_{vzrt} と、必要に応じて確認済みの活動可能経路別
 4649 の移動条件を併用する。より細かな移動を要する場合には、活動員の時空間ネットワークを
 4650 作成し、移動の辺そのものを割当変数とする。身体的負担やアクセシビリティに関わる個人
 4651 情報を推測して個別の移動時間を算定することは避け、本人の同意と必要最小限の確認に基
 4652 づいて許容経路・活動範囲を設定する。共通の $\tau_{zz'}$ で表現できない活動員別の経路条件が正
 4653 式に確認された場合に限り、 $\tau_{v,zz'}$ と通行可能性を区別して個別の不可達集合を構成する。活
 4654 動開始・終了時刻の境界、移動中の休止、通行不可の経路は、丸められた時間セルだけで実
 4655 施可能と判定しない。式中の $t' - t - 1$ は時計時刻の引算ではなく、**同じ日の等間隔セルへ割**
 4656 **り当てた整数添字の差**である。この表現を用いる際は、 T の要素が日付と時刻の組であるこ
 4657 とに合わせ、同一日の局所添字 $\iota(t)$ を定義し、必要に応じて $(\iota(t') - \iota(t) - 1)\Delta$ と読む。異な
 4658 る日付間、可変長の活動セル、休憩が重なる区画には、そのまま適用しない。また移動辺が許
 4659 可されたことと、実際の経路が利用可能なことは異なる。通行止め等の当日変化は確認済みの
 4660 経路可否と所要時間を更新し、時間セルによる近似が境界的な移動を誤って許容しないよ
 4661 う精度を検証する。

4662 (557) (関係的配置の表示方法)

4663 活動員と区域・役割の二部関係に加えて、活動員と指導者、活動と引継ぎ先、部署と相
 4664 談窓口、サービスと開室条件の関係を複数種類の辺として保持する。複数人の同時配置によ
 4665 って初めて研修同行または交接が成立する場合、その条件は単独の割当辺では記述しきれな
 4666 いため、二値変数の積に相当する結合制約、補助変数またはハイパーエッジにより表現する。
 4667 例えば、ある研修者を一名配置しただけでは監督関係は成立せず、指導可能な先輩活動員が
 4668 同時に割り当てられて初めて対応する業務要件を満たす。この関係的構造はモデルを単純な
 4669 最大マッチングから区別するが、いかなる関係を必須とするかについては院内の実務確認と
 4670 明示的な理由付けを必要とする。

4671 (558) (目的の優先順位と複数目的の取扱い)

4672 候補案の評価は、次の順序を基本とする。

- 4673 一 許容可能性の確認。法令、活動の許容範囲、確認された患者安全要件および明示され
 4674 た参加不可条件を満たす解のみを検討する。
- 4675 二 可行領域内の目標の比較。サービス不足、開室不能時間、本人の希望、配置の公平性、
 4676 研修同行、交接、直前変更および移動負担を考慮する。
- 4677 三 複数目標の優先順位。必要に応じて辞書式最適化を用い、例えば未充足需要 $\sum_{z,r,t} u_{zrt}$
 4678 の最小化を第一の改善目標とし、その最良値を保った候補間で本人の希望や変更負担
 4679 を比較する。どの需要を優先し、いかなる重みを認めるかは院内の正式な判断を要す

る。

安全条件を便宜的な重みづけによって他の便益と交換しない。目的の優先順位は病院の権限者による決定を要し、計算上の「効用」は活動員の人格的価値や患者の尊厳を測定する尺度ではない。

辞書式比較の第1段階で $\sum u$ を最小化した場合、その最適値を固定して次段階へ進む方法と、十分に分離した整数重みを用いる方法は区別される。浮動小数の近似重みを用いる場合、優先順位が意図せず逆転し得るため、可能なら段階的求解と最適値の保存を用いる。いずれも制約 C_H を固定した上での手法であり、安全又は意思の条件を下位目的として交換可能にする方法ではない。需要推計値の不確実性が大きい場合、目的の数値順位は患者や活動員の価値の順位ではなく、特定の条件付き比較であると記す。

(559) (数理解画法および求解手法の選択)

試作の求解手法は、対象となる制約の性格によって段階的に選択する。

- 一 基準解。活動員と活動枠の単純な一対一・容量付き対応には二部マッチング、最大流または最小費用流を検討する。
- 二 統合的な配置。複数区域・時刻、資格、研修同行およびサービス開閉の結合を含む場合は、0-1 混合整数線形計画（MILP）または CP-SAT を主要候補とする。
- 三 求解性能の検証。変数数、時間分解能、説明可能性、制約追加の容易さおよび求解時間を比較する。

CP-SAT は時間重複、論理含意および条件付き開室を整数・論理制約として記述する試作に適する。Google OR-Tools にはシフト要望、勤務配置および被覆条件を扱う公開例がある¹⁵⁶。実際の病院による運用法または承認済みソフトウェアを示すものではない。

引用した OR-Tools の公開実装は看護師のシフト配置を例に、各シフトの充足と一日当たりの割当上限等を CP-SAT で扱う教材である。病院ボランティアの実運用や患者安全の検証結果ではない。本指針の試作では、本人が希望・承認した枠、研修資格、立入権限、病院が確認した活動枠を入力の前提条件とし、未確認の変数を単に可行とみなして数理解を作らない。無解時は安全・権限制約を緩める自動処理を避け、充足不能な需要と担当者の判断を要する事項を報告する。

数理的な可行性は、入力が正確で、資格・許可・本人の同意の時点が整合し、解に含まれる全ての業務内容が病院の承認対象に入る場合に限定された命題である。目的関数を改善したことと、未測定 of 患者満足、安全、尊厳又は関係性の改善とは区別する。試作報告には、不明入力、硬い制約に反した候補、時間内に求解が完了しなかった事例、人的承認を要する判断を別々に表示する。

(560) (急な欠員と再配置の段階的処理)

確定後の欠員、行事の日程変更、施設の臨時閉室、院内状況の変化等が発生した場合は、既存の確定配置を初期条件として、変更の影響を受ける区域と時間帯を限定して再求解するローリング・ホライズン法を検討する。急な再配置では、もとの参加意思と業務資格を維持し、変更の通知・再同意、現場責任者の確認、患者や利用者への案内への影響を明示する。可行解が存在しない場合は、どのサービスがどの期間充足できないか、どの安全・権限制約により代替できないか、および誰の判断を要するかを報告する。活動員の同意なく他の業務へ移管する自動処理は実施しない。

¹⁵⁶Google for Developers, “Employee Scheduling,” OR-Tools documentation, https://developers.google.com/optimization/scheduling/employee_scheduling. 病院ボランティアへの適用は執筆者の提案である。

(561) (不確実な需要と頑健性の分析)

需要 d_{zrt} 、参加可否、移動可能性および突発業務は時点によって変動するため、単一の予測値だけに依拠した配置は不安定となり得る。合成事例による検討段階では、欠員、図書室需要の増減、研修者の比率変化、行事追加等の少数の明示的なシナリオを設定し、サービス不足、変更件数、研修成立率等を比較する。必要に応じてシナリオ別の再配置変数を設ける確率計画または頑健最適化を検討するが、シナリオの確率、相関および最悪値は公開資料から推計できない。したがって、予測分布を実証されたものとして提示せず、不確実性そのものを意思決定者へ伝達する。

(562) (関係的倫理と主体の物象化に関する限界)

V の各要素は、同じ種類の資源として交換可能であることを意味しない。割当モデルは本人が表明した参加可能性、資格確認と業務の適合性等を抽出した局所的な表示であり、その外部には活動への動機、支援を受ける相手との歴史的な関係、将来の参加可能性および記録されない経験が存在する。最適化結果に従う業務調整が繰り返されると、配置機会、研修経験、部署との接続および活動員の継続意向が変化し、次の期に観測される情報自体が過去の決定によって形成され得る。これは関係的な表示が制度運用を通じて現実の主体関係に作用する過程であり、人間性疎外および物象化に関する倫理的反省を要する。特定の関係的価値を完全に数値化できたとみなさず、本人の異議・相談・修正希望および担当者による説明可能な判断を維持する。

(563) (検証、実装範囲および承認)

試作段階においては、令和 8 年募集の三つの活動時間枠と、にこにこ文庫の公開開室時間を公表事実として固定し、それ以外の需要、人数、資格、移動時間、活動員の希望および欠員は合成データとして明示する。最低限の検証項目は、二重配置の不存在、本人が選択していない時間枠への割当ての不存在、活動資格の遵守、研修同行条件の整合、図書室開室案の時間的被覆、欠員下での再求解の挙動、および解が存在しないときの不足理由の説明である。モデル出力は複数の候補案として提示し、患者安全、実際の活動許可、情報保護、参加者の意向および関係部署の判断に照らして確認する。実際の業務情報への接続、運用開始および判断責任の所在は、病院の正式な承認手続に従って確定する。

11.6. 欠員、予定変更および動的再配置**(564) (動的変更の種類と判断入口)**

確定後の変更には、活動員の欠席・遅刻、研修同行者の欠員、図書室等の施設利用条件の変更、行事時間の変更、患者安全上の停止要請、部署側需要の変化等がある。変更の報告者、事象を知った時刻、影響する区域・役割・時間枠、直ちに必要な連絡先を分けて把握する。活動員の体調等に関する理由を必要以上に共有せず、調整に必要な「不参加」「参加可能時刻の変更」等の事務状態を伝える。

(565) (変更前に確定配置と連絡状態を保全すること)

欠員が確認された時点では、既存の確定表を変更履歴として残し、未確認の代替候補を直ちに確定表へ上書きしない。元の配置、変化した条件、影響されるサービス、職員と活動員への通知の可否を区別する。未通知の変更と通知済みの変更は、現場の認識が異なるため別の状態として扱い、誤った場所への来訪または重複出動を防ぐ。

(566) (再配置の段階的選択)

配置変更の候補を次の順序で吟味することを提案する。

- 一 既定計画の再確認。実際に欠員または需要変化があるか、当初の活動範囲や提供時間を確認する。
 - 二 本人と関係部署への相談。事前に参加可能と表明した者の中から、役割別要件を満たす代替候補と、その意思を別途確認する。
 - 三 影響局所化。動かさなくてよい確定配置を保持し、変更の必要な区域・時間帯に限定して案を作成する。
 - 四 実施困難の正式報告。代替できなければ、サービス時間の調整、図書室の一部閉室、必要な職員への引継ぎ等の選択肢を関係部署に示す。
- 閉室等の決定権者および外部掲示の実施者は病院の正式な手続で確定する。

(567) (ローリング・ホライズンによる再求解の限定)

時間の経過に伴い変更後の残り時間帯のみを再計画する方法を、ローリング・ホライズン（逐次の再最適化）の候補として検討する。既に開始された活動、本人が確認済みの予定、現在引継ぎ中の作業および施設の正式な利用条件は、更新可能な範囲を限定する初期条件として扱う。試作上の確定済み・変更禁止の配置集合を $\mathcal{X}_{\text{freeze}}$ とすると、その割当てについて $x_{vzrt} = \bar{x}_{vzrt}$ を固定し、未承諾の新規業務、予定変更及び未連絡の候補を確定済みの集合へ混入しない。現場の安全上の必要から中断・撤回が生じる場合は、確定済み計画の履歴を保持しつつ正式な変更手続へ移すのであり、機械的な凍結によって危険な継続を要求しない。欠席・資格停止・区域閉鎖が確認された場合、該当する時間以降の参加・資格・開室可否を新たな入力状態に更新し、確定済みの実施済み活動を変更しない。変更を受ける候補者には元の活動意思とは別に新しい役割・時間・区域への承諾を確認し、連絡中と再承諾済みを区別する。再求解の結果は複数の配置案又は不足情報として提示し、シフトの自動移動、患者への自動説明、職員の承認代行を含めない。

再求解の前後では、欠席の受信時刻、停止・解除の判断時刻、本人への通知と回答時刻、承認時刻及び実施開始時刻を区別して保存する。更新後の可行解に活動員を含めることと、その活動員が新しい配置を了解したことは同一ではない。安全上の中止は凍結集合の例外として正式な緊急経路を優先し、事後に状態遷移を復元できる記録を残す。

計画時刻に有効であった承認が、その後の資格停止や患者安全上の中止によって実施時刻に失効する事例を考える。この場合、既承認配置の凍結は過去の承認履歴を保存する条件にとどまり、将来実施する権利を保障しない。再求解では不可逆な実施済み事実を変更せず、未開始の担当については直近の資格、許可、本人回答及び区域状態を再評価する。緊急中止時はこの再評価を待つ間にも正式な安全対応を優先する。

凍結集合 $\mathcal{X}_{\text{freeze}}$ を構成するとき、**既に実施済みの履歴と将来も変更しない予定**を区別する。未開始のセルで許可取消し、本人辞退又は安全停止が起きた場合は、そのセルを変更禁止の集合から外して改訂候補として扱い、旧計画の監査履歴だけを固定する。そうしなければ、旧来の制約 $x = \bar{x} = 1$ と更新後の許可条件 $x \leq G = 0$ が同時に課され、実施してはならない配置の凍結が不整合な無解を生む。無解の原因が停止判断にある場合、その不整合を解消するために停止条件を緩和しない。

版 k における将来候補集合 $X_{\text{future}}^{(k)}$ と、変更できない実施済み履歴 $E_{\leq k}$ を明確に分ける。安全停止が有効となった時点以後は、以前に通知された配置があっても新たな候補には停止条件を優先して課す。候補案の「差分」を求解する処理、差分を本人と関係者へ通知する処理、変更の正式承認を確認する処理は相互に独立しており、通知の送信成功も承認の十分条件でない。再計画が無解になった場合、権限制約を撤回する代わりに、一部業務の停止や正

式な代替経路を可視化する。

(568) （事例：図書室の午後担当者が欠席した場合）

公開開室時間帯の途中で午後の活動員が参加できなくなったとき、午前の担当者が当然に延長できるとは想定しない。午前枠の終了時刻、適格な候補者の参加可能性、交接の成立、当日の業務内容および図書室担当者の判断を確認する。代替が成立しない場合は、開室時間短縮・一部閉室と来室者への案内を、正式な責任者との協議対象とする。この事例は運用設計の**仮想例**であり、病院における実際の欠員処理履歴ではない。

11.7. 配置確認、通知、引継ぎおよび記録

(569) （配置確定前の二重の照合）

候補配置から確定状態へ移行する前に、活動員本人の選択・希望との一致と、担当部署・所定責任者による資格・安全・運営条件との一致を分けて照合する。状況により個別の連絡・相談を追加できるが、本人が対応可能とした時刻を登録しただけで新たな業務への同意とみなさない。どの確認が病院の正式手順に当たるかは内部規程を確認し、独自の電子承認欄によって公式権限が発生すると扱わない。

(570) （活動員への通知内容と個人情報の限定）

活動員に対する通知案には、当該活動日、開始・終了時刻、集合・担当場所、必要な研修・確認、担当内容、連絡先、欠席・遅刻時の連絡方法、変更の確定状況を含める。目的外の患者情報、他の活動員の健康事情、面談所見、個人的評価又はセンシティブな動機推測を添付しない。活動日の前日・当日など確認が必要な時点と連絡媒体については、病院の現行指示と本人の連絡可能性を確かめる。

(571) （引継ぎの対象と受領確認）

引継ぎが必要な活動では、業務の状態、残件、施設の施錠・貸出等の許容手続、現場の危険、正式な連絡先を対象とする。具体的な患者の医学的状态や不要な識別情報の伝達を前提とせず、専門的な対応を要する問題を所定の職員へ引き継ぐ。交代側の双方が同時刻にいることだけで適切な引継ぎを保証しないため、引継ぎ事項の理解と受領確認を配置条件とは別に扱う。

(572) （活動予定と実施結果の記録を分離すること）

最低限の監査可能性のため、需要の発生、候補配置の作成、確認・確定、変更・取消し、実際の参加及び終了を別の出来事として記録する案を提示する。記録には日時、該当区域・役割、責任を持つ確認者、変更の種類と処理状態を用い、自由記述に私的事情を蓄積しない。詳細な患者相談・事故記録は関連する正式な管理手続に委ね、第 18・19 章の情報管理と連携する。

(573) （配置に対する異議、辞退および修正可能性）

活動員は、自己の役割、時間、負担および環境に関する疑問や修正希望を、安全に表明できることが望ましい。事情の説明を拒んだことや参加を辞退したことだけを不利益な人物評価に結びつけない。すでに確定された活動を変更する際には、関係する部署と利用者への影響を調整担当者が確認し、本人の自由な意思とサービスの継続条件をともに尊重する。紛争又は重大な苦情は第 13・17 章の相談経路に接続する。

11.8. 配置支援システムの検証、倫理的限界および改善

(574) （段階的な試作と導入判断）

数理的な配置支援の試行は、公開された活動枠・施設案内に、架空の活動員・需要・資格・移動時間を組み合わせる合成データの実験から開始することを提案する。初期段階では、手作業で検証可能な小規模事例の可行性、未充足表示、欠員時の再配置、誤入力による不正配置の検出を確認する。さらに、重複する募集時間枠、空きセルを挟んだ区域移動、未確認資格、指導と通常業務の兼務、必要人数未確認の図書室、共有しない交代、突然の欠員を個別の反例として検査する。院内の実データの取得、連絡先への接続、運用支援ソフトウェアの採用及び外部クラウド利用には、独立した正式な承認と情報セキュリティ審査を要する。

(575) （数学的検証および業務的検証の分離）

計算面では、同一活動員の重複配置、本人の選択外時刻への配置、未確認の資格・区域許可での割当て、指導担当の排他的業務との競合、必要な帯同関係の欠如、連続・非連続の時間セルにまたがる不可達な移動、交接に必要な共有時間の不足を検出する試験を行う。業務面では、入力条件の真正性、患者安全、実際の受入許可、通知の届き方、変更時の職員の作業負担等を別途確認する。目的関数値が改善しても、それだけで患者経験または組織の運営品質が改善したとは結論しない。

試験の反例には、許可が入力確定直後に失効した事例、相手方へ送信したが回答のない配置通知、複数の職員が同一案件を引き継いだと誤認した事例、廊下の通行止めにより移動可能時間が変わった事例を含める。静的な一時点の可行性に加えて、状態更新後に未開始の配置を再確認する性質を検証する。合成データ上で成立した性質は患者安全の実証、病院の承認又は法的責任の免除を意味しない。

検証対象を、(i) 二値の論理同値 (j と共有)、(ii) 不足量の正確な定義 (式(10))、(iii) 厳格制約間の不整合、(iv) 資格・許可の更新で生じる可行集合の変化、(v) 受理・終結に関する型の非同一性に分ける。単一の反例を見つけた場合はそのモデル主張を修正するが、有限個の合成テストに成功したことだけで大規模な一般モデルが数学的に完全であると宣言しない。必要に応じて小規模全数列举、MILP / CP-SAT 求解、独立した不変条件チェックを相互照合し、各検査の対象モデルと実装版を記録する。

(576) （解の状態と説明責任）

計算結果の表示は、最適解が証明された場合、制限時間内の可行解のみが得られた場合、解の存在が否定された場合、および未解決・入力不備の場合を区別する。とりわけ「求解器が可行解を返さなかった」と「数学的に不可行が証明された」ことを混同しない。候補案に対して、満たされた主要条件、未充足サービス、手作業で確認すべき事項、判断責任者を表示する。アルゴリズムの計算の詳細と、外部への説明に必要な情報量は分けて設計する。

「最適解が証明された」は採用した数学的モデルと入力スナップショットに関する命題である。制限時間内の暫定解は最適性ギャップ又は境界値が得られる場合に限りその意味を付して示し、ソルバが終了した理由を記録する。数学上の不可行証明は、条件が現実成立したことの証明でも、特定の権限者が受入れを拒否したことの証明でもない。入力不明、仮定の誤り、許可欠落、安全中止、純粋な制約矛盾を別の説明分類に置く。

不可行の説明には、確認済みの制約集合 C のうち、部分集合 $I \subseteq C$ が不可行で、各 $c \in I$ について $I \setminus \{c\}$ は可行となる **包含極小な不可行部分集合** (irreducible infeasible subsystem, IIS) の探索を候補とする。包含極小性は最小要素数を意味せず、異なる IIS が共存する場合もある。また、整数制約、数値誤差及び求解器が返す診断の範囲に注意する。例えば $x \geq 1$ と $x \leq 0$ の

衝突を特定できても、誰の拒否又は落ち度であったかを立証しない。診断を再計画案へ変換する際は、条件の真正性、期限、正式な判断主体を再点検し、安全・権限・本人意思の制約を自動的な緩和候補から除く。求解器の状態が未確定なら、IIS が存在しないとも不可行であるとも断定しない。

(577) （五つの EBPM 限界の配置業務への適用）

第 6 章が示した五つの留保は、数理配置支援にも適用される。すなわち、過去の出席記録が未来の参加を保証しない帰納の問題、定型・順位化による人間性疎外、入力者・求解者・決裁者間の責任分散、需要観測時点と施設・組織状態の不一致、記録上の「配置可能な人員」が実際の関係性を変えていく物象化の問題である。結果の再評価では、数値で追える変化と、参加者の自由意思、関係の成立、職員の対応経験等の質的側面を区別する。

(578) （個人の欲望・動機を最適化の対象としないこと）

第 4・7・8 章で検討した承認、学習、社会的つながり等の志願動機は、本人による参加の意味の形成に関わる。配置支援は、個人の精神分析的欲望、善良さ、援助にふさわしい人格、患者からの感謝の可能性を数値化して目的関数へ投入しない。志願者が表明した希望や活動負担の調整は必要最小限の業務情報として扱い、患者に活動員の承認欲求を満たす役割を割り当てない。自主的な相遇の可能性は、倫理・安全・選択の条件のもとで保護すべきものである。

(579) （評価可能性、改訂および後続章への接続）

評価対象として、実施可能な活動計画の割合、想定需要の未充足、変更件数、帯同条件の充足、図書室の計画上の開室可能時間、活動員の適切な相談・修正可能性等を、当該目的に必要な範囲で検討する。指標の導入によって本人が参加可能時刻を過大申告したり、部署が必要を過大申告したりする誘因が生じないかを同時に点検する。本章の配置案は第 12 章の日常運営で検証され、第 13 章の活動員支援、第 14・15 章の各活動場面、第 16・17 章の安全と調整、第 18・19 章の記録・情報管理および第 20 章の EBPM 評価を通じて修正される。

(580) （計算上の配置と法的に許容される活動の分離）

配置計算の可行解は、法的に安全な実施を保証するものではない。モデルが参照する活動資格、役割の許容範囲、本人の参加意思、帯同研修の条件及び移動介助の制限について、情報の取得元、更新時点、確認・承認者を明示する。配置案の承認、実施及び現場変更の主体を記録し、事故後に計算結果だけを原因又は免責根拠として扱わない。適用条件が未確認なら、その解を配置案としても保留し、承認された運用条件を超えて自動化しない。

(581) （配置最適化の法的入力と未観測条件）

数理モデルが「配置可能」と判定するためには、単に時間帯が重なるだけで足りず、許可のある活動種類、研修・帯同条件、施設の利用制限、本人の選択及び安全上の禁止条件が必要である。法的要件又は院内許可の根拠が未確認の入力には「不明」の状態を保ち、推定によって可行性を作らない。数理的な解が存在することと、その解を病院が適法かつ安全に実施できることは同一でない。

(582) （事故後のアルゴリズム記録と帰責判断の分離）

配置支援システムの候補案、手動修正、最終承認、本人への通知、現場での実施は、それぞれ異なる時点の出来事として記録する。事故後の検証では、モデルの入力の欠落、活動資格の変動、担当者が実際に見た情報、承認された配置と現場実施の差異を区別する。機械による候補案の選択に法的な責任主体性を仮託せず、人間又は組織の責任も事故の発生のみで自動的に確定しない。

12. ボランティア活動の日常運営および活動状況の管理

12.1. 日常運営の目的、対象および状態の区別

(583) （本章の目的と前後の業務との接続）

本章は、第 7 章で形成した活動計画、第 8・9 章で確認した参加と受入れ、第 10 章の研究・活動条件、および第 11 章で作成・確認する配置を、当日の実施、変更、連絡、終了および翌日以降の改善へ接続する日常運営の方法論を示す。目的は、患者・来院者が必要な支援に適切に接する条件と、活動員が自らの意思に基づき安全に参加できる条件を、現場で継続的に確かめることである。以下は公開資料に基づく執筆者の業務設計案であり、病院の未公開の当日運営規程を再現したものではない。

(584) （公開情報で確かめられる運営条件）

病院の令和 8 年「にこにこボランティア募集」では、活動日が祝日・年末年始を除く月曜日から金曜日、活動時間帯が 8 時 30 分～11 時 30 分、9 時 30 分～12 時 30 分、12 時 00 分～15 時 00 分と案内され、その都度参加者の都合に合わせて選択できるとされる。学生については二時間枠も案内される¹⁵⁷。この公開条件は日常運営の時間的前提となる一方、当日の集合方法、出欠確認手段、休憩・交代・報告の具体的方式まで規定するものではない。後者は正式な院内資料により確認する。

(585) （活動状態の区分と更新規律）

参加と実施の過程について、少なくとも次の状態を別個に把握することを提案する。

- 一 参加可能性。本人が特定の日・時間枠について参加できる旨を表明している状態。
- 二 候補配置。担当者が配置案に採用したが、所定の確認が完了していない状態。
- 三 確認済み配置。本人の意思、活動条件および所定の確認を経た予定状態。
- 四 到着・活動開始。予定された場所への到着が確認され、活動の開始が確認された状態。
- 五 実施中の変更・一時中断。活動の場所、内容、時間又は継続可能性に変更を生じた状態。
- 六 活動終了・欠席・取消し。各々の事実と理由の取扱いを区別して、当該回次を終了させる状態。

一つの状態を記録しただけで次の状態が成立したと推定せず、変更が生じた時点とその確認者を記録可能とする。これは管理上の分析分類であり、病院が実際に使用する状態名称を意味しない。

(586) （日常運営の主体と判断範囲）

活動員本人、先輩活動員、ボランティアルーム等の連絡窓口、医療運営課の担当職員、活動場所を担当する部署、および医療専門職の判断役割を区別する。公表された募集資料はボランティアルームを問い合わせ窓口とし、募集の主催を患者相談・サービス向上委員会と表示する¹⁵⁸。当日の出席確認者、配置変更の承認者、各区域の責任者および医療上の判断者の正式な対応表は公開資料から確定できないため、着任後の確認事項とする。相談窓口が存在することから全ての現場決裁権限を推定しない。

¹⁵⁷ 東京大学病院「令和 8 年にこにこボランティア募集」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/volunteer/>（2026 年 10 月 8 日参照）。

¹⁵⁸ 東京大学病院「にこにこボランティア募集」、前掲 URL。

(587) (業務上の時間粒度と関係の把握)

日常運営では、活動員の予定時間、実際の到着と退出、区域ごとの支援提供時間、研修同行と引継ぎの時間、および施設の公開時間を異なる時間層として扱う。例えば、二人の活動員の予定が重複していても、交代可能な資格、実際の在場、担当部署への報告および残件の引継ぎが成立していなければ、サービスは必ずしも連続しない。予定上の共在が存在しないときは、引継ぎ要件が別途必要である業務について、時差連絡等の正式に認められた代替方法を確認するまでは、単に配置人数が連続していることをもって引継ぎ成立と扱わない。人数と総活動時間に加え、成立した連絡・同行・引継ぎという関係的条件を記述する。

12.2. 活動日前の準備、情報確認および連絡**(588) (前営業日および活動開始前の確認区分)**

活動日前の確認を次の段階に分けることを提案する。

- 一 公表条件。営業日、活動枠、施設の公開時間、現時点で公表されている利用制限を確認する。
- 二 配置状態。第 11 章で確認された配置と未確定候補を区別し、取消し・変更の更新有無を確かめる。
- 三 実施条件。必要な研修、同行者、許可された担当役割、施設・物品の利用条件を整理する。
- 四 連絡関係。活動員、現場部署および調整担当の連絡先と緊急時の照会経路を確認する。
- 五 未充足条件。欠員、役割未確認、開室条件の不足、連絡不能等を明示し、判断の必要な相手に渡す。

前営業日の確認時刻や現行の確認表については院内の定めを優先し、本項は時間的な点検項目の提案にとどめる。

(589) (配置表と現場情報の版管理)

日常運営の起点となる配置予定は、作成時点、修正時点、確認状況および参照対象日の組合せにより識別する。電話、電子メール、紙又は表計算ファイルが併用される場合でも、どの版が現時点の確認済み配置に相当するかを照合できるようにする。病院が既に使用している台帳又は情報システムは未確認であり、執筆者の独自の表計算ファイルを正式な原本として扱うことはしない。候補作成、本人への再確認、正式な所管承認、通知到達、実到场及び活動開始を、それぞれ異なる事象として管理し、連絡済みを本人の了解済み又は正式承認済みと取り違えない。変更履歴の保有と閲覧権限は第 18・19 章に接続する。

(590) (活動員への事前案内の最小構成)

活動員への事前案内案には、日付、選択・確認済みの時間枠、集合又は担当場所、担当役割、同行を要する場合の連絡方法、参加できなくなった場合の照会先、および最新の活動上の注意事項を含める。受入面談で把握した私的事情、他の活動員の健康情報、患者の診療情報および本人が公開を望まない事項は案内に混在させない。通知後の再確認が必要な条件は、病院の正式な指示によって定める。

(591) (患者サービス需要の当日再確認)

企画段階の需要予測を当日の確定的な需要とみなさず、現場の混雑、施設の利用可否、受診導線の変更および部署からの要請を、適切な時点で確認することを提案する。病院が公開

5000 する外来診療棟と中央診療棟 1・2 の案内は、検査・受付・図書室等の位置を示す¹⁵⁹。ただし、
5001 公開されたフロア案内から当日の混雑、活動員の立入許可又は各部署の希望人数を確定する
5002 ことはできない。

5003 (592) (研修中の活動員を含む日の準備)

5004 累計 18 時間に達するまで先輩ボランティアに同行するという公表上の研修期間¹⁶⁰を踏
5005 まえ、研修者の参加枠と先輩側の同行可能性を一对で確認する。同行が必要な場合には、先
5006 輩が同じ時点と区域に存在できること、指導が通常の支援提供を妨げないこと、および新人
5007 に許される活動内容を確認する。予定した先輩が欠席したときは、研修者を当然に独立担当
5008 者として振り替えない。実際の帯同要件と指導可能人数は院内確認事項である。

5009 (593) (業務開始前の不成立条件と中止判断)

5010 担当者が活動の不成立を認識した場合、原因と関係する事項を整理して所定の確認先へ
5011 報告する。典型的には、本人の参加取消し、研修・資格条件の未確認、同行者の欠員、担当
5012 部署からの活動停止要請、開室に必要な体制の不足および安全条件の変化がある。代替活動
5013 又は縮小実施が許されるかは院内規程と権限者の判断による。中止・縮小を連絡する場合は、
5014 活動員とサービス利用者に伝える内容を区別する。

5015 12.3. 到着確認、活動開始および役割の引受け

5016 (594) (到着確認と活動開始の区別)

5017 予定された活動員が施設に到着したという事実と、担当区域で役割を開始したという事
5018 実とは異なる。到着後に研修同行者、担当場所、当日の注意事項および現場責任者の確認を要
5019 する場合、開始時刻は到着時刻と一致しない。どの確認媒体や受付手順を用いるかは公開資
5020 料に記載されていないため、出欠表や電子打刻の存在を推定しない。必要最小限の実績確認
5021 手順として、活動員本人と確認担当者の双方が日付、時刻及び配置状態を確認できる形を提
5022 案する。

5023 (595) (本人の意思および当日の参加可能性)

5024 確認済みの配置であっても、当日の体調、生活上の事情、移動条件および参加意思に変
5025 化があり得る。活動員は医療専門職による診断を要しない範囲で参加困難を連絡でき、調整
5026 担当者は活動可否を独断で医学的に判定せず、正式な確認先に照会する。事情の詳細を他の
5027 活動員に共有する代わりに、業務上必要な「本日は参加不可」「途中退出の相談中」等の状態
5028 のみを受け渡す方法を検討する。

5029 (596) (活動役割と禁止・照会事項の確認)

5030 活動開始時には、担当する場所と役割、患者・来院者への説明に用いる公表情報、判断
5031 不能時の職員照会先、および活動員が独自に行ってはならない行為の境界を確認する。病院
5032 の公開活動紹介には再来受付機の操作説明、受診案内、車いす介助及び図書貸出等の多様な
5033 活動が挙げられる¹⁶¹。公開された活動名が同一であっても、操作可能な端末、身体介助の範
5034 囲、必要な研修は院内の指示に依存する。

5035 (597) (担当の引受けと現場の開始連絡)

5036 担当区域に着いた段階で、必要な備品、案内資料、連絡手段、当日休止されている施設又

¹⁵⁹ 東京大学病院「外来診療棟／中央診療棟 1・2」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/shinryoutou/>。

¹⁶⁰ 東京大学病院「令和 8 年にこにこボランティア募集」FAQ、前掲 URL。

¹⁶¹ 東京大学病院「こにこボランティア」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/cooperation/volunteer/>（2026 年 10 月 8 日参照）。

は業務、および直前担当者からの残件があるかを確認する。持ち場への到着とサービスの開始を同一視せず、現場に必要な承認又は受領確認がある場合にそれを経て開始する。実際の活動開始者の報告経路は病院の現行運営方式に従うものとし、本項では提案上の確認事項に限る。

(598) （途中参加・短時間活動の状態管理）

学生に二時間枠が可能とする公表条件は、すべての業務が任意の二時間だけで実施できることを意味しない。途中参加、予定より短い活動、あるいは途中退出の場合は、役割の開始可能時刻、前任者からの引継ぎ、交代までの未充足時間、本人の意思および正式な配置確認を一組として確認する。参加実績の計上に関する具体的な単位・端数処理は院内に照会し、勤務時間管理の考え方を無償のボランティア活動へ機械的に転用しない。

(599) （初期研修への参加と在场状態）

先輩とともに行う研修者の在場について、見学、同行、限定的な補助および許可された範囲の実施を区別する。研修者が現場にいる事実を、その区域の単独対応可能な供給人数に直結させず、同行関係と確認済みの役割を記録できるようにする。先輩の活動上の負担と教育上の負担が重なる場合には、第 13 章の支援と第 11 章の配置検討へ情報を還流する。

12.4. 現場活動の調整、関係部署との接続および支援の質

(600) （現場運営の基本的な三つの対象）

活動中の調整対象を、次のように分けて把握する。

- 一 提供する支援。来院者の案内、受診手続の補助、図書サービス又は行事準備等、認められた役割の実施状況。
- 二 提供条件。安全、業務区域、活動員の負担、利用可能な設備、患者の受入意思および職員への照会可能性。
- 三 関係の維持。患者・来院者の選択、先輩と研修者の同行、活動員間の交代、部署との連絡及び予期しない要請の調整。

日々の管理を件数と人数だけに限定せず、適切な支援関係が成立しているかを具体的場面で確認する。

(601) （非臨床業務の遂行範囲と照会）

来院者から診断、検査結果、治療の選択、薬の服用又は医療費の個別判断について質問があった場合、活動員は許可された案内・取り次ぎの範囲を確認し、必要な事項を所定の医療職・窓口へつなぐ。病院の公開する活動紹介に「受診に関わる代筆および記載のお手伝い」等があることは、患者の意思決定の代行又は医療記録の自由な閲覧を許可するものではない。患者の希望を聴取した後も、本人の決定と専門職の判断を尊重する。

(602) （患者・来院者の同意と援助の撤回）

支援にあたり、来院者が自分で行えること、支援を求めていることおよび支援を断る意思を区別して扱う。申し出が不要又は不快と示された場合には、その意思を尊重して適切に終了することを基本とする。援助を断られた事実を活動員への個人的否定、患者の非協力又は「支援成果の失敗」として扱わず、必要であれば一般的な案内を提示する。患者に活動員の社会的承認を満たす役割を課さないという第 4・7 章の倫理を、現場実施に接続する。

(603) （活動の変更要請と受付の段階）

現場から別の役割への移動、補助の延長、新しい患者案内又は臨時の行事準備を依頼さ

れた場合、要請の受領、対応可能性の調査、本人への相談、所定の確認、確定および実施を区別する。依頼の存在だけで新たな指示権限が成立するものとはしない。現場部署とボランティア運営担当との調整窓口を明確にし、現配置への影響、移動・交接条件、研修・安全要件を確認する。

(604) (機能区域の連動とサービスの分節)

外来受付付近の案内、診療棟間の移動、図書室のサービスおよび院内行事補助は、同じ病院内でありながら目的と必要資源が異なる機能区域として把握する。ある区域で手が空いている活動員を、他区域の需要に自動的に充当できるとは限らない。実際の移動時間、必要な資格、同行条件、受入部署の承認とサービス継続への影響を確認したうえで調整する。区域間の物理的近さを、活動の制度的互換性と同一視しない。

(605) (公表されている一部活動の休止状態)

病院の公開する活動一覧には、院内学級への送迎と小児病棟での遊び相手について「現在、対応を中止」と明記されている¹⁶²。したがって、歴史上存在した活動を当日の標準業務として予定表に自動登録せず、実施可否を都度最新の正式情報で確認する。過去の活動経験は検討資料となり得るが、再開は医療環境と担当部署による正式な判断を要する。

(606) (患者サービスへの参加と活動員の負担)

活動員の親切心が強い場面でも、予定時間の超過、特定活動員への反復的な難しい案件の集中、休憩しにくい状況又は断りにくい依頼が生じ得る。調整担当者は個々の「熱心さ」を無制限の活動義務とみなさず、負担、希望、相談可能性および当日の実施条件を確認する。継続的支援と心理的安全の詳細は第 13 章で扱い、本章では現場上の負担発生を把握し、早い段階で連絡に結び付ける。

12.5. 欠席、遅延、配置変更および再調整

(607) (欠席等の発生状態と確認情報)

欠席、遅刻、早退および連絡不能を一つの状態にまとめず、連絡の有無、本人確認の完了、影響区域・時間、研修同行や交代への波及を分けて記録する。遅れの理由が健康・家庭その他私的な事情に関わる場合、配置調整に必要な範囲で「予定変更」「対応不可」等へ抽象化し、詳細を一般連絡網に転載しない。連絡時点での事実と後に確認した事実の差も記録できるようにする。

(608) (欠員発生時の対応順序)

欠員発生時の初動を、次の順序で構成する案を示す。

- 一 真正性の確認。欠席の連絡と該当する配置回次・担当区域を照合する。
- 二 影響の把握。サービスの最低条件、当面の引継ぎ、同行者への影響と未充足時間を整理する。
- 三 関係部署への報告。誰に実施条件の変更を判断してもらう必要があるかを確認する。
- 四 再調整。既に参加可能性を示した活動員等の候補について、本人の意思、資格、移動と新たな確認を順に扱う。
- 五 不成立の処理。代替不能なら正式な権限者とサービス縮小・休止・職員への引継ぎ等を相談する。

¹⁶² 東京大学病院「にこにこボランティア」、前掲 URL。

5115 本順序は日常運営の提案であり、患者安全上の急迫した事象には第 16 章の緊急時対応を優先
5116 する。

5117 (609) （未連絡の不在と安否への配慮）

5118 配置上の開始時刻に活動員の到着を確認できないときは、本人への所定の連絡、現場の
5119 在场確認、役割の未充足の把握を区別する。無連絡の事情には交通障害、連絡経路の不調、体
5120 調不良等の複数の可能性があり、直ちに怠慢又は悪意と評価しない。安否に関する重大な懸
5121 念がある場合の取扱いは、所定の相談・緊急連絡経路に従う。個人的な連絡先を他の活動員
5122 へ無制限に共有しない。

5123 (610) （再配置案と配置確定の相違）

5124 第 11 章の CP-SAT 又は MILP 等が再計算した候補は、既に承認済みの配置を自動更新す
5125 る正式な指示ではない。調整担当者は元の配置、変更案、本人への連絡状態、担当部署への確
5126 認状態、および患者サービスへの影響を分けて整理し、所定の決裁後に初めて変更確定とし
5127 て扱う。可行解の不存在が確認された場合には未充足を示し、参加不可や安全条件を便宜的
5128 に緩和しない。

5129 (611) （施設運営の部分縮小と通知）

5130 「にこにこ文庫+」については、月・水・金曜日 10 時 00 分～14 時 30 分の公表開室時間
5131 と、ボランティア不足による閉室時間帯がある旨の案内が存在する¹⁶³。不足が判明した場合、
5132 予定と実際の開室を区別し、開室可否と通知担当者を確認する。病院の公開ページは図書室
5133 入口の掲示を参照するよう案内しているが、掲示の作成・更新・承認手順は明らかでないた
5134 め、具体的な実施者を本指針で指定しない。

5135 (612) （部分的な継続と安全の優先）

5136 欠員時に全ての活動を一律に停止する必要性と、一部役割のみを続行できる可能性を分
5137 けて判断する。縮小可能性は業務の依存関係によって異なり、必要な見守り、施設許可又は
5138 教育上の同行が欠ければ、その役割の実施を見合わせる判断が必要となり得る。実施が可能
5139 な部分についても担当者の判断、参加者の意思および新たな役割負担を検討する。人数の不
5140 足を理由に研修者の独立配置や無資格業務への変更を正当化しない。

5141 12.6. 交代、活動終了、引継ぎおよびサービス継続

5142 (613) （引継ぎの成立条件）

5143 交代時の引継ぎには、双方が同時刻に在场していることに加え、役割の範囲、現在の業
5144 務状態、残件、施設・備品の状態および確認を要する連絡事項を理解し、受領したことが必
5145 要となる。引継ぎの手段が口頭、所定の記録票又はシステムのいずれであるかは院内確認事
5146 項とする。単に同じ時間枠に活動員二人が登録されていることをもって、引継ぎ完了と記録
5147 しない。引継ぎは発信側の送信時刻だけでなく、受信側の確認、引受ける範囲、残る未完了事
5148 項及び患者の安全に関わる継続条件により評価する。連絡の記録が存在することと、責任を
5149 引き受けた者が実際に存在することは別個に確認する。

5150 計画上の共在指標 j_{vwt} （第 11 章）が 1 であっても、後任が何を、いつから、どの権限で
5151 引き受けたかは決まらない。実施後の受領状態を別の記録として扱い、後任が未到着又は受
5152 領範囲を確認できない場合には、役割に応じた正式な連絡・代替支援へ接続する。責任者の
5153 認定と安全上の権限は院内の正式手順によって定まり、共在変数からは生成されない。

¹⁶³ 東京大学病院「患者学習センター・にこにこ文庫」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/library/>（2026 年 10 月 8 日参照）。

引継ぎを形式的に記述するときは、対象案件 a 、引受ける役割範囲 ρ 、引受人 w 、承認済み受領時点 t を明示して $\text{Accept}(a, \rho, w, t)$ という事務上の確認命題を置ける。ただし、この記号は院内の既存規程を制定するものではない。共在 $j_{vwt} = 1$ 、伝達済み $\text{Sent} = 1$ 、閲覧済み $\text{Read} = 1$ のいずれも $\text{Accept} = 1$ の十分条件としない。受領の権限、対象範囲、残件及び例外時の正式な連絡経路を確認できない場合は、進行状態を「受領未確定」として保留し、空白を自動完了で埋めない。

(614) (通常の交代における確認事項)

交代が予定される場面では、次の事項を点検する。

- 一 交代時点。後任の到着・役割引受けと前任の退出の時刻。
- 二 活動の状態。案内の継続、図書の貸出・返却等の残件、利用者への対応の途中状態。
- 三 場所と物品。使用した設備、許可された鍵や備品、掲示又は案内資料の状態。
- 四 関係者。後任、担当部署、当日の連絡窓口と未解決の照会先。
- 五 留保事項。判断権限を超える問題、専門職へ接続済みの案件、再確認を要する事項。

個別の患者情報や診療内容は、業務に必要で法令・院内規程上許された場合を除き、引継ぎ票に記載しない。

(615) (図書室における時間的重複の意義)

公表活動枠の第二枠 9 時 30 分～12 時 30 分と第三枠 12 時 00 分～15 時 00 分には 12 時 00 分～12 時 30 分の重なりがあり、図書室の公表開室時間 10 時 00 分～14 時 30 分を時間上は被覆し得る。ただし、両枠の適切な活動員が実際に当日配置され、本人の確認、図書室担当者の許可、図書運営上の引継ぎ等が成立した場合に限られる。三十分の重複が必ず交代時間として確保されると解釈せず、現場に確認したうえで第 11 章の配置案へ反映する。

(616) (活動中の支援関係が未完了の場合)

患者・来院者への案内の途中で時間枠が終了する場合、活動員は個人の善意によって当然に時間外の支援を継続する義務を負うものと想定しない。患者の安全と意思を確認し、適切な後任、担当窓口又は医療職へつなぐことができるかを判断する。後任が不在で安全な継続が困難な場合には所定の職員へ援助を求め、活動員が一人で医療上のリスクを負担しない。引継ぎとサービス終了の区別は第 14・16 章の具体事例と連携する。

(617) (終了時刻と実績の確認)

活動の終了については、予定終了時刻、本人が役割を終えた時点、引継ぎが完了した時点および確認者による記録時点を区別する。遅刻、早退、途中中断又は予定外の延長があった場合、予定時間をそのまま実績時間へ転記しない。活動時間の集計方式、帯同時間の換算及び表彰に利用する記録口径は、病院の正式な制度に照らして確認する。活動員の活動時間数を援助の人格的価値とみなさない。

(618) (未処理事項の次回への受渡し)

活動終了時点で残件が存在する場合、通常業務の引継ぎと事故・苦情・専門的判断を要する事項を分離し、適切な管理経路へ接続する。次回活動員への共有は、その人が担当すべき必要事項に限定する。相談や苦情への対応者、処理期限又は記録様式を本指針が独自に指定することは避け、第 13・16・17・18 章の責任分担に従う。

12.7. 相談、危険事象、情報の誤りおよび例外処理

(619) （現場事象の四類型）

日常の異常・例外的な出来事を、次の類型として捉える。

- 一 運営上の差異。欠席、遅刻、場所違い、物品不足、開室・閉室の変更等。
- 二 支援上の困難。案内内容の不一致、利用者の拒否又は不満、関係者間の意思疎通上の問題等。
- 三 安全に関する懸念。転倒等の危険、体調変化、感染対策上の疑義、許容された支援範囲の超過等。
- 四 情報保護に関する懸念。誤送信、不要な個人情報の記録、不適切な閲覧又は受渡し等。

この分類は初期の振分けを支える分析的な提案であり、法令上又は院内規程上の事故分類を置き換えるものではない。

(620) （安全事象での初動と専門職への接続）

活動中に患者・来院者の転倒、体調不良、危険な移動状況又は感染上の懸念を認めた場合、活動員と事務担当者は自己の訓練・権限を超えて診断や治療判断を行わず、所定の医療職・院内緊急連絡経路へ速やかにつなぐ。病院の公開する来院者向け注意には、車いすの低速移動や通路交差箇所での一時停止等が示される¹⁶⁴。具体的な応急措置と通報番号は院内指示で確定し、第 16 章において詳述する。

(621) （活動員からの相談と継続可能性）

活動員が怖さ、疲労、役割上の戸惑い、患者対応の難しさ又は他者との行き違いを伝えた場合、調整担当者はまず業務上の困難と必要な支援を丁寧に把握する。個人の心理的動機を推測して評価に用いること、医学的・心理的診断を行うこと又は意思に反して継続を要求することを基本手続に含めない。相談者が望む情報共有の範囲と、患者安全等のため正式に連絡すべき事項とを区別して扱う。詳細な支援体制は第 13 章に接続する。

(622) （苦情・不満の受付と管轄の識別）

患者、家族、来院者又は活動員からの不満について、志願者の活動運営上の調整で扱える事項、患者相談窓口等へ引き継ぐべき事項、および医療判断に属する事項を分ける。ボランティア運営担当の存在だけで、診療内容の苦情判断権限や臨床倫理上の結論を持つと推定しない。本人の意向、差し迫った安全性、情報の機微性を確認し、所定の担当部署へ適切につなぐ。公式窓口と責任分界は第 17 章で整理する。

(623) （案内・設備・情報の不一致）

活動員が案内した行先と最新の現場表示が一致しない場合、又は端末等の操作方法が研修内容と異なる場合は、古い情報を確定的に案内し続けず、担当職員に確認する。差異の生じた場所、時点、参照した公開資料と現在の状態を整理し、必要に応じて案内資料又は研修教材の更新につなぐ。確認が完了していない情報を、他の活動員間で事実として拡散させない。

(624) （危険の共有と不要な個人情報の切離し）

事故又はヒヤリ・ハットに関する必要な報告において、危険がどの区域・時間・条件で発生したかと、患者や活動員の個人情報を区別する。正式な事故報告制度に必要な事項は院内規程に従い取り扱うが、一般の配置表・連絡網・学習資料には再利用しない。反省の目的

¹⁶⁴ 東京大学病院「来院される皆様へのお願い」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/onegai/>（2026 年 10 月 8 日参照）。この案内はボランティア向けの正式な実技マニュアルではない。

は関係者の非難又は人格評価ではなく、原因と再発防止策の調査、支援条件の改善および責任所在の明確化に置く。

12.8. 活動記録、事務状態および情報管理

(625) (活動実績台帳の最小論理構成)

活動実績を残す場合は、少なくとも対象日、当該活動回次、配置された機能区域・役割、予定時間、実際の開始・終了の確認状態、欠席・中断・変更の有無、確認担当者及び更新時点を区別できる構造を検討する。これらの項目は執筆者の試案であり、病院が同一の様式又は項目を採用していることを示さない。日時・場所・役割を記録することに必要性があっても、患者の診療内容や活動員の私的事情を一般台帳へ付加する必要があるとは限らない。

(626) (単一の数字へ統合しない業務状態)

予定人数、確認済み人数、実際の到着人数、独立した役割に従事できる人数、研修同行者数、実際に提供したサービス時間、施設の開室時間を、異なる定義と母集団による量として集計する。数理試作における候補開室 o_t 、計画上の充足、実際の到着・引継ぎ受領および現実確認された開室実績を別の事象として記録する案とし、求解結果をそのまま活動実績欄へ転記しない。例えば活動員二名が同時に現場に在場しても、両者が独立した必要配置人数に算入できるとは限らない。実績を一本の「人数」又は「時間」にまとめる前に、何を測り、何を測っていないかを示す。

(627) (変更履歴と事後修正の記録)

予定・実績の修正では、元の記録、変更内容、確認者、変更時点及び理由の事務的区分を追跡可能にする案を提示する。誤記訂正と、当時未確定であった事実が後日に確定した場合とを区別する。監査可能性を確保する目的は関係者への恒常的監視ではなく、誤配置の防止、適切な引継ぎと運営改善である。正式な改訂権限と履歴保存年限は病院に確認する。

(628) (患者情報と活動員情報の分離)

患者・来院者の個別診療情報、活動員の健康資料、応募・面談記録および通常の活動実績を、アクセス目的と権限の異なる情報群として扱う。日常活動の記録には、必要な事務的事実のみを保存し、センシティブな情報の複写、個人端末への持出し、未承認のクラウド・生成 AI サービスへの入力を前提としない。院内の情報管理規程、アクセス制御及び保存・廃棄方針が優先し、法的・技術的詳細は第 5・19 章で扱う。

(629) (報告書用の集計と再識別の危険)

日報、週次まとめ及び年次報告のために活動回数、支援種別、開室状況や欠員件数を集計する場合、小規模な区域・時間帯・役割の組合せにより特定の活動員や患者が推認され得ることに留意する。内部管理用の情報を外部公開用の情報と同一にせず、用途・権限・公開範囲に応じて必要な集約や省略を検討する。個人別の活動時間数を、本人の希望と制度上の表彰条件を離れて一律に序列化しない。

(630) (活動記録と患者サービス評価の距離)

サービスを何件案内したか、何時間開室したか、配置計画の不足が何件生じたかは、活動の実施状態を記述する資料となる。しかし、その数字から直ちに患者の安心、尊厳、病院内の関係性又は活動員の充足感を推定することはできない。第 6 章の帰納・時間依存性・責任分散・物象化等に関する限界を明示し、第 20 章の評価では数値と質的経験および情報が取得されなかった主体を併せて検討する。

12.9. 日次・週次確認、改善および次回企画への還流

(631) （一日の終結時に確認する事項）

当日の運営を閉じる際は、予定と実績の一致・差異、未充足となった役割と時間帯、同行・引継ぎの成否、施設の臨時休止、関係部署への報告済み事項および次回へ残る連絡を整理することを提案する。安全事象、相談、個人情報事象はそれぞれ正式な報告経路で処理し、日常の一般台帳に機微な詳細を集積しない。日次確認は単に全項目へ印を付ける作業ではなく、翌日へ持ち越す判断と責任の所在を明確にする作業である。

(632) （週次点検と業務の構造的変化）

週次の振り返りでは、曜日・時間帯・機能区域別の不足、継続して発生する変更、研修同行の偏在、活動員の負担、患者・来院者からの一般的な要望を比較する。活動員の希望分布、施設の使用条件、募集直後の研修者比率及び季節的需要は変わり得るため、過去一週の状態を固定的な標準としない。反復する課題が偶発的な欠席によるものか、企画・募集・資格・連絡の仕組みに由来するものかを区別する。

(633) （月次・年間計画への再接続）

日々の不足や活動員の経験を、翌月以降の需要見積り、募集で伝える役割、研修の内容、先輩活動員への負担配分、公開案内の改善へ還流する。短期的な不足を根拠として参加条件を恣意的に緩めることは避け、支援方法そのものの変更、正式職員による対応、表示・案内設備の改善又はサービスの縮小を含む複数の選択肢を検討する。改善提案は第 7 章の企画判断へ戻し、正式な採用・予算・運用変更は権限者に委ねる。

(634) （評価指標と価値の多元性）

日常運営の初期的な確認指標として、確認済み配置に対する実施率、未充足サービス時間、直前変更件数、引継ぎ漏れの報告、研修同行の成立状況、正式に認められた施設の実際の開室時間等を検討できる。ただし、分母・観測期間・母集団・未確認記録を明示し、単一指標に管理を従属させない。活動員が参加しやすいこと、受援者が援助を断れること、職員が過剰な負担を負わないこと、および偶然の相遇から価値ある関係が形成される可能性を、同時に考慮する。

(635) （改善判断における EBPM の五つの留保）

日常運営に関する改善案は、過去の観測から将来を必然化できないというヒュームの問題、量化が相互理解を侵食し得る人間性疎外、現場・調整・決裁・情報処理の分担による責任の分散、資料が生成された時点と実際の病院状態の差、および活動員を交換可能な単位として扱う物象化の危険を伴う。例えば活動件数の増加が、活動員の疲労や患者の望まない援助を増やした可能性を排除せず、指標外の経験と異論を残す。改善案の判断責任は各種集計やアルゴリズムに移譲されない。

(636) （病院固有の未確認事項と後続章への接続）

現行の出欠確認方法、活動日誌・シフト表の正式様式、当日連絡先、遅刻・欠席の受付と承認、備品・鍵の管理、図書室開閉の通知担当、事故と苦情の報告経路、事務情報の保存・修正権限は、公開資料から確定できない。これらは着任後の確認事項として別記し、院内の正式な規程に従って本章の手続案を改訂する。活動員への継続的支援は第 13 章、場面別の患者・施設支援は第 14・15 章、安全と調整は第 16・17 章、記録・情報統制は第 18・19 章、効果の評価は第 20 章、指針の改訂は第 21 章へ接続する。

13. ボランティアの相談対応、継続的支援および表彰

13.1. 本章の目的、位置づけおよび公表資料の射程

(637)（本章の目的と活動運営への接続）

本章は、活動員が相談し、必要な援助を受け、自らの意思を保ちながら活動を継続・変更・休止・終了する条件、および活動への貢献を適切に認識するための業務方法を整理する。第 8 章の募集、第 9 章の受入れ、第 10 章の研修、第 11 章の配置および第 12 章の現場実施により形成された関係は、活動員にとっての経験、負担、学習、承認及び将来の参加意思を変化させ得る。本章は、これらの変化を次回の企画・募集・配置へ還流させる。ここに示す手続は、院内未公開の相談・表彰規程を復元したものではなく、公開資料および一般的知見を用いた執筆者の検討案である。

(638)（募集要項と職務公告から確認できる事項）

病院が公表する令和 8 年の「にここボランティア募集」は、活動員が曜日・時間帯をその都度都合に合わせて選択できると案内し、原則として三か月以上の継続を求めながら、学期中と休業中で活動頻度を変える相談も認めている¹⁶⁵。また、医療運営課の特任専門職員公募は、ボランティアの相談対応、活動環境整備、活動記録・報告書作成および表彰等の企画・運営を職務に含める¹⁶⁶。ただし、相談受付の内部様式、休止承認権者、表彰の現行基準及び決裁手続は、これらの公表資料から確定できない。

(639)（支援対象と支援に関与する主体）

本章で扱う支援の対象は、応募者一般ではなく、受入れ後に活動する者、研修期間中の者、活動頻度の変更を希望する者、活動を休止・終了する者及び必要に応じて元活動員を含む。相談には、活動員本人、先輩活動員、現場の関係職員、医療運営課の担当者および正式な相談窓口が関与し得る。活動員間の協力関係と、担当職員が担う安全・情報管理・事務判断の責任を区別する。患者及び来院者が受ける相談・医療判断については、患者相談窓口や医療専門職等の正式な所管に委ねる。

(640)（支援対象となる事象の区分）

相談と継続的支援に関わる事項を、業務上の初期分類として次のように区分する。

- 一 参加条件に関する事項。活動日程、休憩、移動、費用、活動頻度、資格・研修の確認。
- 二 活動遂行に関する事項。役割上の迷い、手順の不明確さ、必要な物品、同行・指導の不足。
- 三 関係調整に関する事項。活動員相互、患者・来院者との対応、院内職員との意思疎通。
- 四 安全・倫理に関する事項。過度の負担、ハラスメントの疑い、個人情報、事故・感染上の懸念。
- 五 継続・承認に関する事項。参加意欲の変化、学習機会、役割変更、謝意、表彰、休止・退出。

この分類によって相談者の人格や心理を類型化せず、個々の出来事が複数の類型にまたがる可能性を保つ。

¹⁶⁵ 東京大学病院「令和 8 年ににここボランティア募集」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/volunteer/>（2026 年 10 月 8 日参照）。

¹⁶⁶ 東京大学病院「医療運営課特任専門職員募集」（2026 年 8 月 19 日公表）<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/syokuin/20260819-1.html>。

(641) (院内規程に先行しない個人用業務設計)

相談窓口の開設時間、機密保持の例外、医療・労務・人権上の相談窓口への紹介基準、表彰推薦権者、選考機関、贈呈物の扱いは、採用後に正式な担当部署と文書で確認する対象とする。本指針が提示する確認表・分類・手順は、既存の制度に適合するかを検討するための足場として用い、病院の正式な規程に代わる指示書とはしない。特に、相談担当者が資格を持つ心理職・医療職を代理できると解してはならない。

13.2. 相談の受付、傾聴、分類および所管への接続

(642) (相談へのアクセス可能性)

活動員が日常業務の困難を早い段階で申し出られるよう、既存の正式な連絡方法を確認したうえで、相談先、利用可能な時間、応答を受ける方法及び担当不在時の連絡先を分かりやすく案内することを提案する。活動中の相談、活動日以外の事務的照会、緊急性を伴う報告を区別し、相談を受ける窓口が一つであると推定しない。活動員が自己の困難をすべて他の活動員に公表しなければ支援を受けられない仕組みは避ける。

(643) (初回応答における傾聴と事実確認)

相談の初回応答では、相談者が何に困っていると表現しているか、直ちに危険があるか、本人がどのような対応を望むか、誰が既に関与しているかを区別して把握する。担当者による初期の解釈や過去の評判を先行させず、日時・場所・役割・事実と受け止め方の差を確認する。相談者の沈黙又は言語化の困難を非協力と判断せず、説明しやすい機会と時間を設ける。相手にとって不必要な詳述を強要せず、対応上必要な範囲を明示する。

(644) (受付時の優先順位と例外事象の識別)

相談事項について、次の三つの流れを識別する案を示す。

- 一 直ちに安全確保又は正式報告を要する事項。患者・活動員の差し迫った危険、感染等の緊急懸念、重大な情報漏えいの疑い。第 16・19 章に接続する。
- 二 所管への引継ぎを要する事項。診療上の判断、ハラスメント等の正式な申立て、個人情報保護又は労務上の権利に関わる事項。第 5・17 章と整合させる。
- 三 通常の運営上の調整事項。日程、担当、研修同行、説明不足、活動条件及び継続の相談。権限者と確認し、第 11・12 章の運営へ反映する。

緊急性がある場合は、事務相談の完了を待たず病院の正式な経路に連絡する。ここに示す分類は実際の院内通報制度の区分と同一であるとは限らない。

(645) (相談内容の記録と同意の範囲)

相談の事務的記録においては、受付時点、相談の区分、本人が希望した対応、所管への引継ぎの有無、処理状態及び次回確認の必要性を中心に記述し、心理的解釈や私生活の詳細を必要なく集積しない。本人に共有範囲と目的を可能な限り説明する。ただし、患者安全、法令又は正式な院内規程が求める報告を、相談者との秘密保持の約束によって無効化してはならない。正式な保存先・閲覧権限・保存年限は第 19 章の検討と院内確認に従う。

(646) (対応の確定、保留および再相談)

相談の受領、事実確認、担当者への照会、対応案の提示、正式な確認、実施及び相談者への応答を、それぞれ異なる状態として扱う。即答ができない問題については、何が未確認であり、次に誰がどの範囲を確認するかを明示する。対応を終了する場合も、本人が望む場合又は状況が変わった場合の再相談の可能性を伝える。相談が直ちに解決しないことを相談者

自身の問題として扱わず、活動設計や担当分担に由来する構造的困難の検討を残す。

(647) (相談窓口の分担と守秘の条件)

活動員の参加頻度や役割変更の相談、医療機関としての正式な患者相談、雇用関係に関する相談、情報管理上の事故及び医学的・心理学的専門支援は、受付目的と判断権限が異なる。一次受付者は必要な経路へつなぐ役割を担い、個々の相談に関する最終判断を一括して引き受けるものではない。情報共有は案件解決に必要な範囲と職責に基づくことを原則とし、活動員間の一般連絡網を相談記録の保管場所にしない。

(648) (相談者保護と非報復の実務的足場)

活動員が患者又は他の活動員に関する懸念を述べた場合、相談者の立場やその後の活動機会に不当な影響が生じないように注意する。本人の希望と秘密保持の限界、関係者双方の公正な取扱い、緊急時の例外及び正式な通報先を区別する。WHO の被害者・サバイバー中心の制度設計は比較参照できるが、その通報窓口や内部調査権限が病院に存在すると推定しない。記録と連絡は関係部署が正当に扱える必要最小限にとどめる。

13.3. 参加動機、自発性および活動経験の変化

(649) (自発的参加の制度的意義)

平成5年の厚生省告示による社会福祉活動への参加促進指針は、自主性、自発性及び創造性の尊重を示し、活動の担い手の自己実現・社会参加、受け手の多様な需要並びに社会連帯を活動の意義として整理する¹⁶⁷。この一般原則を病院の安全・活動条件に照らし、活動員の参加を「指定した時間に人手を提供する義務」として一義的に扱わない。無償参加と組織の安全上の責任が両立する条件を、日程変更、担当配置及び本人への説明の各局面で確認する。

(650) (参加動機の多元性と経験的研究の位置)

ボランティア活動への参加には、価値の表現、理解・学習、対人関係、職業経験、心理的成長、自己の困難への対処等の複数の機能が関与し得る。Clary らの Volunteer Functions Inventory は、動機の六機能を検討し、動機と経験の適合が満足及び将来の参加意図に関係する可能性を示した¹⁶⁸。これを個人の隠れた動機を断定する尺度として使用せず、募集、相談、役割選択及び支援設計を多様な希望へ開く一般的な研究知見として参照する。

同研究の六つの機能は、価値、理解、社会、職業、保護、向上という整理であり、尺度の妥当性を検討した研究として用いる。動機の測定結果や統計的関連を単独の個人の心理状態へそのまま投影せず、活動希望の自己申告、役割経験、継続意思の変化を相互に独立した情報として扱う。病院の活動員選考や人事評価に同尺度を採用したとの公表根拠は確認していない。

(651) (欲望構造に関する解釈上の留保)

活動が参加者の自己肯定、承認希望、善への自己理解又は過去の経験と関係するという精神分析的解釈は、執筆者による理論的検討である。援助を受ける他者が参加者の象徴的世界に一定の位置を占めることはあり得るが、当該位置の内容は本人への無断の心理分析によって確定できない。企画者は特定の心理的欠如を「発見」し、それを利用して参加継続を操作しようとする設計を採用しない。本人の明示された希望と実際の経験への傾聴を優先する。

経験的な動機質問紙と精神分析的な関係解釈の間には、検証方法、推論可能な対象及び倫理的許容範囲に違いがある。個人の言葉の欠如を独自の理論語彙で埋めず、実際の対話を

¹⁶⁷厚生省告示第117号「国民の社会福祉に関する活動への参加の促進を図るための措置に関する基本的な指針」(1993年4月14日) https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=82006500&dataType=0&pageNo=1。

¹⁶⁸Clary, E. G. et al. (1998), "Understanding and Assessing the Motivations of Volunteers: A Functional Approach," *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), 1516–1530, DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.6.1516>。

通じた訂正の余地を残す。関係構造の変化を研究上の仮説として扱う場合にも、援助者や被援助者の内面的動機を確定的な診断として公表しない。

(652) （活動経験の時点依存性と動機の変化）

募集時の志望動機、研修中の理解、活動に慣れた後の充足感、負担経験及び将来の参加意思は、異なる時点の状態である。開始時の「人の役に立ちたい」という表現から、将来も同じ頻度・役割への参加を希望すると推測してはならない。活動条件と生活状況の変化に応じて、必要な範囲で役割の選択肢、研修機会、参加頻度及び休止可能性を説明し、第7章の企画及び第11章の配置へ還流する。

(653) （関係性の生成と他者の自由）

患者・来院者、活動員相互及び職員との偶然の出会い、相互理解・承認・新たな協力関係の形成に結び付く可能性を持つ。これは本指針のGRによる関係論的解釈であり、病院の公式評価指標ではない。一方、患者には援助を求めず、謝意を表さず、短い接触で関係を終える自由がある。活動員にとっての意義を生むために患者に感謝又は交流を求めることはせず、関係性の形成を実績のノルマとしない。

(654) （本人が選べる参加形態の検討）

継続的支援では、本人が望む活動内容、得意・不得意な役割、希望する曜日・時間帯、先輩との同行、無理なく参加できる頻度及び他の生活上の責務との両立を、必要最小限の確認事項とする。病院の公表する三つの基本時間帯と学期・休業期の活動頻度についての相談可能性¹⁶⁹を踏まえる。ただし、希望の聴取は配置確約と異なり、活動資格、患者安全、部署の受入可能性及び当日の供給条件との調整を要する。

13.4. 研修、活動負担および継続参加への支援

(655) （活動開始後の支援段階）

活動員への支援は、受入直後、先輩への帯同期間、独立した役割への移行後、長期参加中及び休止・再開時で内容が異なる。病院の公開FAQは、累計活動18時間に達するまでを研修期間とし、先輩ボランティアについて病院案内等を学ぶとする¹⁷⁰。ただし、18時間に達したことと全ての活動で独立して配置できることは同じではない。担当役割と所定の資格確認を前提に、段階ごとの質問機会、振返り及び必要な追加研修を検討する。

(656) （先輩活動員への支援と教える側の負担）

帯同研修では、新人が学習する機会に加え、先輩が通常の患者支援と指導を並行して担う条件を確認する。先輩の参加希望、同時に指導する人数、担当区域の業務量、説明する資料の更新状況及び交代可能性を、教える側の負担要因として整理する。一定の経験年数又は活動時数がある者に、本人の同意なく常時指導を担わせない。指導に不安がある先輩への相談機会は、研修の品質と長期参加の双方を守る条件となる。

(657) （活動負担の複合的構造）

活動負担について、実施時間だけでなく、移動、立位の継続、同じ説明の反復、臨時の役割変更、患者との緊張したやり取り、後任者への引継ぎ及び精神的な配慮を要する場面を考慮する。病院の公開募集では交通費を含む活動費用を本人負担としている¹⁷¹ため、実費・移

¹⁶⁹ 東京大学病院「令和8年にここボランティア募集」FAQ、前掲URL。

¹⁷⁰ 東京大学病院「令和8年にここボランティア募集」FAQ、前掲URL。

¹⁷¹ 東京大学病院「令和8年にここボランティア募集」FAQ「交通費は支給されますか」、前掲URL。

動時間の条件も参加継続の可能性に影響し得る。ただし、病院の公表条件と個々人の経済状況を同一視せず、必要以上に私的事情を聴取しない。

(658) （負担の偏在と配置の調整）

同じ活動時間数であっても、対応した場面の難しさ、慣れた区域か否か、帯同指導の有無及び支援を受けられる相手により負担が異なる。配置上の偏りが継続するときは、本人の希望と能力を尊重しつつ、担当時間・区域・役割の見直し、交代機会、情報提供又は研修の追加を検討する。調整は第 11 章の配置案に反映するが、「よく対応できる人」に難しい場面が集中し続けることを適格性の証拠とはみなさない。

(659) （休息、欠席相談および断る権利）

活動員が負担、体調、学業、家族の事情その他の理由で予定変更又は休みを希望する場合、本人が事情の詳細を広く開示せず相談できるようにする。確定済み配置に変更が生じる場合は第 12 章の欠員連絡を通じてサービスへの影響を確認する一方、代替要員の確保が難しいことを理由に本人の参加を無制限に要求しない。活動の安全性と本人の自発性が両立しない状態では、当該活動を縮小・中止する選択肢も権限者へ提示する。

(660) （心理的困難と専門的支援への接続）

活動を通じて不安、落胆、疲弊又は強い感情的反応を覚える者がいる場合、担当者は当日の業務条件と本人が望む配慮を聴き、必要に応じて役割や参加頻度の調整を検討する。病名、心理的外傷又は人格傾向を活動記録から推定せず、診断、治療及び専門的カウンセリングを担うと主張しない。緊急性や専門家の判断を要する事象は、本人の意思と所定の守秘・報告規律を踏まえて適切な専門窓口へ接続する。

13.5. 活動員間の協働、葛藤および心理的安全

(661) （活動員相互の関係の位置づけ）

活動員間の助言、共同作業、交代及び非公式な交流は、活動遂行を支える条件であるとともに、自発的な社会参加の価値を構成し得る。経験者・新人の関係を一方的な上下関係とみなさず、知識の受渡しと相互学習の機会として取り扱う。経験を有する者の判断を尊重すると同時に、現場での正式な許可と医療上の専門的判断が優先される範囲を明確にする。関係性の価値は本人が交流を望むことを前提とし、私的な親交を強制しない。

(662) （関係上の困難の類型）

活動員間又は活動員と職員との行き違いを、次のような異なる原因に分けて検討する。

- 一 情報の非対称。活動区域、資料の更新、担当範囲又は変更連絡について異なる情報を参照した場合。
 - 二 役割の重なり。研修指導と患者支援、複数の指示元、担当者と先輩との判断範囲が交差した場合。
 - 三 負担と承認の偏在。同一人物への難しい役割の集中、貢献の不可視化、表彰機会の偏り。
 - 四 言語・生活経験の差異。伝え方、参加頻度、対人距離及び表現しやすさの違い。
 - 五 不適切行為の疑い。差別、威圧、ハラスメント、秘密情報の流布又は安全上の無視等。
- 最後の類型を単なるコミュニケーション不足として処理せず、正式な対応窓口への接続を検討する。

(663) (相談者間の立場と公平な初期確認)

一方の活動員から他者について相談があった場合、相談を受けた事実と当該相手方の行為が確定したことを区別する。相談者の安全に必要な措置を遅らせない範囲で、当事者の役割、時点、情報源と第三者の観察を分けて把握し、憶測による評判形成や公開の非難を避ける。調整担当者が当事者の一人と親しい等の利害関係を持つ場合は、必要に応じて他の正式な担当者による確認を求める。

(664) (意見表明と不利益の予防)

新人や活動頻度の少ない者も、分からない事項や危険を感じた事項について質問・異論・改善提案を表明できる条件を整える。相談者が問題を提起したことのみを理由として、本人に不利な配置、評価又は表彰処理を行うことを避ける。本人の希望に沿った匿名性の配慮が可能かは相談の性格と調査の必要性によるため、匿名の維持を無条件に約束せず、共有範囲と限界を説明する。

(665) (現場からの不適切な依頼への対応)

正式な権限・研修範囲を超える患者支援、予定外の延長、個人情報取得又は他部署への無断移動を求められた場合、活動員がその場で断り又は確認を求められる連絡関係を整えることを提案する。職員又は先輩からの依頼であっても、依頼者の立場のみをもって権限が成立すると扱わない。活動員が感じた不安を評価の低下として扱わず、第3・5・11・12章に示した責任と配置の境界を確認する。

(666) (関係修復と正式な処理の区別)

誤解や連絡不足による行き違いについては、当事者の意向を尊重し、事実の確認、必要な謝罪・修正、役割や手続の変更を検討する。他方、重大な権利侵害、安全上の懸念又は正式な申立てについて、当事者間の和解を解決の条件として課さない。関係修復は強制された親密さを意味せず、距離を保った安全な協働、配置変更又は参加休止も許容される選択肢である。正式な調査・紛争処理は第17章に委ねる。

(667) (活動員の安全と私的關係への依存の予防)

患者への過剰な個人的関与のみならず、活動員が同僚、指導員又は職員に心理的に依存し、断りにくさや沈黙を強いられる状態にも留意する。研修評価、配置、推薦及び表彰の機会を握る者と活動員の間では権限差があり得る。私的接触や秘密の要求、社会的評価の圧力、継続参加を条件にした不適切な要求等について、本人が安全に相談できる正式経路を確認する。この検討は病院の現行のハラスメント認定基準を新たに定めるものではない。

(668) (セーフガーディングと事実確認の公正)

不適切な言動の申出は、申出者の安全と秘密保護を重視しつつ、相手方の説明機会、事実と推測の区別、記録の保全及び判断権限を尊重して扱う。活動調整者が独自に犯罪性、医療過失又は組織の懲戒を確定することはできない。緊急性がある場合は安全確保を優先し、その他の場合も適切な公式窓口へ引き継ぐ。WHOが重視する不作為と報復の防止は組織的な予防原理として参照し、院内具体手続の確認を要する。

(669) (保護的相談の受理と支援関係の維持)

権力差、指導関係、長期参加歴又は部署間の立場により、活動員が不適切な接触や依頼を拒否しにくい場合がある。相談時には、本人の安全の確認、私的情報の収集範囲、意向、差し迫った危険の有無、所管窓口及び再接触の可否を分けて扱う。被相談者の過失を初期段階で断定せず、相談者に無条件の秘密保持や結果を約束せず、正規の保護・相談体制につなぐ。

WHO の職員向け性的不正行為防止政策は一般的な比較資料にはなるが、その通報制度が東京大学病院で採用されているとは記述しない。

13.6. 参加頻度の変更、休止、再開および退出

(670) （継続の多様な意味）

活動の継続には、同一の曜日・区域に安定して参加することに加え、生活条件に応じて頻度を変えること、学習のために担当を変えること、一定期間を置いて再参加することなどがあり得る。継続を単一の月間活動回数だけで定義せず、公開募集要項の継続条件と個別相談の取扱いを分ける。実施規則の変更・免除権限は病院にあり、執筆者の提案が応募条件を改定するものではない。

(671) （頻度・役割変更の手続案）

参加条件を変更する場合は、次の確認順序を参考とする。

- 一 本人の希望内容。変更したい曜日、時間帯、役割又は一定期間の休止を確認する。
- 二 未履行の配置。既に確認済みの活動回次、同行・引継ぎ関係、関係部署への影響を確認する。
- 三 活動条件。新しい役割に必要な研修・資格、受入部署の条件及び負担を再確認する。
- 四 正式な判断。変更について院内で必要な確認を受け、本人及び関係者へ適切に連絡する。
- 五 記録更新。旧配置と新しい状態、変更時点及び次回見直しの必要性を区別する。

本人の詳細な私事を配置表へ転記せず、必要な参加状態だけを更新する。

(672) （休止を希望する者への対応）

休止希望を受けた場合、本人が休止時期、既に約束した回次及び連絡可能な範囲について必要な確認を行えるよう支援する。継続しない理由を道徳的な不足や感謝の欠如として扱わず、休止者を自動的に患者サービス欠員の責任主体とみなさない。患者安全とサービス継続に必要な代替対応は、正式な管理責任のもとで第 11・12 章に従い検討する。休止中の個人情報利用、連絡継続の可否と期限は院内規程を確認する。

(673) （再開時に確認する条件）

一定期間の休止後に復帰を希望する場合、本人の参加意思、受入・登録の状態、以前の研修内容と現行の施設・活動条件の差異、必要な再研修及び配置可能な区域を確認することを提案する。過去の実績のみで現行の資格や安全条件を推定せず、技術、設備、診療導線、感染上の条件が変わった可能性を考慮する。正式な再登録手続や活動再開の決定者は第 9 章と院内規程に従う。

(674) （活動終了と感謝の伝え方）

本人が活動を終了する場合、返却物・貸与物、情報へのアクセス、未処理の事務事項及び次の活動員への引継ぎについて、本人に必要な範囲で分かりやすく案内する。終了理由の詳しい聞き取りを一律に義務づけず、本人が希望する場合に任意の振返り機会を提供する。活動の長短、表彰の有無及び最後の活動状況にかかわらず、参加してきた事実と貢献に対して誠実に謝意を表す。

(675) （退出と組織的学習の関係）

退出件数や継続率を企画と支援体制の点検資料として扱う場合、募集時期、活動可能時期、研修状況、本人の生活上の変化、活動条件及び記録の欠落を分ける。退出率のみを用いて

個人の倫理性やプログラムの価値を断定しない。任意の退会意見から運営上の課題を識別できる場合もあるが、意見の提出を参加終了の条件としない。改善可能な事項は第7章の企画及び第20章のEBPM評価へ還流する。

13.7. 病院の表彰実績、謝意の制度および現行基準の確認

(676) (病院の歴史的表彰実績)

東京大学病院の公開刊行物には、長期にわたりボランティア活動員への表彰又は感謝状贈呈を行ってきた事例が記録されている。平成14年5月31日発行の『東京大学病院だより』第37号は、当時は年二回表彰を実施していたこと、平成14年前期の表彰に活動時数及び継続年数の区分が設けられていたことを記載する¹⁷²。これは、病院固有の制度史を示す公開資料であり、令和8年に同じ基準が効力を持つことを示すものではない。

同号の当該記事は2002年2月21日に行われた式典を記録し、当時の区分ごとの人数・表彰物を示す。史料から確かめられるのはその年度の行事と当時の説明であり、2002年以降の制度継続や2026年の選考裁量を確定するものではない。歴史的記録を比較分析へ用いる場合には、刊行日、式典日、適用された基準、資料作成主体を別項目として管理する。

(677) (過去の定量的表彰区分の記録)

前項の平成14年前期に関する記事には、100時間以上、200時間以上、500時間以上及び1000時間以上という活動時数に関する区分、ならびに三年間継続という区分が記録される。500時間以上ではバッジ、1000時間以上ではバッジと銀杯の贈呈が紹介されている¹⁷³。活動時数・継続期間は確認しやすい実績である一方、支援の質、患者の選択への配慮、帯同指導の負担及び関係性の形成を網羅する指標ではない。

同号の当該記事では、100時間以上6名、200時間以上3名、3年間継続15名、500時間以上6名、1000時間以上7名と報告されている。この数字は記事中の区分別受賞記録であり、重複の有無や同年度の活動員総数を示す母集団統計ではない。受賞者数から継続率、活動の成果又は医療安全への寄与を推計するには追加の定義と資料を要する。

(678) (近年の表彰事例と連続性の限界)

平成28年度にはボランティア感謝状贈呈式が行われたことが2017年発行の病院刊行物に記録される¹⁷⁴。また、2024年8月発行の第111号は、同年3月に長く活動を継続したボランティアへの表彰式を行ったと伝える¹⁷⁵。これらは表彰の継続的な歴史を示唆するが、毎年度の実施、区分及び人数を同一とみなす根拠ではない。

2017年6月発行の第90号「出来事」欄には、平成28年度の表彰で、活動20年の4名を含む計30名へ感謝状が贈呈された旨が記される。これは当該年度の式典に限定した数字として扱い、現年度の活動人数、表彰資格、継続年数分布及び定期開催の有無へ一般化しない。

第111号（2024年8月）の「元気に活動中」と題する写真記事には、にこにこ文庫での受付・図書管理、季節の行事準備、2024年3月25日のボランティア表彰式が同一ページで紹介されている。新型コロナウイルス感染症流行時の活動休止と再開の記述は、活動史の変化を

¹⁷² 東京大学病院『東京大学病院だより』No.37(2002年5月31日), p.8「ボランティア活動員表彰式行われる(2月21日)」https://www.h.u-tokyo.ac.jp/cooperation/dayori/_icsFiles/afieldfile/2019/07/04/dayori37.pdf。

¹⁷³ 同『東京大学病院だより』No.37, p.8。各区分の人数と記念品は当時の記録に属し、現行の推薦・贈呈基準とは区別する。

¹⁷⁴ 東京大学病院『東大病院だより』No.90(2017年6月), 出来事欄「平成28年度ボランティア感謝状贈呈式」https://www.h.u-tokyo.ac.jp/cooperation/dayori/_icsFiles/afieldfile/2019/05/14/dayori90.pdf。

¹⁷⁵ 東京大学病院『東大病院だより』No.111(2024年8月) https://www.h.u-tokyo.ac.jp/cooperation/dayori/_icsFiles/afieldfile/2024/08/20/dayori111.pdf。

裏付ける資料となるが、写真に写る業務の全てについて 2026 年の実施可否、立入区域又は活動資格を確定するものではない。

(679) (公募職務に明記された表彰の企画・運営)

2026 年 8 月の医療運営課採用公告は、活動記録の管理と報告書の作成に加え「表彰等の企画、運営」を当該職位の業務として明記している¹⁷⁶。したがって、表彰実務について企画、実績資料の確認、所定の承認、通知、式典の準備、当日の運営及び終了後の記録を検討することには、募集職務との直接の対応がある。ただし、当該職位への採用希望者が表彰の受賞者又は基準を独自に決定できることを意味しない。

(680) (表彰に係る現行情報の確認項目)

正式な企画の前に確認すべき事項を整理する。

- 一 根拠。現行の表彰規程、内規、要項又は所定の決裁文書の有無。
- 二 対象・基準。登録状態、集計期間、活動時数、継続年数、例外事由及び推薦方式。
- 三 権限。推薦者、審査・確認担当、決定者、主催部署及び式典の責任者。
- 四 手続。実績の締切り、本人確認、異議・訂正、通知時期、辞退可能性。
- 五 資源。会場、予算、記念品、広報、写真撮影、記録保管及び職員の分担。

平成 14 年に公表された数値を現行要項へ転用することなく、確認結果に応じて計画を作成する。

(681) (表彰と日常的な謝意の関係)

正式な表彰制度は貢献を公的に認める一つの方法であり、活動の有無や価値に関する唯一の判定ではない。日常業務における具体的な謝意、改善提案への応答、同伴指導への感謝、本人の希望に沿った学習支援及び活動終了時の挨拶も、相互承認の実践に含まれる。高い活動時数に達していない者の貢献や、本人の事情により休止した者の尊厳が損なわれないよう、正式表彰と日常的支援を補完的に位置づける。

13.8. 表彰・感謝事業の企画、実施および倫理的設計

(682) (表彰企画の目的設定)

表彰の企画目的を、制度で定められた貢献への感謝、継続的な関係の確認、活動員相互の経験共有及び患者サービスを支える協働への理解の促進として整理することを提案する。イベント開催そのものを目的化せず、活動員の参加意思、表彰対象者の意向及び患者・院内業務への影響を確認する。患者サービスの継続に必要な職員配置を儀礼のために損なわず、表彰の形式が本人にとって負担となる場合の代替的な受領方法も検討する。

(683) (実績確定と基準適用の公平性)

現行基準が活動時数又は継続期間を参照する場合、予定時間と実際に確認された時間、研修・同行の扱い、休止期間、集計期間及び記録誤りの訂正方法を区別して確認する。集計は第 18 章の正式台帳に基づくことを原則とし、単一の表計算ファイルで算出した候補名簿を直ちに正式決定とみなさない。資格の有無や表彰の可否に疑義があるときは、所定の権限者に確認し、記録を修正できる手続を確保する。

(684) (表彰形式と参加者の意向)

表彰状、記念品、式典での紹介、少人数での謝意の伝達又は文書による通知といった形式は、正式な予算・規程及び本人の希望の範囲で選択する。式典への出席、顔写真・氏名の広

¹⁷⁶ 東京大学病院「医療運営課特任専門職員募集」、前掲 URL。

報掲載、体験談の発表及び患者からの謝辞を、受賞の当然の条件としない。辞退・欠席の希望がある場合の実務対応、代理受領の可否及び記念品管理は、現行規程に基づいて決める。

(685) (表彰行事の準備と確認手順)

企画・運営上の準備を、次の連続する確認事項として整理する。

- 一 基準の確認と候補資料の作成。集計範囲、過去の表彰との重複及び記録の欠落を点検する。
- 二 承認と本人連絡。権限者による正式決定後に、対象者へ趣旨、形式、日時と希望確認を案内する。
- 三 会場・資材・役割の準備。動線、会場使用条件、必要な備品、職員配置及び式次第を確認する。
- 四 個人情報・広報の確認。氏名、写真、活動実績、動画等について利用目的と公開範囲を別途確認する。
- 五 当日運営と終了処理。欠席・変更への対応、受領の記録、物品管理及び事後の礼状等処理する。

具体的な文書様式と決裁経路は正式な院内資料によって確定する。

(686) (活動時数と象徴的競争への配慮)

表彰制度が活動時数を用いる場合、同じ一時間が同じ内容・負担・価値を表すと仮定しない。数値基準は制度の予見可能性と事務的公平性を支えることがある一方、参加者が時数や序列を最優先する誘因となり、無理な参加や本人の意に沿わない担当の引受けを促す可能性を持つ。第6章の指標化に伴う人間性疎外と主体の物象化の留保を踏まえ、承認の場面でも本人の自由、安全及び患者の意思を損なわない設計を検討する。

(687) (患者を表彰資源として用いない原則)

患者・家族に感謝状への署名、表彰式への出席、体験談の提供又は活動員への謝辞を要請する場合は、患者の自由な意思、プライバシー、療養上の負担及び組織との力関係を慎重に検討する。患者が感謝を示さないことは活動員の価値を否定するものではない。本人の承認欲求を満たすために、受援者を象徴的な受賞根拠や感動的な演出のための資源として扱わない。活動の受け手に関する情報の取得・使用は、第4・5・19章に従う。

13.9. 活動支援・表彰に係る記録、個人情報および説明責任

(688) (相談記録と活動実績・表彰記録の分離)

活動員の相談、通常の活動実績及び表彰関連資料は、利用目的、取扱担当及び機微性が異なる。相談で表明した感情、家庭事情、健康上の懸念等を本人の同意や正式な根拠なく表彰候補台帳に転記しない。活動時数等の実績確認に必要な事務資料と、相談支援に必要な最小限の個別記録を分離し、閲覧権限、保存先、保存年限及び廃棄条件は院内規程の確認事項とする。

(689) (表彰候補者と実績記録の訂正)

表彰候補者資料の作成に際しては、根拠となる集計期間、元台帳、確定済み記録と未確認記録の区別、確認担当者及び決定版を識別する。本人から活動実績の誤りが指摘された場合、再確認の結果を記録し、訂正前の決裁資料が存在する場合は所定の承認手続に従って扱う。機微な理由により活動記録が不完全となった場合でも、本人の事情の詳細を関係者に広く開示する方法を当然視しない。

(690)（写真、氏名および式典資料の利用）

表彰状への氏名記載、会場掲示、集合写真、ウェブサイトや院刊への掲載は、それぞれ利用目的と公開範囲が異なる。院内で表彰されることから対外広報への同意を自動的に推定せず、実施する場合は病院の個人情報・写真・広報に関する規程および必要な本人確認に従う。患者・来院者が背景に写り込む可能性、名札から推認される情報及び電子的な資料の再配布についても事前に確認する。

(691)（相談実績と個別の心理内容の非同一性）

月次又は年次の活動支援報告においては、相談の受付件数、対応が必要となった運営上の類型、処理未了事項及び改善に結び付いた課題を、必要な範囲で集約できる。ただし、相談件数の増加が直ちに悪い活動環境を意味するとは限らず、相談先を知られるようになった結果である可能性もある。個別の心理的事情を公開又は一般配布用の報告書の素材とせず、必要に応じて小規模集団での再識別可能性を検討する。

(692)（苦情、異議及び表彰手続の確認責任）

表彰候補の漏れ、活動実績の相違、贈呈形式への不満又は不公平の疑いが提起された場合、本人の申出と事実を確認し、当該手続に権限を持つ担当者に接続する。表彰基準の変更、例外適用、候補者の最終承認について、相談受付者が自身の判断で決定することを避ける。誤りが判明した場合、訂正と説明の方法を検討し、第 18・21 章の記録品質と規程改訂へつなぐ。

13.10. 支援効果の評価、関係性の尊重および次年度への還流**(693)（支援と表彰を評価する問い）**

継続的支援及び表彰の評価では、単に参加者が何人残ったか、相談が何件処理されたか、何人に賞状を贈ったかに加え、相談しやすい環境が成立していたか、負担が特定者に集中していないか、適切な役割選択が可能であったか、修正を求める声が実際の運営へ反映されたかを検討する。活動員が望まない接触を避けられることも、尊厳と安全を支える成果の一部である。これらの問いを一つの合計点に還元しない。

(694)（観測可能な状態と質的経験の併置）

運営指標として、本人が了承した配置からの直前変更、研修同行の成立、活動員間の負担分布、活動の休止・再開の記録及び表彰資料の訂正件数等を検討できる。一方、これらの観測結果が信頼、相互承認、関係性の生成又は本人の満足を完全に記述するものではない。必要な調査を行う場合は、本人の自発性、調査への回答負担、少数意見及び回答しなかった者の存在を明示し、第 20 章で評価方法を定める。

(695)（関係性と継続率の因果推論の留保）

活動員の継続率が上昇したとしても、相談対応又は表彰の効果と直ちに結論づけることはできない。募集時期、構成年齢・生活条件、感染対策、担当区域の変更、教育・就職の予定及び記録方法の改訂が同時に変わり得る。証拠生成時の制度状態と評価時点の状態を比較し、複数の説明を検討する。第 6 章の帰納の問題、責任の分散、時間依存性及び主体の物象化に関する留保を、支援制度自体の評価にも適用する。

(696)（支援関係が活動設計を変える経路）

活動員の相談から、役割の説明が不足している、交代が難しい、先輩の指導負担が集中している、患者の望まない援助が反復しているなどの課題が明らかになる場合がある。こうした所見は個人の適応不足として処理するだけでなく、第 7 章の企画、第 8 章の募集情報、第

10 章の研修、第 11 章の配置及び第 12 章の当日運営のいずれを見直すべきかを検討する。改善を導入する権限と患者安全上の条件は院内規程に従う。

(697) （年度の節目と承認の持続可能性）

年度末又は表彰後の振返りでは、活動員と職員双方の負担、式典に必要な資源、受賞者と非受賞者の受け止めの差、公開に伴う情報保護上の課題及び長期参加者の継承可能性を検討する。承認を活動員の参加を引き止めるための一方向の誘因として用いるのではなく、適切な貢献を相互に確認し、次年度に必要な支援条件を修正する機会とする。表彰の存在意義と実施方法そのものも定期的な再検討の対象となる。

(698) （正式制度との整合と後続章への接続）

相談の正式受付先、健康・心理上の専門的照会先、ハラスメント等の申立て経路、休止・退出の決定と登録状態、表彰の基準・決裁・予算・実施時期、写真・個人情報の公開手続及び活動実績の確定方法は、着任後に院内資料で確認すべき未確定事項である。本章の設計は第 14・15 章の場面別患者サービス、第 16 章の安全、第 17 章の院内調整、第 18・19 章の情報管理、第 20 章の EBPM による改善及び第 21 章の手続品質・改訂へ連結する。未確認事項を病院の現行慣行として断定しない。

14. 来院者対応、院内案内および移動支援

14.1. 本章の目的、支援対象および公表資料の射程

(699) （本章の目的と業務の位置づけ）

本章は、病院を訪れる者が目的とする窓口、診療区域、検査部門その他の施設に適切に到達し、自らの意思を保ちながら必要な支援を受けられるための、受付案内、院内ガイド及び移動支援の業務設計を整理する。第 7 章の活動企画、第 10 章の研修、第 11 章の配置及び第 12 章の日常運営を、来院者との具体的な対面場面へ接続する。来院者の目的と院内の安全・権限条件をともに把握し、支援を求めない自由及び他者による補助を途中で断る自由を尊重する。本章の細部手続は、公開資料と一般的な安全原則に基づく執筆者の検討案であり、未公開の院内接遇マニュアルを再現するものではない。

(700) （病院による活動内容の公表）

東京大学病院の「にこにこボランティア」活動紹介には、病院内ガイド、受診に関わる代筆及び記載の補助、予約・精算・会計の案内、再来受付機の操作説明、呼出受信機の回収及び補充、目の不自由な方への介助、車いす介助並びに院外処方箋 FAX の使用案内等が記載される¹⁷⁷。令和 8 年の募集資料も外来診療棟玄関ホール等での受診手続の手伝い、検査室等の院内ガイド及び車いす利用者への介助を掲げる¹⁷⁸。公表された活動名は業務の存在を示すが、本人確認、端末の代行操作、患者の身体への接触、診療区域への立入り等の具体的な許容範囲までは確定しない。

(701) （来院者と支援関係の類型）

支援対象となる来院者は、初診患者、再診患者、付き添いの家族等、面会者、医療機関その他からの訪問者を含み得るが、これらの者に適用される受付手続及び立入可能範囲は同一ではない。案内時には、次の事項を区別して確認する。

¹⁷⁷ 東京大学病院「にこにこボランティア」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/cooperation/volunteer/>（2026 年 10 月 8 日参照）。

¹⁷⁸ 東京大学病院「令和 8 年にこにこボランティア募集」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/volunteer/>（2026 年 10 月 8 日参照）。

- 一 来院目的。受診、検査、会計、薬局への移動、入院関連手続、面会又は施設照会等。
- 二 求める支援。情報の説明、方向の提示、目的地までの同行、移動補助又は担当窓口への接続。
- 三 必要な対応主体。ボランティア、総合案内・受付職員、担当部署又は医療専門職。
- 四 制約条件。本人の意思、役割資格、施設の利用条件、感染・安全上の留意事項及び診療上の緊急性。

来院の目的や支援内容が確定できない場合には、推測に基づき診療区域へ連れて行くことよりも適切な正式窓口へ接続することを優先する。

(702) (患者の権利と案内上の基本原則)

病院が公表する「患者さんの権利と責務」は、患者の尊厳・人格、情報及びプライバシーの保護、自身の意思による医療の選択、質問や意見を述べる権利等を掲げる¹⁷⁹。来院案内においても、相手が既に把握している情報、望む移動・説明方法、同行の可否を尋ね、過剰な介入を避ける。援助を受ける者を職員又は活動員の善意の対象として固定せず、目的地や必要な情報を選ぶ主体として扱う。関係的価値は本人の自由な応答の条件のもとで成立し得るものであり、交流や謝意を業務成果として強制しない。

(703) (公表事実、一般原則及び提案の識別)

来院案内の設計に当たっては、病院ホームページに記載された診療棟の位置、受付時間、受診手続及び通行上の注意を第一に確認する。個別部署での許可、当日の入室制限、車いす支援の教育内容、患者の移動介助に係る同意取得方法及び異常時連絡先は、別途院内資料及び当日担当者から確かめる。本章で示す役割チェックリスト、案内状態及び経路の選択原則は執筆者による運営方法の提案であり、病院の正式な許可事項を新設するものではない。

14.2. 病院施設の機能的区分、目的地情報および来院動線

(704) (公開フロア案内に基づく機能区分)

病院の公開「外来診療棟／中央診療棟 1・2」には、外来診療棟の診療科別フロア、中央診療棟 1 の採血・採尿、X 線撮影等、中央診療棟 2 の生理検査、内視鏡、MRI、リハビリテーション及び図書室等が掲げられる¹⁸⁰。案内計画においては、建物名と階数のみに依存せず、受付、診療科、検査、会計、薬剤、相談及び文化的サービスといった機能を目的地情報として識別する。同一建物内にも役割と手続が異なる窓口が存在することを、説明と移動経路の選択に反映する。

(705) (主な目的地の確認例)

令和 8 年時点の公開ページに基づく参照例を次のように整理する。

- 一 外来診療棟 1 階。総合案内、受付・会計、おくすりカウンター、医療福祉・文書受付窓口等。
- 二 中央診療棟 1 の 2 階。採血・採尿の案内先として公表される区域。
- 三 中央診療棟 1 の 1 階。X 線撮影の案内先として公表される区域。
- 四 中央診療棟 2 の 2 階。心電図等の生理検査と入院支援受付の案内先として公表される区域。

¹⁷⁹ 東京大学病院「患者さんの権利と責務」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/kenri/>（2026 年 10 月 8 日参照）。

¹⁸⁰ 東京大学病院「外来診療棟／中央診療棟 1・2」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/shinryoutou/>（2026 年 10 月 8 日参照）。

五 中央診療棟 2 の 6 階。リハビリテーション、臨床試験関連の相談窓口及び「にこにこ文庫」等。

六 中央診療棟 2 の地下 1 階。MRI 等の案内先として公表される区域。

この一覧は全施設を網羅せず、診療科移転、検査場所の変更、通路閉鎖及び運用上の制限があり得るため、現場では当日の最新の掲示又は担当部署の案内により目的地を確定する。公表上の所在をもって活動員の立入許可とみなさない。

(706) (建物間動線と案内可能性の区別)

病院の「交通案内」及び「周辺・病院内地図」は、東大病院前のバス停、大学構内及び病院建物の位置関係を示す¹⁸¹。しかし、地図上で接続して見える区間が、車いす利用者、視覚障害のある者、荷物を携える者及び一般歩行者にとって同様に通行できるとは限らない。経路選択には階差、エレベーター、段差、通路幅、混雑、傾斜、立入制限及び移動者の希望を含めて検討する。これらの属性値は公開地図から一律に確定できないため、実地確認及び院内の正式な案内資料を要する。「交通案内」には複数の交通機関と病院前停留所、駅からの徒歩経路が記載されるが、所要時間の概算は患者ごとの到達性・安全性を保証する指標ではない。建物配置上の接続、現在通行可能な区間、本人にとって安全な実用経路を独立して確認することを、経路グラフの辺の三つの属性として提案する。¹⁸²

(707) (機能分区と配置分区の関係)

第 11 章の配置上の「区域」は建物や階そのものではなく、一定の役割、アクセス条件及び連絡関係によって同定される機能的単位である。外来診療棟 1 階に複数窓口が集中するとき、同じ場所であっても初診受付の説明、再診の操作案内、会計への誘導及び患者相談への紹介は異なる知識と判断を要する。配置単位を定める際には、対象となる問い合わせ類型、職員への照会経路、同時に引き受け得る案内の量及び同行時の持ち場不在を別々に把握する。案内件数が多い位置への集中配置が他区域の支援機会を失わせないかも検討する。

(708) (公開情報の更新と現場照合)

フロア案内、病院名、窓口番号、受付時間及びデジタルサービスの機能は時間とともに変更され得る。執筆者が参照したウェブページの閲覧日、案内用に掲示する情報の改訂日、現場職員から受けた変更情報及び当日の実際の状況を区別する。未確認の変更を案内図に即時反映して既成事実化することも、旧資料が残ることを理由に変更を無視することも避ける。正式な改訂情報がある場合は適切な権限者に照会し、案内に使用する資料の最新版を確認する。

(709) (案内計画の供給と需要の把握)

院内案内は「一件の問い合わせに応じて道順を告げる行為」にとどまらず、受付機の混雑、診療科の分布、検査部門への移動、車いす利用者の介助及び案内者の移動による持ち場の空白に関係する。企画担当は時間帯別・機能区域別の問い合わせ発生、同行時間、職員への照会、援助の辞退及び対応困難事案を、必要な範囲で把握することを検討する。第 7 章の需要形成と第 11 章の配置へ還流し、患者の診療情報を集積しなくても運営を改善できる情報の粒度を優先する。

¹⁸¹ 東京大学病院「交通案内」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/access/>、同「周辺・病院内地図」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/access/map/>（2026 年 10 月 8 日参照）。

¹⁸² 東京大学病院「交通案内」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/access/>、同「周辺・病院内地図」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/access/map/>。公開地図から院内の一時的な通行制限を推認しない。

14.3. 初診、再診、検査および会計の受付案内

(710) （初診の公表手続と説明範囲）

病院の「初診の方へ」は原則予約制を公表し、受付開始を 8 時 25 分、予約のない方の当日受付を 11 時までと案内する。また、東京大学病院を受診した経験があっても別の診療科を初めて受診する場合や、前回来院から一年以上経過した場合は原則として初診手続が必要となる¹⁸³。公表手続は診療申込書の記入、初診窓口 ① での整理券取得、診療券・受診票・呼出受信機の受領、診療科フロア受付、診察・検査、計算窓口 ⑥ 及び支払窓口 ⑧ 等から構成される。活動員は患者が現在どの段階にいるかを把握して適切な窓口へ接続する。紹介状や保険資格の法的・医療的評価、当日の診療可否、通訳の提供可能性及び受診順序の変更は所定の職員の判断による。案内に必要な事項のみを尋ね、個別の診療情報を説明の対価として要求しない。

(711) （初診手続における記載補助の境界）

病院は受診に関わる代筆及び記載のお手伝いをボランティア活動の一つとして紹介している。ただし、診療申込書には氏名、住所、連絡先等の個人情報が含まれ、場合によっては支援者が健康・保険関連情報に触れる可能性もある。記載補助の具体的な許可範囲は所管に確認し、本人が内容を確認しながら必要事項を記入できるよう支援する方法を基本案とする。代筆を行う場合の本人同意、内容の読み上げ、代理署名の禁止又は可否、書類の運搬及び返却手続は、正式な院内規程に従い、善意だけで本人の意思を代行しない。

(712) （再診の受付方式と例外の分岐）

病院の「再診の方へ」は原則予約制とし、再来受付機 ⑩ の受付を 8 時 00 分から 15 時 30 分、予約窓口 ⑤ の受付を 8 時 25 分から 17 時 00 分と示している¹⁸⁴。再来受付機は予約及び診療券を有する場合の導線であり、診療券の失念、予約なし、予約時刻超過又は 15 時 30 分以降の来院は予約窓口 ⑤ への案内が掲げられる。初めて受診する診療科がある場合には、過去の病院受診経験のみから再診扱いとせず、初診窓口 ① での手続との区分を確認する。活動員が患者に説明する際は、手段、来院時点、当日のシステム稼働状況及び担当窓口を合わせて検討する。機械の表示時刻を過ぎてから来院したことと、診療を受けられることの保証とは別の問題であり、窓口への適切な接続を優先する。

(713) （検査部門への案内と診療情報の判断権限）

採血・採尿、画像検査、生理検査及びリハビリテーション等は、目的地、事前準備、呼出方式及び受付条件が異なる。担当者は、来院者が持参する受診票又は所管から案内された目的地を用いて方向を確認することができる場合でも、検査の必要性、禁忌、緊急性、検査順序及び医療上の説明を独自に判断しない。受診票とフロア案内の行先が食い違う場合は、受診者本人の了解のもとで担当受付又は検査部門に照会する。問い合わせの一部が不明であることを理由に、患者本人の診療内容を周囲へ聞こえる形で詳述させない。同院の公開 FAQ は、検査予約の変更について、検査の医学的時期・条件及び変動する予約状況を踏まえて、原則として診療科を再受診して医師に相談する必要があると説明する。予約センターが受診予約の入口となり得ることと、検査予約そのものを変更する権限を持つことは別である。¹⁸⁵案内

¹⁸³ 東京大学病院「初診の方へ」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/shoshin/>（2026 年 10 月 8 日閲覧）。公表時間は変更され得るため当日の窓口表示が優先する。

¹⁸⁴ 東京大学病院「再診の方へ」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/saishin/>（2026 年 10 月 8 日閲覧）。

¹⁸⁵ 東京大学病院「よくあるご質問」外来受診に関する検査予約の変更、<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/faq/>（2026 年 10 月 8 日参照）。

担当者は「受付できる手続」「所管へ接続すべき判断」「患者本人が診療科と相談する内容」を段階的に整理し、代理で日時を確定したと誤解される説明を避ける。

(714) （会計及び薬局への誘導）

病院の初診手続案内は、診察・検査後のフロア受付、計算窓口（案内図番号 6）、支払窓口（案内図番号 8）及びおくすり窓口（案内図番号 9）等の段階を掲げる。案内者は窓口の位置、受付又は支払の一般的な順序を説明し、金額計算、保険資格の判定、未収金の取扱い、処方内容又は薬剤交付の判断は関係部署へ引き継ぐ。院外処方箋 FAX の利用案内も公表された活動類型であるが、送信先の決定、処方情報の確認、誤送信への対応等は正式な情報管理・薬事上の取扱いを要する。本人情報を含む紙又は画面を活動員が保持する範囲は院内の手続に従う。

(715) （窓口案内の状態と誤案内への応答）

手続案内においては、来院者の質問を受けた状態、行先を確認中の状態、正式窓口での確認が必要な状態、案内又は同行を終えた状態を区別する。誤案内が疑われる場合、本人を急がせて別の窓口へ繰り返し移動させる前に、信頼できる案内情報と担当職員の確認を得ることを提案する。誤りを隠すために未確認の診療情報を断定したり、患者へ責任を転嫁したりせず、必要に応じて案内内容の訂正及び関係部署への情報共有を行う。

14.4. 来院者の意思確認、接遇、多様な意思疎通および合理的配慮

(716) （対面での初期確認）

来院者への初期応答は、声をかける必要性、相手の受入意思、尋ねられている目的及び対応する役割の確定から開始する。相手の外見、年齢、障害の有無についての推測から援助の必要性を断定しない。案内を求められた際には、相手が既に知っていることと、追加で必要とする説明の範囲を確認する。長い説明を一度に与える代わりに、本人が理解しやすい単位で伝え、希望がある場合には公表された案内図等を用いる。

(717) （本人の自律と選択可能な支援形態）

支援方法は一つの正解に固定されず、口頭での方向案内、掲示物の指示、地図への誘導、職員への紹介及び適切な同行等の複数形式があり得る。本人が自力で移動したいと希望するときは、それを尊重し、必要に応じて案内先のみを伝える。援助の拒否、途中での変更及び説明の再確認に対して、恩義の要求や不満を示さない。患者・来院者が決定できる範囲と、院内安全上の正式な制限がある範囲を区別する。

(718) （視覚・聴覚・認知上の多様な案内需要）

情報の受取りや移動の仕方には多様性がある。具体的な対応方法の選択は、本人の希望、研修を受けた活動員の能力、施設設備及び必要な専門職の判断による。文字を読み取りにくい者には読み上げや情報の分節、音声聞き取りにくい者には表示や筆談、複雑な説明が難しい場面には短い順序立てた説明が考えられるが、各方法を本人の状態に一律に割り当てない。視覚障害者への身体的誘導を行う場合は、院内で認められた研修・手順を満たすことを前提とする。

(719) （言語的障壁と専門的通訳の境界）

東京大学病院の初診・再診の案内ページは、日本語での診療上の意思疎通に不安のある方へ事前準備を促し、診療の円滑な実施が難しいと判断された場合には再予約をお願いする可能性を知らせている¹⁸⁶。来院者が道順や窓口番号を把握できることと、治療内容・医学的

¹⁸⁶ 東京大学病院「初診の方へ」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/shoshin/>、「再診の方へ」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/shoshin/>

危険・意思決定について相互に理解できることは異なる。活動員は平易な言語、視覚的案内及び許された公開資料を活用しながら、本人の理解状況と希望を確かめる。医療上の説明・同意又は法的な権利義務に関する通訳は、院内で指定された専門的支援へ接続する。本人の情報を未承認の翻訳アプリや外部 AI に入力しないことと、多言語による適切な案内へのアクセスを模索することを、両立させる必要がある。

(720)（支援を受けることの意味と関係性の倫理）

病院で偶然出会った他者による支援は、患者・来院者と活動員の間に短時間の信頼や相互承認を生むことがあり、活動員相互や職員との協働にも影響し得る。この可能性は本指針の GR による分析であり、病院が所定の成果指標としているという意味ではない。患者が会話を続けることや感謝を示すことは要求されず、活動員にも特定の関係を形成する義務は課されない。必要な支援が適切に終了すること、本人の自由を損なわないことも支援の価値として認識する。

(721)（情報のアクセシビリティと理解可能な選択）

本人の意思の確認に先立って、本人が説明にアクセスできる条件を点検する。読みやすい表現、指差し・筆談・読み上げ、案内表示の確認、必要な時間の確保等は、院内で許可される範囲で候補となる。理解が難しいことと本人に選択能力がないことは別であり、障害又は言語を根拠とする一律の判断を避ける。医療情報の翻訳、通訳配置、医学的説明又は代理同意の所管は、病院が定める正式手続に接続する。

(722)（トラウマ・インフォームドな接遇の試行原則）

病院内では、受診に伴う不安、重大な病状に関する恐れ、過去の体験及び制度に対する不信が、案内の受け取り方に影響する可能性がある。SAMHSA の実践枠組みを参考に、安全感、予測可能性、本人の声と選択、透明な説明、協働と尊重を接遇設計の候補とする。¹⁸⁷患者に病歴や精神的外傷を尋ねて分類することは避け、嫌がる説明や接触を繰り返さず、必要な専門的相談を正式部署へつなぐ。

六原則には、個人への接遇だけでなくピアサポート、文化・歴史・ジェンダーの差異、組織の意思決定における透明性が含まれる。従って、本人が説明を拒んだ場合にそれを尊重することと、拒否を病状や心理歴の指標として記録することを切り離す。GR による関係的解釈では、安心して断れる制度と権力勾配の存在を検討するが、それを実際の患者の内面についての確認済み知見とは扱わない。

(723)（支援方法を選べる接遇と身体接触の条件）

来院者が目的地の確認のみを望むのか、同行、筆談、視覚的説明又は職員への引継ぎを望むのかを区別する。指差しや説明で十分な場合に、本人が希望しない身体への接触や所持品の移動を加えない。視覚、聴覚、言語又は認知の差異から活動員が勝手に介助内容を拡張せず、院内で定められた許可・安全研修及び必要な専門職の判断を優先する。選択を示すことは、現場の職員が案内の一部を担う必要を否定しない。本人の同意は関係形成上の重要な条件であるが、それだけで身体介助や医療機器に係る行為の担当権限が生じるわけではない。本人の意思、活動員の許可・研修及び現場の危険を独立に確認する。

//www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/saishin/（2026 年 10 月 8 日閲覧）。これらのページだけで病院の通訳供給量、言語別体制又は個別支援手順は確定しない。

¹⁸⁷Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*（2014 年）<https://library.samhsa.gov/sites/default/files/sma14-4884.pdf>。米国における実践的枠組みとして参照し、国内法上の義務又は病院の現行研修内容とはみなさない。

5958 (724) (情報が伝わらない場面の原因分析)

5959 説明を繰り返しても相手が目的地や受付の仕方を理解できない場合、その理由を患者個人
5960 人の理解不足だけに帰さない。院内表示の配置、音環境、言語、疲労、手続変更、説明者側の
5961 情報の確かさ等も検討する。正式な通訳・専門支援が必要なときは活動員自身が医療内容を
5962 翻訳して判断せず、所定の接続先へ移す。活動記録には人格的な評価語を残さず、改善可能
5963 な案内条件を必要最小限で記す。

5964 14.5. 紙媒体、受付機器および外来受診支援アプリの利用案内

5965 (725) (案内媒体の種類と補完性)

5966 院内案内に利用し得る媒体を、窓口職員による説明、掲示及びフロアマップ、紙の受診
5967 票・呼出受信機、再来受付機、スマートフォンの外来受診支援アプリに区分する。これらは
5968 全員が同じ条件で利用できるものではない。端末を利用しない者、操作に不慣れな者、通信
5969 環境の制約がある者又は機器の利用を希望しない者への代替経路を把握する。新技術の導入
5970 を理由に、人的案内又は公式の受付経路の存在を無視しない。

5971 (726) (外来受診支援アプリの公開機能)

5972 東京大学病院はLINEを利用する「外来受診支援アプリ」を案内し、予約確認、前日通知、
5973 再来受付、診察順番・呼出の確認、会計完了通知及びあと払い等の機能を公表する¹⁸⁸。公表さ
5974 れる登録過程には、当日発行の受診票の二次元コードの読取、LINEの利用許可及び生年月日
5975 の入力等がある。アプリによる再来受付は平日8時00分から16時15分、病院敷地内という
5976 条件を有し、位置情報及び通知の端末設定や電波状況にも左右される。公開ガイドにはLINE
5977 ミニアプリからの通知と既読状態に関する操作上の留意もある。活動員による支援は、一般
5978 的操作説明、本人による個別確認、正式窓口への照会を区別して行う。スマートフォンを所
5979 持しない、利用を希望しない又は技術的に利用できない患者の支援可能性も、対面案内と窓
5980 口により保つ。これらの公開機能は活動員による代理操作の許可を意味しない。

5981 (727) (端末支援における情報取扱いの区別)

5982 端末利用の補助では、一般的な画面構成を説明すること、患者本人が選択・入力・操作
5983 すること、通信障害又は認証上の問題を病院の所管へ引き継ぐことを別々の行為として把握
5984 する。病院の公表ページによる登録過程には当日限り有効な受診票の二次元コード及び生年
5985 月日が含まれる¹⁸⁹。活動員は、診療券番号、受診票、氏名、生年月日、通知、診療に関する表
5986 示、決済情報及び本人の端末内の情報を、院内の具体的な許可なく撮影・転送・複写しない。
5987 画面を本人と共に見ながら説明する場合にも、見えた情報を一般活動記録に残す理由とはし
5988 ない。本人の了解があっても活動員の職務上の許可が独立に必要となることに留意し、決済
5989 情報入力、本人になり代わる登録や操作、遠隔支援ツールの利用及び外部AIへの入力は、個
5990 別の承認なしに行わない。必要な代替経路を案内すること自体を支援成果として認める。

5991 (728) (受付時間の複数性と誤説明の予防)

5992 同じ「再来受付」という語でも、再来受付機、予約窓口及びアプリでは、受け付ける対象、
5993 時間及び利用条件が異なる。2026年10月8日閲覧の公開案内では、再来受付機④が8時00
5994 分から15時30分、予約窓口⑤が8時25分から17時00分、アプリ再来受付が平日8時00

¹⁸⁸東京大学病院「外来受診支援アプリのご案内」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/gairai-app/>、「使い方がガイド」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/gairai-app/tsukaikata/>（2026年10月8日閲覧）。

¹⁸⁹東京大学病院「外来受診支援アプリのご案内」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/gairai-app/>（2026年10月8日閲覧）。

分から 16 時 15 分であり、アプリには病院敷地内という条件がある¹⁹⁰。分析上、時刻を t 、来院者の位置・端末状態等の条件の組を x とおけば、受付機、窓口及びアプリについて、それぞれ公表条件を満たすかを表す真偽値 $R_m(t)$ 、 $R_w(t)$ 、 $R_a(t, x)$ を区別できる。ただし、これらの判別式は利用許可や実際の受付完了の証明ではない。正式な案内で当日の稼働と対象を確認し、アプリが利用不可である患者を窓口へ接続する。時間差を患者の責任に機械的に帰属させず、説明・案内媒体の改善余地も記録の上で検討する。

(729) (機器案内の教育と改訂)

再来受付機、呼出受信機、FAX 及びアプリの利用案内には、共通の接遇能力に加え各機器の更新に追従する知識を要する。研修資料の改訂日、操作説明の最新版、動作しない場合の連絡先、利用者が自ら選べる代替方法及び安全上の留意点を、教育上の確認項目として提案する。操作の成功件数のみで支援の質を評価せず、本人が納得して手続へ進めたか、個人情報に不必要に触れずに済んだかを併せて検討する。

14.6. 車いす利用、視覚障害等に関する移動支援と安全上の分界

(730) (移動支援の許容性を構成する条件)

身体的な移動支援は、通常の行先説明と区別し、本人の求める支援、実施者の研修・役割資格、使用機器の状態、経路の安全及び所管職員への連絡可能性を同時に確認する対象とする。令和 8 年の募集資料に車いす利用者の介助が掲げられることは、すべての活動員が任意の移乗、姿勢変更、身体保持又は搬送を行えることを意味しない¹⁹¹。活動内容と身体介入の許可範囲に不明点があるときは、開始前に担当職員へ確認し、資格外の対応を行わない。

(731) (院内で公表されている車いす通行上の注意)

病院の「来院される皆様へのお願い」は、車いす及び電動車いすについて、院内での低速利用、前方の患者を追い越さないこと、廊下の交差箇所での一時停止を示す。また、ハンドル形電動車いすであるシニアカーの院内利用を控えるよう案内する¹⁹²。活動員はこれらの公表規則を理解し、車いす利用者に伝える際も非難や一律の能力判断を避ける。院内外の取扱い及び例外の判断については正式担当者に照会する。なお、この通行上の注意から、活動員が車いすを押す際の技術的細目まで導くことはできない。

(732) (介助前に確認する本人の意思)

車いす又は歩行に関する支援では、相手の意向を確かめたうえで、どの場所まで、何を、どのように補助することを望むかを確認する。本人が自分で車いすを操作している場合、その操作権を当然に活動員へ移すことはせず、移動速度、休止の希望、同伴者との関係及び途中での中止意思を尊重する。本人による意思表示が難しい場面でも、同行者の希望だけで身体介入の可否を決めず、必要な職員の判断と正式手続につなぐ。医療上の安全性に疑義がある場合は、活動員自身で適否を医学的に判定しない。

(733) (身体に接触する行為と専門職への接続)

身体を持ち上げ、車いすと椅子・ベッドとの移乗、立位保持、転倒後の身体移動、医療機器が装着された者の介助及び身体状態の急変への対応は、非臨床の案内活動と区別して扱う。

¹⁹⁰ 東京大学病院「再診の方へ」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/saishin/>、「外来受診支援アプリのご案内」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/gairai-app/>。これらは三つの独立した公開時間であり、診察の可否・窓口の裁量を規定しない。

¹⁹¹ 東京大学病院「令和 8 年にここのボランティア募集」、前掲 URL。研修項目には車いす介助等が含まれるが、許可される身体介助の範囲と具体的な移乗技術等は公表資料から確定できない。

¹⁹² 東京大学病院「来院される皆様へのお願い」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/onegai/>（2026 年 10 月 8 日参照）。

これらの行為を実施するための資格、研修、介助者数及び具体的方法は病院の正式手順に依拠する。活動員は自己判断で身体的介入を拡張せず、専門職又は所管の職員による評価・対応を要する場面では速やかに連絡する。専門職の判断に接続することは支援の放棄ではなく、本人の安全と活動員の責任範囲を守る業務である。

(734) (移動経路の条件と可達性)

車いすを用いた移動又は誘導では、段差、エレベーター、勾配、扉、曲がり角、通路の混雑、床面及び一時的な通行規制を、当日の経路条件として把握することを提案する。目的地までの物理的距離が短いことは、安全又は本人の負担の小ささを保証しない。許可された経路について、適切な可達性が確認できない場合は、独断で別ルートや立入制限区域へ進まず、正式な案内先に照会する。具体的な所要時間、バリアフリー設備の可用状態及び必要な介助者数は、実地確認なしに数値化しない。

(735) (視覚障害者の誘導と環境情報の提示)

病院の活動紹介には目の不自由な方への介助が示される。視覚障害のある者への支援では、本人が求める方法を聞き、行先、進行方向、周囲の障害物及び手続の次段階について必要な情報を提供する。身体を保持して誘導する方法、階段・エスカレーターの利用、白杖・盲導犬等に関連する留意事項は、一般的な推測ではなく認められた研修及び病院の指示によって確認する。本人の持ち物や補助具を許可なく移動させない。支援の終了地点と次の対応者を確認し、本人が必要な情報を欠いた状態に置かれないよう配慮する。

(736) (介助資格、帯同及び第 11 章モデルとの接続)

移動支援を配置計画に含める場合、資格の確認は活動員単位だけでなく、支援内容、区域、使用機器、同行の必要性及び当日の条件との組合せによって行う。累計 18 時間の新人帯同期間¹⁹³にある者の参加は、独立した身体介助能力を意味しない。第 11 章の数理モデルにおいては、実施可能性が未確認の移動支援を需要充足に計上せず、先輩の同行に必要な時間と双方の配置を別途確保する。身体支援に関する事故及び不適合は第 16 章の安全管理へ接続する。

(737) (身体への接触と補助具への介入の意思確認)

車いす、歩行補助具又は身体に手を触れる前に、本人の希望、必要性、対象動作及び活動員の研修・許可範囲を確認する。急な押し出し、身体の拘束、本人の意向に反する進路変更等は、転倒や不安、尊厳の侵害につながり得る。必要な身体介助を本人が求めても、その動作が活動員の権限外であれば専門職又は正式担当者に連絡する。本条は特定の移乗手技の実施を許可するものではない。

(738) (移動支援における本人意思と介助行為の具体的射程)

行先を説明する、道中を同行する、車いすを押す、身体を支える、装具や安全ベルトに触れることは同一の行為ではない。本人の選択と具体的な支援内容について確認し、訓練及び許可の範囲を逸脱する介助は所管の職員に引き継ぐ。患者の意思表示が困難な場合も、その理由だけで活動員が臨床的な同意能力を判断したり、代理者として意思決定したりしない。危険が差し迫る場面では、安全確保の初動と専門職への連絡を優先し、その後の法的評価と区別する。

身体への接触を伴う介助では、本人の了解という一条件に加えて、病院の業務範囲、研修、転倒リスク、使用器具及び当日の医療上の制約を確認する。本人が支援を希望していても、志願活動員に認められない行為は正式担当者へ引き継ぐ。道案内の手段変更で解決でき

¹⁹³ 東京大学病院「にこにこボランティア募集」FAQ、前掲 URL。

る障壁と、医療判断や複数職種の連携を要する障壁を別項目として扱い、必要な支援を拒むことにつながらないよう代替経路を提示する。

(739)（移動経路の引継ぎによる注意事項の連続性）

外来受付、検査部門、病棟など異なる区域の間で支援を移管する際には、単に目的地まで到達したかのみでなく、次の担当者が引受を確認したか、活動員の支援行為がどこで終了するかを区別する。引継ぎ内容は転倒予防や安全な案内に必要な範囲とし、診断名、病歴その他の機微情報を任意に追記しない。途中で本人が同行を拒否した場合、支援の終了と必要な安全上の連絡を別々に検討する。

同行支援を区切る位置は、単に経路上の最短点で選ばず、引継ぎを受ける者が実際に到達していること、本人が交代を認識できること、介助が途切れても危険が生じない状況かを確認する。交代を通知した時点、相手が応答した時点及び本人への説明が成立した時点は一致しない場合がある。安全が確保できない引継ぎは形式的な連絡済みとして終結させず、病院の正式な担当者へ援助を求める。

(740)（歩行介助判例から得られる案内支援の検討視角）

東京地裁平成 10 年 7 月 28 日の事案に関する公開二次資料は、付き添いの引受、本人の移動・待機の状態、声掛け、離脱理由、離脱場所の環境及びその間の行動という、時間的に変化する条件を伝えている¹⁹⁴。案内、同行、見守り、身体接触は、単に「介助」の一語で置き換えられるべきではない。活動員がその場を離れる理由が合理的であっても、患者の移動状態、説明の伝達、代替手段及び院内で承認された支援範囲の確認は別に必要となる。他方、判決の個別結論を一般的な「常時監視義務」の根拠とも、短時間の離脱が常に許容される根拠とも扱わない。本人の意思及び活動員の許可範囲と、変化し得る危険を時間順に検討する方法として参照する。

(741)（一時的離脱と交代者不在の仮想事例）

【仮想事例】移動に見守りを必要とする来院者に活動員が同行し、案内用端末の確認のため数分間その場を離れる可能性が生じた場合を考える。本人が一人で待てるかとの判断を活動員が医学的に確定したり、配置表の「見守り済」という表示だけで支援を完了とみなしたりしない。活動範囲内で本人の意向を確認し、必要に応じて担当職員に連絡し、許可された交代・待機方法を確認する。後日の評価では、離脱の理由、本人が知り得た情報、代替策及び実際の状況を別々に記録する。

(742)（車いす支援における同意と専門的限界の仮想事例）

【仮想事例】来院者が車いすで検査室への移動を希望するが、医療機器又は身体の移乗を伴う場合を考える。本人の希望は尊重されるが、それだけで活動員に医療的移動介助の資格が生じるわけではない。調整担当者は、本人の希望、当該職種・役割に認められた行為、経路及び専門職への接続を別々に確認する。実施できない行為があるときは、その理由と適切な代替案を説明し、本人の尊厳を損なう形で単に放置しない。

14.7. 区域間の同行、引継ぎおよび関係部署との調整

(743)（口頭案内、同行及び引継ぎの相違）

来院者の支援は、口頭又は掲示による行先の説明、目的地への同行、目的窓口での接続という異なる状態を持つ。口頭で道順を示したときと、相手とともに移動して到着したとき

¹⁹⁴高村浩「介護事故の裁判例」『総合リハビリテーション』32 巻 3 号（2004 年）公開抄録<https://webview.is-ho.jp/journal/detail/abs/10.11477/mf.1552100715>。原判決の独自確認は未了。

と、担当職員が案内を引き受けたときとは同じではない。活動員が持ち場を離れる同行を行う場合、担当区域の残余需要、同行時間、元の配置への復帰及び他の活動員との分担に影響する。同行の可否と引継ぎ方法は、事前に第 11・12 章の運営条件として確認する。

(744) (患者受付から検査・診療区域への接続)

外来受付、各階フロア受付、検査受付その他の部署の間では、来院者が必要とする情報と、各部署が正式に確認する情報が異なる。活動員の役割は、目的地の位置や案内の一般的手順を説明し、必要な部署へ人をつなぐことであって、次の部門の業務開始を代理決定することではない。目的地への到着後も、本人が窓口を見つけたか、職員への照会が必要かを確認することを提案する。担当部署の正式な受付が完了したかどうかは所管の手続によって判断される。

(745) (案内対象の途中変更と再確認)

移動中に、来院者が新たな用件を伝える、体調が変化する、施設の利用状況が変わる、又は目的地の案内が誤っていたことが分かる場合がある。そのときは、旧目的、変更された目的、当該場面での本人の意思及び担当部署への照会の必要性を再確認する。活動員が自分の経路計画を正当化するために本人を移動させ続けず、適切な場所で立ち止まり連絡できる条件を確保する。支援目的の変更が身体的介助の種類の変更を伴うときは、役割資格を改めて確認する。

(746) (案内の持ち場と同行需要の同時発生)

外来診療棟の案内位置で複数の来院者から質問を受け、うち一人に同行支援が必要となる場合、案内員がその場を離れることによって別の需要が未充足となり得る。第 11 章の配置モデルでは、同時刻の単独担当と長距離同行を相互排他的な役割として扱う方法を検討する。同行を必要とする者への支援を抑制するために数理的制約を用いるのではなく、事前の配置、援助可能な追加人員及び公式窓口への接続を設計する。どの程度の同行需要があるかは実測を必要とする。

(747) (移動支援の引継ぎ情報の最小化)

目的窓口又は別の活動員に支援を引き継ぐ際、行先、現在の支援状態、未確認の実務事項、必要な安全上の連絡と本人の希望を必要な範囲で伝える。患者の病名、検査結果、家族事情及び医療上の推測を無用に伝達しない。移動経路に関する案内情報と、診療上の判断に関わる情報の扱いを分ける。本人の同意なく広い連絡網に個別の所在・受診目的を共有することを避け、正式な例外報告が必要な場合は院内規程を優先する。

14.8. 支援困難事象、緊急性の認識および正式窓口への接続

(748) (案内と医療上の緊急事象の区別)

来院者が転倒、意識状態の変化、強い苦痛その他の緊急を疑わせる状態を示した場合、通常の案内を継続することよりも安全を確保し、院内で定められた緊急連絡・職員呼出しの経路につなぐことを優先する。活動員は診断を行わず、本人を無理に移動させず、自らの資格外の医療行為を行わない。緊急通報手段、連絡先、通報の優先順位、現場での待機・誘導の役割等は、院内の安全マニュアル及び第 16 章により確定する。緊急性の確認を報告書の作成後に先送りしない。

(749) (迷子、目的地不明、立入不可の対応)

来院者が目的地を特定できず、不明な建物や部屋を尋ねる場合、知識の不足を隠すために未確認の経路を示さない。本人が示せる公式案内、予約情報の記載、施設の掲示等から必

要な範囲で目的地を確認し、確認できないときは総合案内又は所管部署へ紹介する。立入制限区域、関係者専用通路及び病棟への移動は、目的地を知っていることのみを根拠に活動員が許可しない。同行中に許可外の区域に遭遇したときは、そこで担当職員の確認を求める。

(750) （苦情、診療内容への質問及び相談の分流）

来院者が受付対応、医療上の説明、待ち時間又は職員の態度に不満を表明した場合、必要な範囲で意見を聴き、患者相談等の正式な窓口を案内する。病院の「患者相談・臨床倫理センター」は、患者相談対応チームと患者サービスチーム等の異なる機能を公表している¹⁹⁵。活動員が診療の妥当性、医療過誤、個別職員の過失又は賠償の可否をその場で判断せず、相談の受領と判断権限を区別する。来院者の訴えを業務の邪魔として退けず、適切な接続を支援する。

(751) （活動員への不適切な要求と安全な終了）

活動員が診療情報の開示、職員のなりすまし、許されない身体的介助、金銭の預かり、個人的連絡先の交換又は担当外施設への立入りを求められた場合、個人の裁量で応じることはせず、役割の境界を丁寧に説明し必要な部署に接続する。威圧、差別、ハラスメント又は身体的危険を伴う場面では、活動員本人の安全を確保し、第 12・13・16・17 章に従い正式な対応を求める。支援の継続を善意や忍耐の証明として要求せず、支援を安全に終了する選択肢を制度上確保する。

(752) （通信障害、設備停止及び感染対策による変更）

再来受付機、呼出受信機、アプリ、エレベーターその他の設備が利用できない場合、案内する者は機器・設備の停止と、代替窓口又は経路の正式な可用性を区別する。通信障害時に個人端末の画面や本人情報を不必要に収集せず、担当職員の指示を受ける。感染対策、通路の規制及び部署の受入停止による変更は当日の正式な掲示又は連絡に従う。平常時の案内図から緊急時の通行可能性を推定しない。

(753) （悲嘆、終末期及び精神的支援の境界）

来院者の悲嘆、死別、重大な診断への不安又は精神的支援の希望に接した場合、本人の沈黙、対話希望及び断る自由を尊重する。共感的な聴取は許可された通常の接遇範囲で行い、安易な励まし、治療の見通しの断言、宗教的勧誘又は心理的診断に踏み込まない。医療的な緩和ケア、専門的心理支援、社会福祉相談及び信仰・精神的ケアに関する正式の支援経路は院内で確認する。

14.9. 案内記録、情報保護および説明可能な運営

(754) （案内記録の対象と目的限定）

来院案内の記録は、配置の改善、研修の必要性、案内情報の誤り及び安全上の例外の把握を主たる目的とする。日常の集計に必要な範囲を超えて患者の氏名、病名、患者番号、診療科歴及び具体的な受診理由を収集しない。業務上、特定の事象について個人を識別する正式記録が必要な場合は、院内の所管手続を用い、一般的な志願者活動日誌又は個人の表計算ファイルへ混載しない。第 18 章の活動記録と第 19 章の情報ガバナンスへ接続する。

(755) （記録すべき案内条件と状態）

匿名又は集約された業務改善用データの候補として、

¹⁹⁵ 東京大学病院「患者相談・臨床倫理センター」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/depts/soudan/>（2026 年 10 月 8 日参照）。

一 発生時点と担当の機能区域。

二 問合せ類型。初診、再診、検査、会計、施設、移動、その他。

三 提供した支援形態。口頭説明、資料提示、同行、正式窓口への接続等。

四 結果の状態。案内完了、照会済み、引継ぎ中、対応困難又は不明。

五 原因・環境。案内表示の相違、混雑、機器不具合、移動経路上の障害等。

を検討できる。ただし、少数の特殊事象の組合せから個人を推知し得るため、集計と公開の可否は別個に審査する。

(756)（診療情報、画面及び受診書類の管理）

受診票、診療券、紹介状及び電子端末の画面は、案内業務に必要な一時的な参照が生じ得るとしても、活動員が保管又は複製できる資料とは限らない。誰が閲覧できるか、手で保持してよいか、代筆後にどう返却するか、紙片やメモの廃棄をどう行うかを、正式な院内手順で確認する。活動員自身のスマートフォン、私用メール及び一般的なメッセージアプリへ診療情報を送信しない。業務改善を理由として外部の生成 AI へ個人情報を入力しない。

(757)（誤案内、ヒヤリ・ハット及び原因の区分）

誤案内や支援上の困難が生じた場合、確認済みの事実、本人及び担当者の受け止め、環境上の条件、記録の不足及び実際に行った訂正を区別する。原因を活動員の不注意のみに帰す前に、旧地図、窓口名称の変更、教育資料の不足、配置上の一人対応、過度の同行負担及び情報共有の遅延を点検する。事故・安全報告を要する場合は正式な院内手続を優先し、改善用の一般記録だけで代替しない。本人の尊厳を保護しつつ、継続的に同種の事象が生じる構造を検討する。

(758)（患者の声の取扱いと責任の所在）

案内活動に対する患者又は来院者の意見は、企画改善上の重要な情報となり得るが、感謝や苦情の有無を当該支援の唯一の評価としない。声を得やすい者と表明しにくい者との偏り、活動員又は病院職員への遠慮、受診に伴う負担及び案内に満足していても返答しない者の存在を意識する。患者の声を個人活動員の順位付けに直結させず、具体的な条件と改善可能性を検討する。個人に関する正式な対応判断は権限を持つ部署に属する。

14.10. 配置計画、業務評価および患者サービス改善への接続

(759)（活動時段と来院者支援需要の関係）

令和 8 年の募集に示される三つの基本活動枠（8 時 30 分～11 時 30 分、9 時 30 分～12 時 30 分、12 時 00 分～15 時 00 分）は、受付機やアプリの使用可能時間及び診療部門の受付時間と同一ではない¹⁹⁶。各時段でどの場所に何人の活動員を配置すべきかは、窓口別の支援需要、必要資格、先輩帯同、同行に伴う欠員及び部署の受入可能性によって異なる。配置を時刻表の重複のみから決定せず、第 11 章の数値モデルに係的及び機能的な需要を反映する。

(760)（経路選択における複数目標の扱い）

院内案内の経路について、最短距離を一つの目的とし得るが、本人が利用可能な移動手段、通路の安全、エレベーター等へのアクセス、混雑、休息、立入権限及び案内員の復帰時間という条件を併せて検討する。最短距離以外の選択肢を「非効率」と即断しない。経路グラフや重み付き最短路を計算論的な補助手段として検討する場合も、利用する辺と制約の実地確

¹⁹⁶ 東京大学病院「令和 8 年にここにボランティア募集」、「初診の方へ」、「再診の方へ」及び「外来受診支援アプリのご案内」、前掲各 URL。

認、患者の希望、認められた同行範囲及び担当者の独立判断を前提とする。実測されていない移動時間や障害条件を定数として断定しない。

(761) (案内改善の Logic Model の提案)

患者サービス改善の検討において、資源（研修、活動員、情報、案内媒体）と活動（説明、同行、正式部署への紹介）、直接的出力（適切な行先案内、照会・引継ぎの成立）、短期的変化（迷いの軽減、来院者の理解、過度な移動の抑制）及び長期的な価値（サービスへのアクセス、信頼、病院と社会の関係）の区分を用いる案を示す。短期的変化や長期的価値は観測・評価の設計を要し、案内件数から因果的に導かれるものではない。この構造は執筆者による EBPM 上の検討案であり、病院公式の評価制度と同一視しない。

(762) (認識の時点依存性と評価の限界)

案内の有効性は、フロア配置、診療運用、受付システム、感染対策、患者構成及び活動員の経験に依存する。ある期間の案内件数、所要時間又は苦情件数が改善しても、制度変更、来院者の構成変化、時間帯の偏り及び観測方法の変化による可能性を排除できない。第 6 章の休謨問題、人間性疎外、責任分散、証拠の生成時点と系の状態の認識限界、主体の物象化に関する留保を適用し、集計をそのまま患者・活動員の価値評価へ置き換ええない。

(763) (来院者と活動員の関係性に関する評価上の留保)

一度限りの適切な案内は、相互に認識される関係の成立に寄与し得るが、関係性の価値を「会話時間」「笑顔の回数」「感謝件数」といった単一指標に還元できるとは限らない。むしろ来院者が必要な情報を得て速やかに独力で進めること、交流を望まない場合に援助が適切に終了することも価値の一部である。関係の生成をノルマにせず、本人の自由と当日の病院機能を支える実践条件の検討に留める。これは GR による解釈であって、病院の公認の哲学的立場ではない。

(764) (院内未公開事項の確認及び後続章への引継ぎ)

案内員の集合場所・活動範囲、端末の補助操作権限、身体的介助の具体的許容条件、移動経路の可用状態、エレベーター利用時の手順、緊急連絡先、来院者からの相談を引き継ぐ経路及び活動記録の保管場所は、公開資料のみから最終確定できない。実際の運用に当たっては現行の院内規程及び担当部署に確認する。本章で把握したサービス上の需要と例外は、第 7 章の企画、第 10 章の研修、第 11 章の配置、第 12 章の運営、第 16 章の安全、第 17 章の連携、第 18・19 章の記録・情報管理及び第 20 章の業務改善へ還流させる。

15. 院内図書室および院内行事の企画・運営支援

15.1. 本章の対象、サービス価値および公開資料の位置づけ

(765) (本章の目的と二つの運営対象)

本章は、東京大学病院が公表する「にこにこ文庫+」の図書・学習サービスと、ロビーコンサート、季節の催し等の院内行事について、企画、準備、活動員配置、当日の運営補助、終了後の記録及び改善を一体的に扱う。図書室は一定の場所と開室枠を基礎とする継続的なサービスであり、院内行事は開催日・場所・出演者・参加者等の条件を個別に形成するプロジェクトである。両者に共通する患者の選択、活動員の自発性及び安全の要請を保ちながら、固有の資源制約と調整手続を区別する。本章の具体的な記録様式、調整手順、評価方法は、未公開の院内手続の再現ではなく、執筆者の検討案である。

(766) (公表された職務との対応)

令和 8 年 8 月 19 日付の特任専門職員募集は、院内図書室「にこにこ文庫プラス」の運営

補助、院内行事の支援・企画・運営補助を職務に掲げる¹⁹⁷。にこにこボランティアの活動紹介には、平成8年10月14日の患者図書貸出開始、雛飾り・七夕コンサート・クリスマスコンサート等の行事支援が記載される¹⁹⁸。これらは病院における活動の存在と歴史を示す資料である。どの行事が令和8年度に実施予定であるか、個別の開催責任者及び内部決裁経路については、その都度正式な予定表及び担当部署に確認する。

(767) (図書・文化的支援の独自の意義)

医療機関の生活環境において、患者の関心は診療及び療養の情報に限られない。読書、学習、娯楽、音楽及び季節的な行事に触れる可能性は、日常生活との連続性、文化的な参加、気分転換並びに他者との自主的な交流に関係し得る。ただし、患者が娯楽又は交流を望むことを当然視せず、静穏、休息、プライバシー又は医療上の必要から参加しない選択も尊重する。サービスの存在意義、個別活動の企画目的及び活動員を募集する目的の区別は第7・8章の整理に従い、図書数又は参加者数の増大を唯一の企画目的とはしない。

(768) (継続事業と期間限定行事の制度的区分)

図書室の定常的運営と個別行事は、必要となる意思決定と責任の時間的形態が異なる。図書室では日々の開室可能性、貸出物の所在、利用者の来室、活動員の引継ぎが連続的に問題となる。催事では構想、承認、出演・協力者との調整、設営、実施、中止判断及び撤収が一つの開催単位として現れる。複数の行事と日常図書室業務が同日に重なる場合、同一の活動員を両方の持ち場に同時に数えない。資源を融通する場合でも、当日の図書室の開室案内と行事の受入れ可能性を別々に確認する。

(769) (病院固有の事実と分析上の仮説の区別)

本章では、病院の公開ページにある所在地、利用資格、開室日、図書類型、貸出の範囲、募集状況を確認可能な事実として扱う。他方、必要な活動員数、現行の貸出台帳の形、蔵書点検周期、イベント企画書の様式、音響設備の管理主体、写真撮影の許可基準及び当日の安全連絡先は公開資料から確定できない。以下の手順及び役割分担は、現行の院内規程と担当職員の確認によって調整される提案とし、病院が既に採用した運用として表示しない。

15.2. にこにこ文庫+の利用条件、空間および蔵書類型

(770) (公表された施設の位置及び開室時間)

病院の「患者学習センター・にこにこ文庫」ページは、「にこにこ文庫+」を中央診療棟2の6階に位置づけ、開室を月・水・金曜日の10時00分から14時30分まで、火・木曜日を閉室と示す¹⁹⁹。同ページはボランティアによる運営と、要員不足により閉室の時間帯が生じること、出入口ドアの案内を確認することも公表する。掲示された基本時間と当日の実際の開室状態を区別し、来室案内や配置計画に用いるときは直近の担当者確認を行う。

(771) (外来患者と入院患者の利用方法の差異)

「にこにこ文庫+」は通院中又は入院中の患者が利用でき、一般図書のほか児童向け、コミック、医学・医療関係の書籍及び資料を置くことが公表される。利用条件には次の区別がある²⁰⁰。

¹⁹⁷ 東京大学病院「医療運営課特任専門職員募集」（2026年8月19日公表）<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/syokuin/20260819-1.html>（2026年10月8日確認）。

¹⁹⁸ 東京大学病院「にこにこボランティア」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/cooperation/volunteer/>（2026年10月8日確認）。

¹⁹⁹ 東京大学病院「患者学習センター・にこにこ文庫」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/library/>（2026年10月8日確認）。

²⁰⁰ 同「患者学習センター・にこにこ文庫」、前掲 URL。

- 一 外来患者は、文庫の室内における閲覧を利用する。
- 二 入院患者には、一般図書及びコミック等について貸出サービスがある。
- 三 医学・医療に関する書籍及び資料は、入院・外来の別を問わず室内閲覧に限る。

この区分を個別の例外許可まで含む網羅的な規則と解さず、現在の貸出手続、受付時の確認方法及び資料別の制限は担当部署から確認する。活動員が独自の判断で対象外の資料を院外へ持ち出させることは想定しない。

(772) (寄贈図書と受入管理の位置づけ)

病院は蔵書の多くが寄贈によるものであることを公表している²⁰¹。寄贈を受ける仕組みは、患者と市民社会の関係を形成する契機となり得るが、寄贈の申出が直ちに蔵書としての受入れを意味するわけではない。受入可否、状態確認、書籍の識別、資料の保存・除籍、著作物の利用条件及び寄贈者への連絡は、正式な所管・保管規則を確認して扱う。自主的な寄贈を過度に奨励するために患者・来院者へ圧力を掛けることを避ける。

(773) (病棟・外来と図書室の機能的関係)

中央診療棟2の6階という所在地は、外来診療棟及び病棟からの移動経路、エレベーター利用、診療予定との競合及び利用者の身体的負担を伴い得る。患者の図書室利用に必要な移動可能性と、図書室において提供できるサービスの範囲を区別する。病棟からの患者の移動、図書の搬送又は病室への配達が行われるかどうかは公開情報のみで確認できないため、東京大学病院の現行サービスとして断定しない。図書室への案内に際しては第14章の本人の選択と移動支援の権限確認を適用する。

(774) (蔵書と医療情報の性格の区別)

医学・医療関係の図書が置かれることは、図書室が医学的助言又は診療相談の窓口であることを意味しない。活動員は資料の所在、利用条件及び一般的な探し方について案内し得るが、患者の疾患、治療、薬剤又は予後について、図書の記述を根拠とする個別の判断を提供しない。必要な相談は医療専門職又は正式な相談窓口へ接続する。資料の古さ、出版時点の診療環境及び改訂可能性に留意し、情報の信頼性に関する指摘を受けたときは資料担当者へ伝える。

15.3. 開室計画、配置条件およびサービス連続性

(775) (開室判断に必要な状態の区分)

図書室の時間管理では、基本開室枠、当日の開室予定、活動員による出勤承諾、実際の到着、貸出等のサービス提供開始及び予定外閉室を別々の状態として扱う。公開開室枠の存在から個別日の開室を自動的に確定しない。開室前には少なくとも次の事項を確認する方法を提案する。

- 一 担当部署が当日の施設利用を認め、必要な鍵・設備・物品の使用条件が確認されていること。
- 二 必要な資格及び役割を持つ活動員の参加意向と実際の到着が確認されていること。
- 三 利用者への開室表示、予定変更時の連絡及び閉室措置の責任主体が確定していること。
- 四 事故・設備異常・急な欠員等に対する連絡先と代替案が把握されていること。

²⁰¹同「患者学習センター・にこにこ文庫」、前掲 URL。

具体的に何人以上で開室できるか、単独担当が許容されるかは、病院の内部条件の確認を要する。

(776) （募集時段と開室時間のずれ）

令和 8 年募集ページに示される主な活動枠は 8 時 30 分～11 時 30 分、9 時 30 分～12 時 30 分、12 時 00 分～15 時 00 分である²⁰²。これに対し図書室の公開開室枠は 10 時 00 分～14 時 30 分である。単一の活動枠のみでは原則として公開開室時間全体を覆えず、9 時 30 分～12 時 30 分と 12 時 00 分～15 時 00 分等、参加可能な活動員の時間的接続によって連続した配置を構成する余地がある。ただし、時間の重複は資格、実際の出勤、開閉室作業及び必要な引継ぎを保証しない。逆に、時間セルごとの人数被覆が連続していても前任・後任の共在がなければ、院内で対面交接が必要と確認された業務では実施条件が成立しない。共在時間の最小値は公表資料から決まらないため、第 11 章の補助変数による候補検証と実際の交接受領確認を区別する。第 11 章の被覆・資格・同時占有条件を用いた候補計画と、正式な開室可否の決定を区別する。

(777) （必要人員、引継ぎ及び独立担当能力）

図書室に配置可能な活動員は、全ての登録者と一致せず、図書・貸出業務の研修状況、活動参加可能日、本人の希望及び担当部署の許可によって制約される。新人帯同の必要がある場合、研修者を独立して貸出・施設管理を担う人数に機械的に加算しない。担当交代時には、開室状態、返却・問い合わせの未処理事項、蔵書又は機器に関する異常、次の活動者への必要な情報を引き継ぐ案を設ける。引継ぎを患者の氏名又は診療内容の広範な共有に置き換えず、第 19 章の情報アクセス境界を守る。

(778) （欠員と部分閉室の対応案）

要員不足による閉室可能性は既に病院が公表しているため、当日欠員時の扱いは特に重要である。担当が欠けた場合には、

- 一 開室に必要な資格・人員・安全条件が残るかを確認する。
- 二 他区域からの代替配置が可能かを、本人の意向、既存サービスへの影響及び担当部署の許可の下で検討する。
- 三 継続不能な時間帯がある場合は、権限者の判断を得て閉室範囲を確定し、出入口の案内及び所管の情報発信方法を調整する。
- 四 後日、欠員の発生、代替案、案内の実施状況、影響を受けたサービス枠及び再発防止策を、必要な範囲で記録する。

という段階的対応を提案する。病院公表の「要員不足による閉室」を根拠に、執筆者が人数基準又は閉室権限を創設するものではない。

(779) （開室被覆の数理表現とその限界）

日付の集合を D 、図書室でサービスを提供する時間単位を T_d 、必要資格を満たす者の集合を V_d^{lib} とする。日付 $d \in D$ を固定し、 $x_{v,t} \in \{0, 1\}$ を活動員 v が時間 t に開室中の図書室サービスを担当する候補変数、 $a_{v,t} \in \{0, 1\}$ を本人が当該時間に参加を承諾し、かつ他の必要な配置条件を満たすかを表す入力、 $o_t \in \{0, 1\}$ を当該時間を開室候補とする変数とする。院内で

²⁰² 東京大学病院「令和 8 年にここにボランティア募集」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/volunteer/>（2026 年 10 月 8 日確認）。

6379 必要な独立担当人数 m_t が決定された場合、被覆と参加可能性の候補条件は

$$\sum_{v \in V_d^{\text{lib}}} x_{v,t} \geq m_t o_t \quad (t \in T_d), \quad (21)$$

$$x_{v,t} \leq o_t a_{v,t} \quad (v \in V_d^{\text{lib}}, t \in T_d)$$

6380 である。第二式により、開室候補外又は参加条件外へのサービス配置を排除する。閉室中の
 6381 準備・整理作業を計画する場合には別の活動変数を用いる。必要要員、図書室担当者の確認、
 6382 来室者への案内、実際の開閉は別の状態であり、時間帯を満たした数理的な候補だけから開
 6383 室可能を確定しない。需要又は資格条件の根拠が未確認の場合は、当日の正式判断に必要な
 6384 確認事項として報告する。 m_t を本指針が一律に仮定することはせず、帯同研修者の独立担当
 6385 能力、指導担当者の独立サービス兼務の可否、必要な交接時間、設備、安全及び他業務との競
 6386 合は第 11 章の制約によって別途確認する。 o_t も実際の開室実績ではなく、候補を示す。

6387 (780) （部分的サービスの優先順位と責任）

6388 全枠の開室が成立しない場合、ある時間帯のみ開く、貸出を制限して閲覧だけ可能とす
 6389 る、準備のみ行って一般利用を中止する等、制度上異なる対応が考えられる。しかし、どの運
 6390 用形態が認められるかは資料と設備の管理責任に依存する。したがって、利用者の移動負担
 6391 や期待を考慮した候補案の比較と、実際の開室方式に関する決裁を分ける。予定変更の説明
 6392 では「基本の開室時間」「当日の状況」「今後の見通し」を区別し、未確定の再開時刻を確約し
 6393 ない。

6394 15.4. 図書室における日常業務、貸出記録および蔵書管理

6395 (781) （開室前の点検と担当確認）

6396 日常業務の標準化候補として、開室前には担当者の到着、当日の開室可否、利用案内・貸
 6397 出条件の最新版、返却済み資料の取扱い、通路の安全、机・椅子及び書架周辺の状態、所管す
 6398 る施設設備の不具合及び必要な衛生管理を確認する。実際に使用する鍵、貸出端末、蔵書シス
 6399 テム、備品保管場所及び消毒方法は、院内の正式手順に従う。確認事項を過度に増やして活動
 6400 員の参加負担を不当に高めないよう、事故防止に必要な事項と管理上便利な事項を区別する。

6401 (782) （来室者への説明と閲覧支援）

6402 利用者の来室時には、どのような資料を探しているか、室内閲覧を望むか、座席や書架
 6403 の案内を要するかを適切に尋ねる。利用資格について病院公表の外来・入院の区分を説明し、
 6404 事務的な確認が必要な場合は所管の方法に従う。身体状況を見た印象から資料、座席又は援
 6405 助の内容を一方的に決めず、静かに利用したい者との会話を強要しない。本人が資料を選び、
 6406 読むことを援助の主要な結果の一つとする。医学資料を尋ねられた場合も個別の診療上の助
 6407 言に移行しない。

6408 (783) （貸出・返却の候補手順）

6409 病院は入院患者を対象に一般図書・コミック等の貸出を公表するが、貸出期間、数量、本
 6410 人確認、延長・紛失時対応等の細目を当該ウェブページには示していない。そこで次の確認
 6411 手順を業務案として整理する。

- 6412 一 貸出できる資料の区分と、利用者に適用される条件を確認する。
- 6413 二 所定の記録媒体がある場合に限り、許された項目を記録し、記録の確認者を明確にす
 6414 る。

三 返却された資料の状態と未解決事項を確認し、必要な担当者へ引き継ぐ。

四 延滞、汚損、紛失、利用資格に関する疑義は独自の金銭請求や個人判断をせず所管者へ照会する。

これらは既存貸出規則の引用ではない。公表条件を越えるサービスの許可は正式な部署に委ねる。

(784) (蔵書の所在と資料状態の管理)

書架の分類、寄贈本の整理、棚への返架、破損のある資料の隔離、利用不能となった資料の取扱いは、貸出サービスの継続に係る。蔵書管理の提案において、書誌識別子、所在、貸出可否、状態及び受入・除籍の判断日を区別し、蔵書の物的管理と利用者の個人情報とを可能な限り分離する。病院の所定手続なしに図書を廃棄、寄贈先へ返却、第三者へ譲渡、外部データベースに登録することは想定しない。医療・医学資料の改訂や適切性についての判断は必要な専門職と連携する。

(785) (貸出履歴、病状推知及び情報の最小化)

書籍の題名、利用時刻、入院・外来の別及び患者の識別子を結合すると、個人の健康への関心又は診療に関する事情を推測されるおそれがある。貸出に必要な個人情報の取得根拠、閲覧可能者、保持期間及び削除方法を、一般の活動員日誌とは別に確認する。実名付き貸出履歴を個人の端末、私用メール、一般的なクラウド表計算又は生成 AI に入力しない。業務評価では、公開可能な集計と個人別の正式な運用記録を分離し、小規模集計による再識別可能性にも留意する。

(786) (閉室・交代時の整理と引継ぎ)

閉室に際しては、来室者への終了案内、未返却図書又は未解決の照会事項、貸出等の記録の保管、備品・設備の状態、廃棄物及び所管の施錠を確認する候補手順を設ける。次の担当者への引継ぎは、運営上必要な未処理事項及び設備状態を中心とし、患者の病名や個人的な生活歴を拡散しない。予定外の閉室時には、図書室入口の利用案内の更新と、正式に必要な連絡の完了を確かめる。具体的な施錠、鍵返却及び閉室承認の担当は院内確認事項である。

15.5. 院内行事の企画目的、活動類型および事前設計

(787) (行事企画における目的と受益者の同定)

行事企画は「開催できる出演者がいる」ことのみから始めず、想定される患者・家族・来院者の希望、休息及び診療環境との適合、既存活動との関係並びに参加する活動員自身の意欲を検討する。音楽、季節の飾り付け、展示、患者サロン等は、必要となる専門性、情報への接触、音や人の流れ及び事業責任の所在が異なる。個別の催しの目的を、文化的な機会、気分転換、交流、病院と社会との関係形成、患者サービスの補助等から適切に設定し、それらがすべて同時に実現するものと推定しない。来院者が望まない場合の不参加と、騒音又は通行への配慮を企画段階で位置づける。

(788) (公表されている行事の種類とその時点)

病院のボランティア活動紹介には、雛飾り、七夕コンサート及びクリスマスコンサートの手伝いが記載される²⁰³。2024 年 8 月発行の『東大病院だより』第 111 号には、活動再開の紹介とともに、七夕飾りの準備等を写した記録がある²⁰⁴。これらは長期の活動系譜と特定時

²⁰³ 東京大学病院「にこにこボランティア」、前掲 URL。

²⁰⁴ 東京大学医学部附属病院『東大病院だより』No.111（2024 年 8 月）https://www.h.u-tokyo.ac.jp/cooperation/dayori/_icsFiles/afieldfile/2024/08/20/dayori111.pdf。

点の実施を裏付けるが、全ての催しが令和 8 年に実施されることを証明しない。過去の活動の中には院内学級の送迎や小児病棟での遊び相手のように、病院ウェブサイトが現在中止と明記するものもあり、再開を企画する際は新たな正式判断を要する。

(789) （企画審査に先立つ必要条件の整理）

院内行事について企画書を起こす場合、次の要素を過不足なく整理する案を示す。

- 一 目的、対象、開催の意義及び代替方法。患者の希望を確認する手段と不参加の自由を含む。
- 二 主催・承認・協力主体。部署、出演者、ボランティア、設備担当及び安全上の判断権限。
- 三 日程、場所、所要時間、設営・撤収時間及び診療・来院者動線への影響。
- 四 必要な資源。活動員、資材、音響機器、備品、予算見積り及び許可。
- 五 中止・変更条件、連絡経路、記録項目、事後の検証方法。

各項目は病院の正式な企画様式が存在する場合にはそれに従う。執筆者が示す順序は、企画判断を明確にするための方法論上の候補であり、院内決裁の代替ではない。

(790) （文化的価値と医療環境の関係）

院内行事は診療行為の周辺に置かれる文化的な活動であるが、同じ空間と時刻に診療、移動、休息及び感染対策が進行する。行事の魅力や参加希望が大きい場合でも、場所の収容可能性、緊急時の通路、騒音、聴覚過敏のある者への配慮、病棟への音の伝播及び設備の管理条件を確認する。企画担当は、実行可能な演目又は装飾を選ぶことだけでなく、活動による便益と、同じ場で活動しない人への負担をともに把握する。予定される医学的・施設的な判断は所管の専門職・施設管理者に委ねる。

(791) （複数企画間の資源調整と年次計画）

季節行事、ロビーコンサート、図書室の特別企画及びその他の患者サービス活動を同じ年間予定に配置する場合、活動員、担当部署、場所、設備及び広報能力は共有資源となり得る。個別企画の成立可能性だけでなく、他の継続業務を圧迫しないか、重複時期に研修・準備の負担が偏らないか、病院の繁忙期や環境変更に対応できるかを確認する。企画間の優先順位及び年度予算の決定は院内権限事項であり、数値計画は候補日程と資源競合の可視化を支援するものとして位置づける。第 7 章の年間計画に、行事別の中間確認点を設けることを提案する。

15.6. ロビーコンサートの募集、出演調整および権限の分離

(792) （病院が公表するロビーコンサートの目的）

病院はロビーコンサートについて、来院者が穏やかなひとときを過ごせる機会を提供する趣旨を掲げ、出演者募集ではプロ・アマ及び音楽ジャンルを問わない旨を公表している²⁰⁵。ここから、文化的な活動が治療環境に与え得る影響、本人が観覧を選ぶ自由、病院の空間・騒音・動線条件、出演者と活動員の協働について検討できる。公表されている募集目的は開催予定、予算、出演者の承認、活動員の具体的担当及び医療的な効果を一括して証明する資料ではない。目的の魅力をもって患者の参加意思や病棟での実施可能性を代替しない。

²⁰⁵ 東京大学病院「ロビーコンサート出演者募集」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/cooperation/boshu/>（2026 年 10 月 8 日閲覧）。

(793) (募集状況の時間的留保)

2026 年 10 月 8 日に確認した病院の「ロビーコンサート出演者募集」ページでは、現在募集中の内容がないと表示され、令和 7 年 12 月開催予定分の選考結果が記載される²⁰⁶。この公表は、特定の過去の募集期の状態を示すものである。新企画を設計するときは、企画構想、募集開始、募集締切、出演決定、開催承認、開催実績及び中止の可能性を異なる状態として記録する。公表ページに新しい募集がないことから、既存の院内行事が全て休止しているとも、次回開催が決まっているとも推定しない。対外的な日付を案内する前に広報・所管部署で最新の確定情報を確認する。

(794) (出演者、主催部署及び活動員の役割)

ロビーコンサートの企画には、少なくとも開催の決裁者、内容・出演条件の調整を担う者、施設の利用を認める者、当日の進行・安全を確認する者、出演者、案内・設営・片付けを補助する活動員が関係し得る。これは役割機能の分析であり、正式な役職名・決裁系統が公表されているとするものではない。出演者の選定、契約・謝礼の有無、著作権手続及び医療上の安全判断を、ボランティアコーディネーターが当然に単独決定できるものとししない。役割表には承認者、実施者、照会先及び不在時の代替連絡先を明記する案を採る。

(795) (出演・演目・必要設備の確認)

出演調整では、予定演目、演奏人数、楽器又は機材、音量、演奏時間、搬入・搬出、当日のリハーサル及び電源・ケーブル使用等の条件を確認する。医療機器、公共通路、患者の歩行補助具及び感染対策との干渉を踏まえ、設備条件の許可は所管者から取得する。演奏の専門性や美的価値を一般のコーディネーターが独断で評定するのではなく、病院が定める判断基準及び適切な有識者・担当部署との相談経路を確保する。演奏者の身体的安全及び負担も行事企画の要素に含める。

(796) (不採用、延期又は中止時の連絡)

出演希望者や協力者の申出に対しては、募集中であるか、病院での審査・検討の対象となるか、いつまでに連絡予定かを、確認できる範囲で説明する。具体的な結果通知・選定理由の開示範囲については、出演者募集の現行規則を確認する。病院内の都合、安全上の変更及び出演者側の事情で延期又は中止する場合は、誰が決定し、誰が出演者、活動員、来院者及び部署に通知するかをあらかじめ定める提案とする。未承認の出演日、謝礼、広報予定を確約しない。

15.7. 開催場所、動線、設備および安全上の事前調整**(797) (会場の機能区分と動線の確認)**

行事会場を選ぶ際は、平面上の場所名に加え、観覧位置、通路、受付、出演者の待機・搬入路、活動員の持ち場、緊急時の通行、患者の移動補助及び設備の管理区域を区別する。公開されているロビーコンサートの存在を根拠として、毎回の会場・動線・収容人数が固定であるとみなさない。第 11 章の機能分区及び第 14 章の案内実務に従い、入退場の時間帯に生じる一時的な混雑を現場条件として評価する。通路や避難経路の適否は担当部署及び院内の正式な安全手続による。

(798) (設備・資材・予算の管理)

企画段階で必要な物品の候補を、

²⁰⁶ 東京大学病院「ロビーコンサート出演者募集」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/cooperation/boshu/>（2026 年 10 月 8 日閲覧）。募集終了は過去及び将来の開催有無を確定しない。

- 一 音響・電源・照明等の設備及び設営物。
- 二 椅子、案内標識、バリアフリー動線の表示及び安全用品。
- 三 季節装飾、掲示物、書籍・配布資料その他の消耗品。
- 四 撤収、清掃及び保管に係る作業資源。

として整理する。取得・借用・使用・保管・廃棄の権限、予算執行の可否及び購入手続は病院の正式な制度に従う。独自の寄附募集、金銭の授受及び物品契約を活動員に委ねない。活動の実施費用は給与を伴わない参加時間だけで評価せず、調整・研修・安全管理及び機会費用を含むことを認識する。

(799) (観覧の自由と療養環境への配慮)

音楽又は季節装飾は、多くの来院者に機会を提供し得る一方、静寂を必要とする者、感覚刺激を負担とする者、移動に困難のある者及び文化的・個人的に参加を望まない者も存在する。観覧場所を通行の強制経路と区別し、病院に必要な診療及び移動を妨げない配置を検討する。患者や家族に対して参加、感謝、拍手、写真撮影への協力を要求しない。音量や設備に対する苦情が生じたときは、本人の経験を軽視せず、会場運営者が適切に確認・対応できる連絡経路へつなぐ。

(800) (感染対策、医療安全及び例外の判断権限)

行事を開催するかどうかは、患者数、感染症の状況、施設工事、災害、緊急診療その他の条件の影響を受ける。開催決定後にも変更・停止を要する場合があります、当日の判断と平常時の承認を区別する。来場者の健康状態の医学的評価、感染管理の専門判断、事故対応及び避難指示は、それぞれ正当な権限を持つ部署へ委ねる。コーディネーターと活動員は、定められた停止連絡、誘導、物品の安全確保及び情報伝達等を補助する。院内未公開の具体的指揮系統は第 16 章での確認事項とする。

(801) (事前確認会議及び開催可否の節点)

企画段階と開催直前で条件が変化するため、次の節点を区別して確認する方法を提案する。第一に開催趣旨と所管・会場利用の承認、第二に出演・資材・活動員の条件確認、第三に実施直前の設備・環境・連絡体制の点検、第四に当日の開始可否の確認、第五に終了・撤収後の確認である。各節点には、必要な情報、確認者、未充足事項及び次の判断の期限を記録する。特定の内部会議体の開催を既成事実として記すものではなく、病院の既存の決裁・安全確認制度に整合する最小限の構造を検討する。

15.8. 活動員の配置、当日進行および行事終了後の処理

(802) (行事における役割配置の原則)

行事に参加する活動員について、設営、案内、参加者への一般的な説明、動線の維持、物品管理、撤収及び必要な職員への連絡等、実施可能な役割を区分する。各担当について活動資格と当日の許可があること、活動員本人が参加を承諾していること、既存の図書室又は外来案内配置に欠員が生じないことを確認する。活動人数のみでなく、技能、搬入物の重量、持ち場を離れる可能性、複数人作業を要する場面及び交代・休息の必要性を考慮する。出演者はボランティア活動員と一致するとは限らず、別の役割として扱う。

(803) (当日進行の状態管理)

行事進行の状態を、準備未了、設営済み、開始確認待ち、実施中、中断、終了、撤収完了及び報告待ち等に分けて扱う案を示す。開始時刻に近いことのみを理由に正式確認を省略し

ない。出演者の到着、設備条件、活動員の配置、観覧区域及び患者動線について重要な変更が生じた場合は、関係者に伝え、必要な許可を再確認する。進行記録は事後検証のために必要な事実を中心とし、来院者の私的な観覧状況を網羅的に追跡するものとしな

(804) (欠員、遅延及び臨時変更への対応)

出演者の遅延、活動員の欠席、機材不良又は急な通行制限が生じた場合、当初計画の全部を実施することに固執せず、変更可能な作業、延期可能な時間、代替が必要な役割及び安全上中止すべき条件を区別する。追加活動員の手配は本人の参加意思及び資格を確認したうえで、他の持ち場からの転用が既存サービスに与える影響も評価する。変更の判断主体と連絡済みの範囲を記録し、病院公式の中止・再開決定がある場合はこれに従う。

(805) (患者・家族への接遇と適切な終了)

当日の来院者には、行事の場所、参加自由の条件、通行上の注意、所管窓口等の必要情報を、分かりやすい方法で伝える。音楽や展示に関心を示さない者の行動を妨げず、健康状態から参加の適否を活動員が診断しない。支援を求められたときには第 14 章の案内及び第 16 章の安全上の境界に従う。観覧中に体調不良を訴える者がいれば通常の進行や感想収集よりも正式な医療・安全連絡を優先する。患者との交流を活動員の自己肯定の手段として強制しない。

(806) (撤収、原状回復及び備品返却)

実施後には来場者の退出、通路や座席周辺の安全、機材の停止、資材・掲示物の撤去、清掃、借用品返却及び次に使用する部署への引継ぎを確認する。片付け作業中にも運搬重量、電源・配線、通行者及び感染対策等の危険があり得るため、資格外の設備操作や重量物運搬を活動員へ一律に求めない。返却・施錠・撤去に係る正式な責任者を確認し、未解決の事項は後日に持ち越された状態として記録する。イベントの終了時刻と施設の原状回復完了時刻を混同しない。

(807) (行事運営の事実記録と改善への引継ぎ)

事後報告では、企画時に設定した目的、実際の実施・中止状態、変更された条件、役割ごとの活動実績、設備・動線の問題、要望及び次回への改善点を分けて記述する。参加者数又は拍手の量のみで文化的な価値を測定しない。出演者・活動員に対する任意の振返り機会を設ける場合、批評と評価の範囲を事前に説明し、本人が望まない公開や人事上の評価への転用を避ける。正式な事故・苦情は所管の報告制度に従い、一般的な行事報告のなかへ埋没させない。

15.9. 広報、記録、著作物および個人情報の管理

(808) (行事情報の公開と開催予定の確度)

院内行事に関する情報は、企画段階、関係部署との協議中、正式承認済み、出演者等への通知済み、来院者に向けた公開済み及び実施済みの各段階を区別する。公表された募集ページに特定回の出演者選考が記されていても、その日付を一般的な将来開催周期へ拡張しない²⁰⁷。日付・場所・観覧条件を告知する際には、患者への負担、移動補助の実行可能性、感染対策、主催所管及び出演者の連絡状況を合わせて確かめる。告知後の変更・延期・中止は、参加を期待した患者、活動員、出演者、施設管理者に連鎖的に影響し得るため、必要な範囲で整

²⁰⁷ 東京大学病院「ロビーコンサート出演者募集」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/cooperation/boshu/>（2026 年 10 月 8 日閲覧）。

合する案内を行う。これらの状態区分は執筆者の提案であり、病院の公式な行事ワークフローを記述したものではない。

(809)（著作物の利用と出演者の権利）

ロビーコンサートの演奏、楽譜、音源、録音・録画、写真、掲示物、絵画及び配布資料には、それぞれ著作権、著作隣接権、肖像・プライバシー等の利益が関わり得る。会場での実演が許されることと、録画を公開すること、配信すること、二次利用することは同一の許可ではない。著作権法上の例外規定の適用可能性も、演奏条件、聴衆、対価、利用形態などに依存するため、一般の活動員が一律の適法判断を行わない。病院の知的財産・法務・広報等の所管窓口の確認を経る。既存のイベント資料を編集又は公開し直す場合も同様とする。

(810)（患者、出演者及び活動員の撮影・掲載）

行事の撮影・記録を行う場合、目的、撮影主体、写り得る者、利用・公開先、保存期間、撤回・相談の取扱いを予め明確にする。患者・家族の所在、受診の事実及び健康状況が画像や音声から推測され得ることを特に重視する。行事へ参加したことのみをもって撮影・公開への包括的同意が成立すると扱わない。出演者及び活動員についても、撮影の許諾と活動参加の意思を分ける。執筆者が病院の現行同意書式、撮影許可又は記録保存年限を推定して新設することはしない。

(811)（図書室記録と行事記録の目的別分離）

図書室における貸出・返却管理、活動員配置、物品管理及びイベント実施報告は、利用主体及び運営上の目的が異なるため、必要なアクセス権限を区別する。図書の閲覧歴と行事への参加歴を結合して個々の患者の興味や症状を推測する目的の運用を設けない。総計のみの報告であっても少人数の例外や日時・資料類型が組み合わせされると特定可能性を生む。病院外部への公開、外部クラウドサービスへの保存及び AI を用いる分析は、第 5・19 章の法的・情報管理上の確認と正式な許可を前提とする。

(812)（寄附・寄贈及び利益相反の取扱い）

寄贈図書、外部出演者の無償協力、協賛物品等が活動に含まれる場合、任意性、寄附の受入れ権限、公平性、物品の安全及び取引上の利害関係を確認する。物品の受領を個人活動員の私的な判断に委ねず、特定の企業・団体又は人物を優遇する対価として患者への接近、広告又は診療上の利益を約束しない。謝礼・交通費の支出、寄贈記録及び税務上の取扱い等は、担当する正式な制度の下で処理する。外部協力者との善意の関係は、透明性と相互尊重を伴う制度的運用によって維持する。

15.10. サービス評価、関係的価値および継続的改訂

(813)（図書室・行事の評価対象の分離）

図書室の評価では、開室枠、実際の開室、利用可能な資料、貸出又は閲覧に関する運営実績、来室者が遭遇した障害を分けて記録する。行事では、企画目的、承認・開催状態、安全上の問題、関係者間の調整及び参加・不参加の選択可能性を区別する。両者を同一の参加人数指標のみで比較しない。患者が読書できたこと、活動を望まず静かに過ごせたこと、混雑のない通行が保たれたことも重要である。評価対象の選択自体が規範的判断を含むことを認識する。

(814)（サービス連続性指標の条件付き提案）

図書室の公開開室枠を時間単位に分け、各時間で正式に開室したかを $a_t \in \{0, 1\}$ 、公表上の対象時間であるかを $p_t \in \{0, 1\}$ とする。対象期間内で $\sum_t p_t > 0$ の場合、実施枠の単純な比

率を

$$R_{\text{open}} = \frac{\sum_t p_t a_t}{\sum_t p_t} \quad (22)$$

と置くことができる。これは実際の開室を記録できる場合の説明的な指標候補であり、病院の現行 KPI 又は品質基準ではない。開室できなかった理由、利用者が来室する時間帯、患者の移動困難及びサービス内容の差異を捨象しているため、比率の大小から直ちに患者への価値又は活動員の献身を推論しない。

(815) （関係的经验と評価上の限界）

図書室で偶然同席する者、資料を手渡す活動員と利用者、行事に関わる出演者・患者・職員の間には、その場に固有の相互承認又は社会的つながりが形成される可能性がある。これは執筆者の GR による関係論的解釈であって、病院が公式に採用した価値測定理論ではない。関係性の価値を一律に「会話時間」「感謝件数」又は「笑顔の数」と同一視せず、本人が会話を断る自由、行事を避ける自由及び支援の途中終了も尊重する。参加者の欲望や深層心理を第三者が無断で推定し、イベント設計又は表彰へ利用しない。

(816) （EBPM の五つの留保と事後検証）

本章のサービス改善においても、第 6 章で整理した次の五点を維持する。

- 一 休謨の帰納問題。過去の開室率又は行事の反応から将来の成果は必然化されない。
- 二 人間性疎外。処理件数・来室者数を主目的にすると、読書や自主的参加の質が周辺化され得る。
- 三 責任の分散。募集、企画、会場承認、出演、実施及び記録の間で判断主体が不明確になり得る。
- 四 証拠の時間・状態依存性。感染状況、配置可能人数、施設改修及び利用者構成の変化が観測値に影響する。
- 五 主体の物象化。患者及び活動員の表象を資源単位に固定し、その記録に基づく配置が現実の関係を変容させ得る。

対応として、判断根拠と出典、当該時点の運営条件、反例、未把握の声及び次回の修正候補を記録する。ただし五点の列挙それ自体を効果の実証とみなさない。

(817) （企画から継続的支援への知見還流）

図書室における開室困難、貸出管理、利用者の案内上の障壁及び行事における負担・騒音・動線の問題は、第 7 章の企画、第 8 章の募集内容、第 10 章の研修、第 11 章の配置、第 12 章の当日運営及び第 13 章の活動員支援に還流する。安全事象は第 16 章、部署間での意見の違いは第 17 章、記録の方法と情報権限は第 18・19 章、全体の評価方法は第 20 章に接続する。同じ問題が反復する場合は活動員個人の「能力不足」だけに原因を帰属させず、配置、訓練、資料、設備及び指示の構造を再検討する。

(818) （院内で確認すべき事項及び改訂の条件）

本章の現場適用に先立ち、現在の図書室における開室責任、必要活動員数、利用確認・貸出規則、鍵・蔵書・寄贈の管理、閉室時の連絡及び記録様式を確認する。行事については、主催・出演者選考・決裁・場内安全・著作権・撮影・広報・予算・撤収の分担並びに緊急時連絡先を確認する。公開資料に更新があった場合、その確認日、変更された事項及び関連条項を記録し、執筆者の提案と病院の正式な手続を改めて区別する。未確認事項を空欄のまま放置して実施することは避け、運用権限者の判断を前提とする。

16. 患者安全、感染対策および緊急・例外事象への対応

16.1. 本章の目的、対象範囲および公開資料の性格

(819) （本章の目的と安全上の優先順位）

本章は、東京大学病院におけるボランティア活動及び患者支援に伴う安全上の問題について、平時の予防、初期認知、活動の中断、専門職への連絡、関係者の保護、正式な報告並びに再発予防を、一連の業務として整理する。来院者への案内、車いす等の移動支援、図書室、院内行事及び活動員の健康管理事務という業務の相違を踏まえつつ、本人の尊厳、医療上の安全、感染拡大の予防及び対応者自身の安全を優先する。安全上の必要が生じた場合、予め予定された活動件数、担当区域又は開室時間を守るために必要な中断を遅らせない。

(820) （対象となる事象と事案区分の限定）

本章が扱う事象には、転倒・転落及び移動中の事故、急な体調変化、感染が疑われる状況、設備・動線の異常、停電・火災・地震等、威圧的行為、個人情報上の偶発的な露出、活動員の負担・体調不良並びに複数事象の併発を含む。ただし、ここでの分類は調整業務の分析上の便宜であり、病院の医療事故分類、診断、感染症の症例定義、災害対策上の警戒段階又は正式な報告区分を新たに定めるものではない。事案の医療上・制度上の評価は所管する病院職員に委ねる。

(821) （医療安全対策センターの公開された役割）

東京大学病院は医療安全対策センターについて、組織横断的な医療安全管理の企画・評価及び職員教育を担うこと、教職員がインシデント・アクシデントレポートを提出する仕組みがあり、報告の集約、分析、部署への周知及びラウンド等を通じてシステムの改善に取り組むことを公表している²⁰⁸。本章の個人準備用手順案は、この正式な安全管理体系を代替しない。とりわけ、ボランティア又は応募準備中の者に対して当該レポートシステムの利用権限が付与されているとは推定しない。

(822) （感染対策及び災害医療の正式な所管）

東京大学病院の感染対策センターは、医療関連感染の予防、発生時の対応、教育研修、サーベイランス及び改善について、多職種で院内の連絡調整を担うことを公表する²⁰⁹。また、災害医療マネジメント部は、災害時の医療支援と平時の訓練・連携に関する活動を公表している²¹⁰。これらの組織が存在する事実と、個々の志願活動者に与えられた具体的な通報経路・現場指示権限とは区別し、後者については現行の院内規程で確認する。

(823) （資料の優先関係と事前確認）

安全に係る現場判断では、適用される法令、最新の院内規則・緊急時指示及び責任ある専門職の具体的な指示を優先する。病院ウェブページに示された一般向け注意事項は重要な参照資料であるが、活動員向け感染マニュアル、区域別入室条件、避難経路、急変時の院内通報番号、事故記録用紙及び職員間の報告経路の全体を示すものとは限らない。活動開始前には、担当職員を通じて最新の情報と活動員に適用される範囲を確認し、当日の指示変更があれば従前のメモや本指針の例示を更新する。

²⁰⁸ 東京大学病院「医療安全対策センター」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/depts/iryouanzen/>（2026年10月8日確認）。

²⁰⁹ 東京大学病院「感染対策センター」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/depts/kansentaisaku/>（2026年10月8日確認）。

²¹⁰ 東京大学病院「災害医療マネジメント部」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/depts/dmm/index.html>（2026年10月8日確認）。

(824) (患者安全を権利から捉える規範枠組み)

安全管理を、事故件数の抑制又は組織内の手続遵守に限定せず、患者の尊厳、説明、意思決定支援、意見表明、公正な応答及び参加の機会を伴う権利保障として検討する。WHO「患者安全に関する権利憲章」（2024 年）は十の基本的権利を整理し、病院の安全文化と患者・家族の参加を結び付ける。²¹¹本章では、医療専門職の安全上の責務を志願活動員に転嫁することなく、活動の予防、早期認知、連絡及び記録へ関連する原則を接続する。

16.2. 安全管理の主体、権限および初動の関係構造

(825) (関係主体の役割区分)

一つの安全事象には、発見した活動員、影響を受けた患者・来院者、担当看護師・医師等、ボランティア調整担当者、医療安全又は感染対策の所管部署、必要に応じ施設・防災の管理者が関与し得る。これらを次のように区別する。

- 一 活動員は、許可された範囲で危険を認知し、自身と周囲の安全を確保しつつ、適切な職員へ事実を伝える。
- 二 調整担当者は、活動の中断・代替配置、活動員への連絡、必要な記録の所在確認及び関係部署との調整を支援する。
- 三 医療専門職及び正式な所管部署は、診療上の緊急性、感染対策、処置、移送、正式な事故報告及び再開条件の判断を担う。

実際の命令系統と担当者名は当該部門の指示に従い、本指針によって職務上の権限を拡張しない。

(826) (認知、初動及び専門職への移管)

活動員が異変を認知した場合、自己と周囲の安全を確保したうえで、可能な範囲で目前の危険を増大させる行為を止め、近くの担当職員又は事前に指定された正式な連絡先へ直ちに知らせることを基本案とする。報告には、場所、観察した事実、発生又は認知した時刻、現時点の支援状況及び追加の危険を含める。症状から独自に診断名や事故の重大度を確定しない。危険を認知した時点と正式な医療判断が行われる時点の相違を、時間上の責任の空白としないよう連絡の完了を確認する。

(827) (活動状態の明確化)

企画されたボランティア活動の状態を、安全上の調整目的に限り「通常」「注意・確認中」「活動中断」「所管へ引継済み」「再開可否確認中」のように区分することを提案する。これは活動記録の便宜的な状態表現であり、患者の臨床的重症度又は院内コードの分類ではない。状態を変える際は、変更を判断した正式な主体、日時、引継先、未処理事項及び関係する配置への影響を記録する。専門職へ引き継いだ後も、担当していた志願活動が中断した事実は第 11・12 章の配置と日常記録に反映する。

(828) (判断の停止点と関与の限界)

緊急場面では、詳しい病歴の聴取、本人の端末操作、会計・予約手続、患者に対する独自の移動指示等を、必要な安全連絡より優先しない。活動員が行える行為は、事前に受けた研修、個別の活動許可、現場の安全性及び責任ある職員の指示によって限られる。病院の認定・訓練を経ていない医療処置、服薬指示、身体拘束、医療機器の操作及び危険区域への立

²¹¹World Health Organization, *Patient Safety Rights Charter* (2024 年 4 月 16 日)、<https://www.who.int/publications/i/item/9789240093249>。医療安全に関する患者の十の権利を整理した国際的指針であり、院内の所定手続そのものを定めない。

入りを本指針の一般的な初動項目として列挙しない。心肺蘇生等の緊急救命行為に関する訓練・指示・法的取扱いも、院内の正式な訓練内容に従う。

(829) （連絡経路の多重性と秘匿性）

連絡経路は通常のボランティアルーム、現場部署の責任者、安全・感染管理の専門部門、病院の緊急通報経路等に分かれ得る。平時の事務照会先が急変対応を受け付けるとは限らないため、活動員に渡す連絡票には用途別の窓口、利用可能な時間及び不通時の代替経路を院内で確認したうえで記載する。個別の内部電話番号、コードブルーの起動方法、警報操作の条件及び職員用通報システムの利用権限は公開資料から確定せず、想像で記入又は公開しない。

(830) （有資格の専門職への到達可能性の確保）

活動員が異常を認めたときの重要な安全機能は、独自の医療判断ではなく、資格と責任を有する医療専門職又は所定の院内連絡先への適切な接続にある。必要な連絡先、場所情報、連絡の代替経路及び交接完了の確認方法について、実施前に院内の正式教育を受ける必要がある。救急コールや患者搬送等の操作権限は、公開された制度の存在から自動的に推定しない。

16.3. 案内、移動支援および環境上の危険の予防

(831) （患者動線の安全上の二重性）

第 14 章で示した案内経路は、移動距離や理解のしやすさだけでなく、段差、エレベーター、混雑、診療機器のある場所及び利用者の身体状況によって安全上の条件が変化する。志願活動者は移動を助ける際、本人が求める支援の範囲を確かめるとともに、許可された経路・活動区域及び担当職員の指示を守る。経路が短いという理由のみで治療区域、制限区域、非常用動線又は危険な通路を選択しない。患者が同行を望まない場合には、可能な別の案内方法や正式な窓口への接続を検討する。

(832) （車いす等の支援に伴う具体的境界）

病院は、にこにこボランティアの活動例として車いす介助及び視覚障害のある方への介助を公表し、令和 8 年度募集では車いす介助を研修内容に挙げている²¹²。これにより、個々の活動員が無条件に身体移乗、立位保持、段差の介助又は医療機器を伴う移動を実施できるわけではない。研修を受けた範囲と現場で許された動作を確認し、困難を認める場合は一度動きを止め、担当職員へ連絡する。身体を支えることが必要か、専門的な介助が必要かは、本人の意向と状況を踏まえて正式な担当者が判断する。

(833) （通路・出入口・設備の点検）

外来玄関、再来受付機付近、検査室前、図書室の通路、行事会場等では、床面の濡れ、物品の突出、ケーブル、案内掲示の視認性、混雑の集中及び障害物による通行幅の変化が問題となり得る。活動員が異常を見つけた場合、権限と安全の範囲で人を危険から遠ざけ、施設又は現場の担当部署へ連絡する。清掃、修理、設備の固定、電気機器への介入及び通行禁止区域の設定などについて、活動員が施設管理上の決裁権を有するとは推定しない。

(834) （転倒リスクに関する観察と本人への配慮）

転倒に関わり得る条件として、足元の障害、歩行の不安定さ、移動支援の希望、待合時間、混雑、疲労等を観察し得るが、患者の転倒リスクを活動員が医学的に判定又は得点化する手順を本章で新設しない。支援を申し出る際には本人の意向を確認し、不要な身体接触や

²¹² 東京大学病院「にこにこボランティア」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/cooperation/volunteer/>及び「令和 8 年にこにこボランティア募集」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/volunteer/>（2026 年 10 月 8 日確認）。

過剰な保護により本人の自律性を損なわないよう留意する。転倒、頭部打撲等が生じた場合には、独自に起立又は移送を促さず、直ちに職員による確認につなげる。

(835) （担当区域間の移動と安全余裕）

活動員が複数の機能区域を担当するときは、移動時間、エレベーター待ち、混雑及び交代時の安全確認を考慮する。第 11 章の配置変数における時空間的な可能性は、患者移動の安全性や個別の臨床的適否を直接証明するものではない。危険箇所、動線変更、工事・設備点検等が生じた場合、形式上の排班が成立していても、実際の配置可能条件を更新する。移動の遅延を取り戻す目的で走行、無理な車いす移動又は安全上必要な確認の省略を求めない。

16.4. 感染予防の一般原則と東京大学病院の公表運用

(836) （感染予防の位置づけと規範上の根拠）

病院内の感染予防は、個別の感染症流行時に限らず、患者、職員、活動員及び来院者を保護する日常的な安全管理である。厚生労働省「医療機関における院内感染対策について」（平成 26 年 12 月 19 日）は、標準予防策、必要に応じた感染経路別予防策及び手指衛生等を基本的な枠組みとして示している²¹³。ただし、専門職向けの予防策の全文を、志願活動員に一律に実施させる規定と読み替えない。活動員が行う具体的な手指衛生、マスク等の使用、環境対応及び入室範囲は病院の研修・指示に従う。

同通知は手指衛生の設備整備、処置前後の手指衛生、感染経路別予防策等を記述する。その規範が対象とする医療従事者の専門業務と、活動員の案内・接遇を区別し、患者と接触した場合の報告・中止判断は病院の実際の研修及び所管者の指示に沿って具体化する。歴史的な通知、最新の一般連絡及び病院独自の運用は、それぞれ発出日と対象を併記する。

(837) （令和 8 年 6 月のマスク運用変更）

東京大学病院は 2026 年 6 月 1 日から、外来患者並びに家族・付き添いの方のマスク着用を原則任意とする運用を公表した。他方、入院棟の指定階、外来化学療法室、透析室、リハビリテーション室、救急外来、周術期管理センター等や、職員が必要と判断した場所では着用が求められる²¹⁴。同公表では職員についても原則任意の基本方針が説明されるが、志願活動員の個別の配置・研修・着用要件まで確定するものではない。病棟の患者に同行する、異なる区域を移動する、混雑時に手続を補助する等の活動では、公開された一般原則と現場の個別指示を時点・区域・接触状況に即して照合する。活動員の思いやりや奉仕意欲を着用の有無のみで推定せず、院内の正式な感染対策上の指示に従う。

(838) （着用を求める区域と場面の確認）

同公表によれば、着用が求められる場所には、入院棟 A の 2～14 階（エレベーター内を含む）、入院棟 B の 2～12 階（エレベーター内を含む）、外来化学療法室、透析室、リハビリテーション室、救急外来、周術期管理センター及び職員が必要と判断する場所がある。また、入院患者との面会時、職員から指示された時等にも着用を求める。これらは令和 8 年 6 月 1 日更新時点の公表事項であり、活動員の病棟内立入り又は特定区域での活動が許可されることを示すものではない。配属区域ごとに最新の指示と入室権限を確認し、同じ建物内でも条件が異なることを事前に説明する。

²¹³ 厚生労働省「医療機関における院内感染対策について」平成 26 年 12 月 19 日通知、https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc0640&dataType=1&page=（2026 年 10 月 8 日確認）。

²¹⁴ 東京大学病院「マスク着用に関するご案内（2026 年 6 月 1 日更新）」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/info/20260601-1.html>（2026 年 10 月 8 日確認）。

(839) (症状がある場合と活動員の自律性)

病院の公表は、発熱又は咳等の症状がある場合、周囲への感染防止の観点からマスク着用を求めている²¹⁵。活動員については、体調不良、感染の疑い又は医療上の留意点を本人が申告した場合、参加を無理に促さず、活動の延期・休止、担当部署への相談及び第 11・12 章の配置調整へつなげる。どの症状や検査結果をもって活動の可否を決定するか、出席停止又は復帰の基準を誰が判断するかは、院内の感染管理・健康管理規程に従う。調整担当者が独自に感染症を診断し、又は活動員に機微な病歴の詳細開示を要求することを避ける。

(840) (手指衛生、接触及び環境管理)

活動員の担当業務に応じ、手指衛生を適時に行い、患者・設備・図書・車いす等との接触の性質を確認する。手洗い又は手指消毒の具体的方法、手袋等の使用、清拭及び物品の再利用条件は、病院の最新版手順で研修される必要がある。血液・体液、使用済み針、医療廃棄物又は汚染が疑われる物品への対応を一般的なボランティアの清掃行為に含めず、発見時は安全を確保して専門部署へ連絡する。病院の正式な許可を得ずに消毒薬を選定・混合したり、器材を処理したりしない。

(841) (感染流行時の区域・活動内容の変更)

感染の流行状況、病棟又は部署固有の制限、院内行事の実施条件等が変化した場合、平時に承認された活動内容をそのまま継続できるとは限らない。具体的な入室制限、活動縮小、中止、再開及び必要な研修は感染対策担当者と所管部署の正式な判断に従う。患者学習センター・にこにこ文庫+の開室、外来案内、病棟への近接、ロビーコンサート等では、接触様式・場所・参加者構成が異なるため、一律の「継続／停止」だけに限定せず、許される代替案を検討する。代替案も正式な安全判断を経て初めて実施する。

(842) (面会条件とボランティア活動の区別)

東京大学病院は 2025 年 7 月 1 日更新の面会案内において、面会時間を 14 時 00 分から 20 時 00 分（土日祝日を含む）、入院棟 A 一階での面会受付、病棟スタッフステーションへの事前声掛け、個別病棟の特別ルール等を公表している²¹⁶。2026 年 6 月 1 日のマスク運用変更は外来一般の任意原則を定めつつ、入院患者との面会場面及び指定病棟・診療区域における着物を引き続き求めている。面会者の入室条件、患者を案内する活動員の配置許可、職員の業務上の立入り及び感染対策上の着用は、重なる場面があっても別々に確認する。患者・家族へ面会を案内する際には、最新の受付方法、時間、病棟固有の条件及び個別の職員指示を照合する。面会可能である事実から活動員による病棟業務や患者搬送が承認されているとは導かない。

16.5. 活動員の健康管理事務、安全研修および参加条件**(843) (募集時研修と健康管理事務の接続)**

令和 8 年度の募集案内は、活動前研修として感染対策及び車いす介助等を挙げ、活動開始から累計 18 時間に達するまで先輩ボランティアに付いて学ぶ研修期間を示している²¹⁷。本章の安全論は第 10 章の研修・健康管理事務と連続し、応募受理、研修参加、指導者の下での活動、活動資格の確認、独立担当可否の判断を混同しない。累計時間の到達のみから感染対応又は緊急時対応の資格を自動的に推定しない。

²¹⁵同「マスク着用に関するご案内」、前掲 URL。

²¹⁶東京大学病院「面会・お見舞い」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/menkai/>、「マスク着用に関するご案内／面会条件」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/info/20260601-1.html>（2026 年 10 月 8 日閲覧）。

²¹⁷東京大学病院「令和 8 年ににこにこボランティア募集」、前掲<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/volunteer/>。

(844) (抗体検査、予防接種等の役割分担)

当該職位の募集要項は、活動員の健康チェック、抗体検査及び予防接種等に関する案内、日程調整、記録整理などの事務補助を職務に掲げる²¹⁸。検査・接種の要否、適応、禁忌、例外扱い、結果解釈及び活動再開条件は医学的又は正式な制度判断であり、事務担当者が独立に決めない。調整者は、正式に定められた案内・予約・書類提出・確認先を整理し、個別の医療情報を必要な専門窓口へ適切に接続する。

(845) (必要最小限の健康情報と状態管理)

活動配置に必要となる状態として、「所定の確認が完了した」「確認待ち」「当該業務への参加について担当者の判断待ち」等を使うことは考えられるが、個別の検査値、病名又は接種歴を一般配置台帳へ複写することとは区別する。病院が実際に採用する資格・健康管理の記録書式、アクセス権限、保存期間、例外の承認手続は未公開であるため、本指針によって推測しない。本人への説明と情報共有には、必要性、目的、関係者の範囲及び変更時の連絡を明確にする。

(846) (研修で確認する非技術的能力)

安全研修には、具体的な動作の習得だけでなく、困難を早めに認める力、本人へ意向を確認する対話、危険に際して活動を止める判断、明確な報告、指示の復唱又は理解確認、次の担当者への引継ぎ等が関わる。これらを活動員の人格評価と同一視せず、場面と業務に即した学習機会として扱う。研修者が「援助を中断すると申し訳ない」と感じて危険な支援を継続することのないよう、相談と交代を正当な行動として説明する。

(847) (活動員自身の事故及び心理的負担)

活動員が転倒、身体の不調、暴言、強い心理的負担又は感染への懸念等を経験した場合も、安全の対象となる。個々の事故を本人の献身不足や忍耐不足に帰することなく、必要な活動中断、正式な専門窓口への接続、日程変更及び継続意思の確認を行う。医療的・心理的な評価又は治療の提供を調整担当者の職務として推定しない。後続の参加希望について本人への不利益な圧力とならないよう、第 13 章の相談・休止・退出の原則を適用する。

16.6. 急変、転倒、外傷その他の医療的緊急事象**(848) (院内急変への正式な対応体制)**

東京大学病院の救急・集中治療科及び救命救急センター・ER は、院内急変に対しコードブルー、Rapid Response System (RRS) 等の体制で対応していることを公表している²¹⁹。活動員がこれらの名称を知ることと、自ら発動する権限、院内通報番号又は臨床的な発動基準を知っていることは同一ではない。本章では、現場職員への即時連絡を中心とした初動の考え方を示し、コード発動等の正式手順は担当部署の研修・指示に委ねる。

(849) (異変発見時の初動案)

外来案内、待合、図書室、行事会場等で意識や反応の変化、突然の転倒、著しい苦痛又はその他の異常が疑われる場合、次の初動を候補として整理する。

- 一 危険な作業・移動を中止し、自身と周囲の安全を確認する。
- 二 直ちに近くの病院職員又は事前指定の緊急連絡手段を用いて知らせる。

²¹⁸ 東京大学病院「医療運営課特任専門職員（特定有期雇用教職員（常勤））募集」2026 年 8 月 19 日、<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/syokuin/20260819-1.html> (2026 年 10 月 8 日確認)。

²¹⁹ 東京大学病院「救急・集中治療科／集中治療部／救命救急センター・ER」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/depts/er/> (2026 年 10 月 8 日確認)。

三 場所、認知時刻、観察した事実、既に行われた支援及び現場の危険を、推測と区別して伝える。

四 正式な指示を受け、許可された範囲で周囲の通行や情報提供を支援し、対応の終了・引継ぎを確認する。

この列挙は臨床的緊急度判定や救命処置の手順ではない。危機に直面した者への説明は短く明確にし、第三者の好奇心による撮影・情報収集を許容しない。

(850) (転倒後の身体移動と専門判断)

転倒した人を見つけた場合、直ちに自力歩行を勧める、車いすへ移す、他者と担いで移動する等の行為は、状態を悪化させる可能性を伴う。火災などその場に留まること自体が重大な危険を生む状況を除き、活動員は独断で身体を動かさず、専門職への連絡と指示を優先する。救命に関わる例外的行為については正式な訓練及び現場指示に従い、一般的な援助活動の権限に含めない。事故の原因を本人の不注意と即断せず、床面、設備、時間帯、案内方法及び配置条件も事後に検討する。

(851) (医療判断と支援意思の区別)

患者から「気分が悪いが診察は不要」「休めば治る」「この薬を飲めばよいか」などの訴えがあった場合、援助の申し出への同意と医療上の安全確認を混同しない。活動員は本人の言葉を尊重しながら、医学的な説明や受診不要の保証を避け、必要な専門職へ引き継ぐ。意思疎通が難しい、本人が支援を拒む又は付添いとの意見が異なる場合も、対応方法を独断で決定せず、患者の権利と安全の両立について所管職員へ確認する。

(852) (緊急事象と他の業務の競合)

急変への連絡又は現場の安全確保が必要となった場合、受付案内、図書貸出、行事進行その他の予定業務は中断・再配置の対象となる。残った活動員へ自動的に全担当を移転して過重な負担や資格外業務を生じさせない。第 11 章の排班における優先順位は、緊急事象に対して臨床的な指揮権限を持つものではなく、正式な停止・再開判断を反映して計画の可否を再計算する補助手段である。

(853) (発生後の短期支援と記録)

事案終了後、同じ場所で活動を再開できるか、当事者の個人情報をもとの範囲で共有すべきか、目撃した活動員の不安にどのように対応するか等を確認する。活動員が患者の症状や治療の経過を知る必要があるとは限らない。正式な対応記録は所管部門が管理し、一般活動記録には活動中断の時刻、交代・連絡の実施及び担当変更など必要な運営上の事実を残す。医学的評価や詳細な患者情報を二重に保管しない。

(854) (危機場面での支援同意と専門的判断)

転倒、急変又は強い混乱の場面では本人の安全と意思尊重が緊張する。活動員は、直ちに危険な動作を増やさず、周囲の安全を保ち、院内で認められた緊急通報経路を用いて専門職へ連絡する。本人の状態が同意可能か、どの医療措置が必要かを活動員が判定することは避ける。緊急医療上の同意の例外は適用法令と専門職の責任に属し、本指針の一般的な援助倫理から独自に導かれない。

(855) (患者安全権利からみた情報提供と初動の分担)

WHO の 2024 年「患者安全に関する権利憲章」は、安全な施設、適格な医療従事者、情報・意思決定支援、患者の声が聴かれること等を含む。²²⁰当該権利の重要性から、活動員に

²²⁰World Health Organization, *Patient Safety Rights Charter* (2024), <https://www.who.int/publications/i/item/9789240093249>.

医療上の診断又は院内緊急通報の独立権限が発生するわけではない。患者の状態が急に変化した疑いがあるときには、通常の配置維持や業務実績の達成より、直近の職員への連絡、本人の安全及び所定の緊急手続への接続を優先する。

(856) （安全のための連絡と情報最小化の両立）

緊急時には事象の場所、観測された変化、既に行った行動、連絡を受けた職員及び時刻など、安全な初動に必要な事実を優先する。活動員が診断名、病歴又は医療上の推測を付加して広く共有することを避ける。事後の正式報告内容及び保存先は院内の制度に従い、善意による個人端末への写真保存、チャット転送又は独自事故データベースの作成を認める趣旨ではない。

(857) （転倒時における判断の時系列と安全初動）

【仮想事例】 外来案内中の来院者が転倒した際には、初動として正式な連絡方法による医療職への接続、二次的危険の抑制及び担当職員の指示に従った支援を優先する。誰に法的責任があるかを活動員自身が即時に判定したり、支援の正当化のために本人へ特定の説明を強いたりしない。事故時の対応と事後の民事責任審査、病院内の安全管理上の検証は異なる時間と権限の局面に属する。

(858) （事務管理の規定と臨床的権限との非同一性）

民法第 697 条及び第 698 条の事務管理・緊急事務管理は、義務なく行われた他人の事務管理についての私法上の規定である。緊急事象を目撃した活動員が援助し得る場面の法的検討に関係することはあるが、これらの条文は一般的な医療資格の根拠でも、院内の救急体制への任意アクセスを認める規定でもない。救命講習の受講、病院の指示及び実際の緊急状況の下での法的評価は別途必要である。

(859) （転倒の予防と転倒後の対応の検証）

組織内の原因分析では、事故に至る配置及び環境を検討するとともに、発生後の連絡、医療職への引継ぎ、本人への説明、必要情報の保全を独立の対象とする。転倒を完全に予防できない事実は、その後の情報伝達まで検証不要とする理由にならない。一方、事後対応を改善できる余地があったことをもって直ちに過去の民事責任が成立するとすることも避ける。

16.7. 災害、火災、設備障害および集団的な事象

(860) （災害時の指揮命令とボランティア参加の地位）

東京大学病院の災害医療マネジメント部は、大学本部及び病院長の指揮の下で災害医療の活動を行い、平時から災害発生時のシミュレーションや規則整備を行うことを公表する²²¹。病院が災害対応体制を有することから、一般のボランティア活動員が災害対策本部の構成員となる、避難誘導を単独で指揮する、又は医療支援チームとして行動することは導かれない。安全を優先し、現行の院内防災計画と職員の指示に従う。同部の公開説明は、大学本部・病院長の指揮下で DMAT 等を編成する災害医療支援、平時のシミュレーション、多職種人材育成及び学内関係部署との連携を扱う。これは正式な専門的災害医療の体制に関する記述である。個々の志願者の避難補助、平時の来院者案内、災害発生時の一時的な支援要請の三つを別の活動状態として扱い、本人の安全、参加意思、指示主体、研修・立入権限及び緊急連絡手段が未確認の活動を配置モデルが自動的に割り当てないことを提案する。

²²¹ 東京大学病院「災害医療マネジメント部」、前掲<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/depts/dmm/index.html>。

(861) (火災、地震その他の避難を要する状況)

火災、地震、煙、破損した設備又は建物の異常等に遭遇した際には、危険な区域への立入りと作業の継続を避け、正式な警報・避難・集合に関する職員の指示を確認する。避難経路、非常口、エレベーターの使用可否、避難先及び要支援者の搬送手順は建物・災害種別によって異なるため、現行の訓練資料又は現場指示による。活動員が独自の経路を決めて患者を移動させたり、混雑する場所へ人を集めたりしない。見聞きした異常の報告と自らの安全確保も重要な活動と位置づける。

(862) (停電、通信障害及び情報システム停止)

停電又はシステム停止時には、再来受付機、呼出受信機、エレベーター、照明、図書の記録機器、行事設備等が同時に影響を受け得る。職員が定める代替手順を確認し、院内システムの障害中に個人端末・個人メール・未承認のクラウド表計算で医療情報を代替管理しない。案内内容が不確実になった場合は、確実に把握している情報と未承認の情報を分け、正式窓口へ誘導する。復旧時にも再開の許可、記録の整合性及び未処理事項を確認する。

(863) (感染流行と集団イベントの対応)

ロビーコンサート、季節行事、図書室等の集団的な接触が生じる場では、実施可否、参加可能人数、動線、換気、衛生対策及び患者の静穏への配慮を、当日の運営条件に応じて正式な所管者が判断する。感染流行等により予定活動が縮小又は中止となる場合、出演者、活動員、関係部署及び必要な利用者向け情報を整合させる。中止によるサービス損失を記録する一方、安全確保のための中止を「運営失敗」として機械的に評価しない。

(864) (避難・運営能力と配置計画の関係)

災害や大規模な設備障害によって活動区域が変わる場合、第 11 章の通常時の配置計画は前提が失われ得る。変更後の区域への入室権限、移動可能性、必要な資格、活動員の安全、職員の指示を再確認する。数理的な計画は、未承認の災害時動線や院内の正式な指揮命令を補う根拠とはならない。安全上の条件が分からない場合は、通常業務の停止・保留を含む案を提示する。

16.8. 苦情、威圧的行為、迷子および情報上の例外事象**(865) (迷惑行為及び活動員の保護)**

東京大学病院は「患者さんの権利と責務」において患者の尊厳・意思・プライバシーを守るとともに、院内規則の遵守及び迷惑行為を慎むことを求めている²²²。活動員が暴言、威嚇、つきまとい等を受けた場合、本人に単独で解決を強要せず、安全を確保して担当職員・正式な相談窓口へ連絡する。他方、患者の質問、苦痛の訴え又は正当な異議申立てを、単に対応が難しいという理由で迷惑行為と決め付けない。双方の安全、権利及び正当な手続を区別する。

(866) (行方不明、迷子及び同行者を見失った事案)

病院内で家族・同行者と離れた人、現在地や目的地が分からない人、保護者を探す子ども等に接する場合、患者の状態・年齢・安全上の必要に応じ、正式な所管部署へ直ちに連絡する。活動員が本人を施設外へ移動させる、居場所を SNS に投稿する、未承認の親族へ引き渡す等の対応を独断で行わない。個人に関する情報を周囲へ広く呼びかける必要があるかは、現場職員による判断に従う。旧来の小児病棟補助活動が現時点で休止中であることも、通常の活動権限と混同しない。

²²² 東京大学病院「患者さんの権利と責務」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/kenri/>（2026 年 10 月 8 日確認）。

(867) (金銭・私物・紛失物に関する例外)

金銭の受渡し、財布・端末・処方箋・貴重品の預かり、落とし物の保管等には、私物管理、個人情報及び紛争の危険が伴う。活動員が独自の領収、金銭の代行管理又は保管場所の選定を行わず、正式な窓口・手続に従って引き継ぐ。困っている来院者への共感と、安全で追跡可能な事務処理の必要性を併存させる。受診関連書類や電話画面に偶然見えた情報についても、業務上の必要を超えて記録又は共有しない。

(868) (個人情報の露出、誤送信及び撮影)

活動員台帳、予定表、利用者記録、写真・動画及び相談メモ等が、意図しない者に閲覧されたり誤送信されたりした疑いがある場合、独自の隠蔽又は個人情報の非公式な解決を避け、速やかに所管職員へ事実を報告する。個人の端末に複製して「証拠保全」しない。患者の容態や事故場面の撮影・公開を、善意の広報や活動記録の一環として正当化しない。連絡後の保全、通知、削除、外部報告等の判断は病院の情報管理制度による。

(869) (複合事象と所管の重なり)

たとえば、転倒時に個人情報を含む書類が散逸した、行事の混雑時に身体不調が発生した、停電と感染対策上の制限が同時に生じた等、一つの事案が複数の所管にまたがる場合がある。最初に連絡した部署だけですべてが完結するとは限らないため、現場の緊急性、必要な専門的判断、施設・情報上の危険、運営業務の中断及び記録の所在を分けて整理する。関係部署間の責任転嫁や過剰な個人情報共有を防ぐため、調整担当者は正式な指示系統を確認する。

16.9. 発生記録、正式報告および業務継続・再開の判断**(870) (即時対応と事後記録の二段階)**

安全事象の初動時には危険への対応と専門職への連絡を優先し、詳細な記録のために現場での対応を遅らせない。状況が落ち着いた後、事実認知の時刻、場所、本人又は周囲から示された訴え、行われた連絡、活動の中断・移管、未解決事項及び記録作成者を、必要な範囲で整理する。聞いた情報と直接観察した情報を区別し、医学的な推測又は責任の断定を記録の事実欄へ混在させない。

(871) (正式なインシデント報告への接続)

病院の医療安全対策センターの公表説明では、インシデント・アクシデントレポートを教職員が自主的に報告し、同センターが集約・分析して組織的改善へつなぐとされる²²³。この公表は、個々のボランティア活動員に報告システムへの入力権限を授与するものではない。活動員が異常を発見した場面では、まず生命身体及安全及び所定の職員への速やかな連絡を優先し、正式な報告要否・入力者・受領者・分類・調査は院内制度に従う。調整担当者が作成する出欠・配置・引継ぎの補助記録と、正式な医療安全報告は、目的、保有主体、個人情報の必要量及び訂正権限を分ける。報告したという事実は、相手方の受領、正式案件の登録、対応開始又は終結をそれぞれ自動的に意味しない。

(872) (サービス再開条件と運営上の影響)

活動の中断後、担当区域に戻れるか、活動内容を変更できるか、当日の図書室又は行事を続行できるかは、事案の種類によって異なる。担当職員による安全・設備・感染・人員等の確認及び権限ある判断を受け、必要なら第 11 章の配置を組み直す。活動員が「もう大丈夫だ

²²³ 東京大学病院「医療安全対策センター」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/depts/iryouanzen/>（2026 年 10 月 8 日確認）。

と思う」と判断したこと、又は最適化モデルが再び可行解を出したことのみの再開許可とはしない。患者・来院者向けの通知は確定した情報に限定する。

(873) （引継ぎの完了条件）

引継ぎは単に誰かへ連絡したことだけを指さない。誰が事案を受け取ったか、活動員が留まる必要があるか、後続の活動・サービスを誰が担うか、患者情報や記録をどこに保管するか、次に連絡が必要な条件は何かを、正式な担当者との間で確認することを提案する。現場で詳細な確認が安全上難しい場合は、まず緊急性の高い事項を伝え、事後に必要な項目を補う。連絡先の引継ぎと責任主体の移行を混同しない。

(874) （情報の目的別分離）

事案の記録は、医療上の正式な安全報告、感染対策上の報告、施設・防災関係の報告、活動員の勤務・参加状態、利用者への案内等、それぞれ目的と権限が異なる。一般のボランティア活動台帳には医療記録を複写せず、必要に応じて正式な事案管理の識別子又は対応済み状態等を所管者が扱う方法を検討する。識別子の付与・共有自体にも情報管理上の制約があり、外部への公開又はAIによる分析は第19章の確認を要する。

(875) （危害発生時の説明、傾聴と学習の分離）

安全上の出来事の後には、迅速な所管連絡、事実の保全、本人の不安や意見の傾聴、必要な説明及び組織的な再発防止を相互に接続する。ただし、調整担当者の活動事実の報告と、病院としての正式な事故認定、医療説明、損害対応又は謝罪の決裁を区別する。患者の意見提出が次のサービス利用で不利益とならないことへの配慮を、相談経路及び記録の目的限定と共に確認する。

(876) （医療法上の医療事故調査と一般の事故・未遂記録の区別）

医療法第6条の10に基づく医療事故調査制度は、病院等に勤務する医療従事者の提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であり、かつ管理者が予期しなかったものという法定の範囲を対象とする。過誤の有無はこの制度の対象判断を左右しない。通常の案内間違い、苦情、未遂及び死亡等を伴わない転倒を、すべて同制度の届出対象と呼ぶことはできない。反対に制度対象外の事案であっても、患者の安全確保、所属部署への連絡、院内の正式なインシデント取扱い、必要な支援を検討する余地は残る。発見者が直ちに担える安全上の初動、病院の事故報告系統及び管理者による法定該当性判断を区分する。²²⁴

同一事象について、来院者の安全確保、院内インシデント報告、患者相談、医療事故調査制度及び法的責任評価がそれぞれ別の条件で起動し得る。法定制度の対象性を活動員や本試作の自動分類によって確定せず、管理者の判断に必要な事実がどこで保存されるか、各経路の受理確認を誰が行うかを正式な所管へ照会する。情報を必要最小限に分けても、生命・身体确保安全確保に不可欠な連絡を遅延させない。

法令版の精査では、2026年10月1日施行の医療法改正履歴と、調査制度の要件に関する具体的条文・附則を区別して確認する。医療事故調査制度の該当性、院内の事故報告義務、患者からの苦情の受付、損害賠償上の評価は、同一の出来事に関連してもそれぞれの要件・受理機関・決定権者が異なる。モデル上の分類結果が特定の届出義務や法的評価を自動的に起動したと誤表示しない。

²²⁴医療法第6条の10；厚生労働省「医療事故調査制度に関するQ&A（Q2）」<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000086544.html>。同Q&Aは医療起因性と予期しなかった死亡・死産の二要件を示し、管理者による判断・最初の報告を説明している。

(877) (事故時の即時の安全行為と法律評価の時間的分離)

事故の現場では、生命身体への危険の回避、適切な専門職への接続及び必要な情報伝達が先行する。その後に事実確認、制度上の分類、原因分析、改善措置及び必要に応じた法的検討が続く。初動段階の活動員に、医療事故の該当性、過失割合、因果関係又は損害賠償の結論を求めない。事故の直後に得られた観察と事後に判明した事実を区別し、後知恵で当時の情報を再構成しない。

(878) (被影響者への説明及び被疑責任者の手続的保護)

事故後の説明では、患者・家族への誠実な対応と事実の正確性を重視する。同時に、活動員その他関係者の意見を確かめず責任者として公表すること、確定していない原因を断定すること、必要範囲を超えて健康情報を共有することを避ける。誰がどの範囲を説明し、追加調査や継続連絡を担当するかは正式な院内権限により定める。本指針は当事者間の説明を促進する方法論であり、病院の法的代理や示談を行う権限を創設しない。

(879) (法定医療事故報告と院内インシデント区分の区別)

医療法上の医療事故調査制度の法定報告、病院内のインシデント・アクシデント報告、患者相談、苦情申立て及び危険の即時通報は、情報が部分的に重複しても、要件、受領主体、法的効果及び記録上の地位が異なる。医療事故調査制度が対象とするのは医療起因性が認められ又は疑われ、管理者が予期しなかった死亡・死産であり、医療過誤の認定を前提条件としない。医療安全支援センター又は院内相談窓口への一般相談をもって法定医療事故報告がなされたものとみなさない。発見時の安全確保と院内の正式連絡を優先し、対象性の判断と法定手続は病院等の管理者の権限に属することを保持する。²²⁵ 法律上の定義の検討を理由として、傷病者への初動と職員への連絡を保留しない。逆に、連絡した事実のみで正式受付、調査開始又は救済完了を推定しない。

一つの事象が複数経路に関係する場合でも、第一報の受理、患者安全上の初動、院内での分類、管理者による医療起因性・予期性の判断、外部への法定報告及び遺族への説明は異なる段階である。活動員の役割は確認した事実と切迫した危険を所定の担当者へ速やかに伝達することに置き、法定制度の対象性についての推断により連絡を遅延させない。伝達の記録には、発見時点、発見者、直接の観察、伝達時刻、受領側の確認及び以後の引継ぎを区別して残すことを提案する。

16.10. 事故予防の評価、組織学習および規範の再点検**(880) (個人責任とシステム条件の識別)**

安全上の事象を検討するとき、活動員の注意や技量のみを原因とする説明に依拠せず、動線、設備、混雑、活動目的の設計、研修内容、配置と帯同関係、情報伝達、決裁及び必要な支援の可用性を相互に検討する。個人の行為に問題がある場合も、制度・環境の寄与を見落とさない。逆に、組織的な条件の存在を根拠に個々の判断責任を自動的に否定しない。安全事象の分析は所定の権限と秘密保持を備えた主体が行う。

(881) (事故件数、報告件数及び測定限界)

報告件数の増加は、実際の危険の増加、観察機会の増加、報告文化の改善、基準変更等によって生じ得る。報告件数の減少も安全向上を必ずしも意味しない。測定対象、観測期間、報

²²⁵ 厚生労働省「医療事故調査制度に関する Q&A (Q2)」<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000086544.html>。医療法第 6 条の 10<https://laws.e-gov.go.jp/law/323AC0000000205>。東京大学病院「医療安全対策センター」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/depts/iryouanzen/>。具体的な院内報告書への入力資格は公開ページから確認できない。

告する主体、活動時間、区域、患者構成及び制度変更を併記し、単一の安全 KPI だけで活動員や部署を序列化しない。患者・活動員に不利益を及ぼさない範囲で、ヒヤリ・ハット等の気づきが職員へ伝わる心理的に安全な関係を支える。

(882) (訓練、反復的点検及び実践の更新)

活動員に關係する安全教育は、受入時の研修に加え、担当区域の変更、感染対策の公表更新、新しい案内設備又は行事の開始、過去の問題から得た知見に応じて補完される必要がある。定期的な模擬場面や確認表の導入は検討可能だが、院内の正式な訓練制度との整合、参加者の負担、個人情報、訓練の有効性を評価する。未承認の緊急訓練を患者のいる現場で実施しない。安全教育の完了記録と、特定活動に関する実際の許可及び技能は別々に確認する。

(883) (關係性倫理と安全判断の衝突)

人への善意、偶然の出会いから生じた關係及び活動員自身の役割意識が、危険な援助を続ける理由となる場合がある。GR による關係論的解釈では、關係を成立させることと、その關係を無条件に持続させることは同一ではない。患者の拒否、活動員の安全、医療上の権限及び制度的な支援の限界に応じて援助を止め、専門職へ引き継ぐ行為も、適切な關係的实践となり得る。この考察は病院の公式哲学ではなく、本指針の倫理的解釈である。

(884) (EBPM 上の五つの留保)

第 6 章で整理した五つの方法論的限界は安全評価にも適用される。

- 一 帰納の問題。過去に事故がなかった配置が将来も安全であるとは限らない。
- 二 人間性疎外。管理上の指標が、患者・活動員の経験を周辺化し得る。
- 三 責任の分散。活動企画、配置、現場行為、専門判断及び記録の間で責任が不明確になり得る。
- 四 証拠の時間及び状態への依存。感染状況、施設利用、患者構成及び研修状態の変動を把握しにくい。
- 五 主体の物象化。事故の件数や「危険な活動員」という分類が、本人と周囲の關係を変化させ得る。

指標の利用では、こうした限界を明示し、調査・対話・専門的判断との相互校正を図る。限界の指摘自体が個別事故の原因を確定するものではない。

(885) (院内確認事項と次章以降への接続)

本章を正式な業務に応用する際には、活動員の緊急連絡先、区域別入室条件、移動介助許可、転倒・体調急変時の対応手順、感染対策研修、災害・避難訓練、報告権限、再開承認及び記録保存の規則を院内で確認する。第 17 章では部署間の調整と苦情対応、第 18 章では業務記録と報告書、第 19 章では情報の権限・保護、第 20 章では評価と改善を扱う。各章の方法が安全上の権限を創出すると解さず、実践から得た知見を第 7 章の企画、第 10 章の研修、第 11 章の配置及び第 21 章の指針改訂へ還流させる。

17. 院内連携、關係部署との調整および苦情・紛争処理

17.1. 本章の目的、対象範囲および制度的な位置づけ

(886) (院内連携の目的と業務上の位置)

本章は、ボランティア活動と患者支援の企画・実施に際して、活動の需要を提起する部署、運営を調整する担当者、現場を担当する専門職、活動員並びに患者・家族等の間に生じる連絡・判断・調整・相談の経路を整理する。第 7 章の企画から第 16 章の安全対応までに設

定した各手続は、関係主体の間で必要な情報と判断が適切に受け渡されて初めて運用できる。そこで本章は、通常の部署間調整、意見・苦情の受理、関係上の葛藤、権限を要する判断及び改善への還流を、連続するが区別された業務局面として扱う。

(887) （調整、相談、苦情及び紛争の区別）

「調整」は、既に許容された活動の実施条件、担当者、時間、場所又は連絡方法を整えることをいう。「相談」は、疑問、不安、要望及び支援を求める意思表示を含み、必ずしも対立や違反の申告を伴わない。「苦情」は、経験した対応・制度・結果への不満及び改善要求を含む。「紛争」は、当事者の主張、権限、事実認識又は規範的評価に実質的な不一致があり、一定の解決過程を要する状況をいう。これらは本指針上の作業概念であり、東京大学病院の正式な受付区分や法令上の紛争類型を定義し直すものではない。

(888) （公開資料と内部規程の区別）

東京大学病院は、患者相談・臨床倫理センターの役割及びその内部の三チーム、総合相談窓口、患者の声の受付方法並びに医療運営課の所管業務を公表している²²⁶。令和8年8月19日の職員募集は、医療運営課患者支援チームの職務に相談対応及び関係部署との調整を含めている²²⁷。しかし、担当者ごとの決裁権、調査権限、部署間の命令系統、正式な案件受付区分及び対応期限の全体は公開文書だけから確定しない。本章に示す候補手続は、採用後に正式な指示を確認して運用するための個人準備案である。

(889) （運営上の優先順位）

人の身体・生命への差し迫った危険、感染対策上の問題又は安全を損なう可能性が認められるときは、第16章の正式な初動・連絡手続を優先する。平時の配置調整、案内先の確認、相談内容の分析及び書類作成を理由に専門職への連絡を遅らせない。他方、緊急性のない苦情を「安全案件」と一律に分類して患者の発言機会を狭めたり、当事者の希望に反する情報共有を正当化したりしない。個別の優先順位は危険の性質、本人の意向、権限及び関連する制度に基づき判断される。

(890) （本章の実務的構造）

本章では、まず院内の公表された所管を同定し、次いで連絡を必要とする活動の種類と受入先を整理する。そのうえで、相談・苦情の聞取り、複数部署の調整、紛争時の手続保障、緊急事象の移管、連絡の完了判定、記録の制御及び組織学習へ進む。活動員が患者相談の専門職を代行することも、調整担当者が医療・法務・労務の判断権限を取得することも想定しない。各段階では、何を誰から受け取り、誰に何を渡し、どこで判断責任が移るかを明示する。

17.2. 院内組織の公表された職能と責任の境界

(891) （患者相談・臨床倫理センターの三チーム）

東京大学病院の公表によれば、患者相談・臨床倫理センターには、患者相談対応チーム、患者サービスチーム及び臨床倫理コンサルテーションチームの三者がある²²⁸。患者相談対応チームは、職員の態度、医療行為や病院システムへの疑問に対応し、診療科との意思疎通や患

²²⁶ 東京大学病院「患者相談・臨床倫理センター」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/depts/soudan/>、「総合相談窓口のご案内」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/soudan/>、「事務局」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/depts/jimu/>（いずれも2026年10月8日参照）。

²²⁷ 東京大学病院「医療運営課特任専門職員募集」2026年8月19日、<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/syokuin/20260819-1.html>（2026年10月8日参照）。

²²⁸ 東京大学病院「患者相談・臨床倫理センター」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/depts/soudan/>（2026年10月8日確認）。

者の意思決定に関する支援を行う。患者サービスチームは、患者の声を院内部署へ伝え、ボランティア管理及び院内コンサート等に関わる。臨床倫理コンサルテーションチームは、主に現場の医療従事者から寄せられる臨床倫理の問題に助言する。これらは公表された機能の整理であり、「医療運営課患者支援チーム」との正式な兼務、上下関係、案件移管権限は確認を要する。相談者の立場と緊急度を確かめ、専門的判断を要する問題を活動員や調整担当者の私的な解決として抱え込まない。

(892)（医療運営課及び患者支援チームの位置づけ）

東京大学病院の事務部の公表は、医療運営課が入院・外来・中央診療に係る運營業務、患者サービス、診療録の管理運用等を所管する旨を示している²²⁹。募集職務に記載された患者支援チームは、志願活動者の活動状況管理、相談、関係部署との調整及び患者サービス改善を担当する想定である。これにより当該担当者が病院全体の苦情について最終判断する、診療科へ命令する、又は医療安全報告を決裁するとは推定できない。病院が公開する組織上の職能と、当該職位に実際に委ねられた行為権限とは区別して確認する。

(893)（正式な相談入口と患者の不利益防止）

東京大学病院は患者相談の基本姿勢として、迅速かつ誠実な対応、公平・公正な問題解決、必要な情報の提供、患者の声の院内運営への反映、相談・苦情を理由とする不利益の防止を掲げている²³⁰。志願活動者又は調整担当者が患者の困りごとを聞いた場合、その内容を無条件に私的な「活動への評価」として処理せず、正式な相談を希望する人には所定の入口を案内する。苦情を述べた患者に対し、その後の案内、活動員配置又は接遇を不利益に変化させないことを基本とする。

(894)（医療専門職と横断的安全部門の役割）

診療の判断、患者の病状説明、検査・治療方針及び医療上の緊急性の判定は、当該診療科と権限ある医療専門職の所管である。医療安全対策センターは、教職員からのインシデント・アクシデント報告、分析、部門横断の改善及び職員教育を公表している²³¹。感染、設備、災害等にはそれぞれ専門の所管が存在する。相談がこれらを含む場合、調整担当者は活動の継続可否に関する自部署の事務を整理し、専門判断そのものを推測又は代行しない。

(895)（活動員、患者、家族及び職員の多様な地位）

関係者は「院内の者」と「外部の者」の二分法だけでは整理できない。患者の意思を中心に、代理・同伴する家族、活動への参加意思を有するボランティア、現場の医師・看護師、受付担当者、設備・警備担当者、相談員等がそれぞれ異なる役割を持つ。家族の希望が患者の希望と一致しない場合、活動員が代理権又は意思決定能力を独自に判定しない。職員間で見解が異なる場合にも、現場で多数決的に決めるのではなく、正式な責任者及び必要な専門窓口へつなぐ。

(896)（組織図と案件ごとの責任配置の相違）

ある部署の組織上の位置は、特定事案の受理権限・対応責任・最終決裁者を一義的に示すとは限らない。そこで、実務導入前の補助資料として、案件ごとに「要請主体」「現場実行主体」「専門判断主体」「連絡調整主体」「最終確認主体」を分けた責任関係表の作成を検討す

²²⁹ 東京大学病院「事務部」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/depts/jimu/>（2026年10月8日参照）。

²³⁰ 東京大学病院「患者相談・臨床倫理センター」及び「総合相談窓口のご案内」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/soudan/>（2026年10月8日参照）。

²³¹ 東京大学病院「医療安全対策センター」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/depts/iryouanzen/>（2026年10月8日参照）。

る。各欄には正式な所管者の確認と更新年月日を要し、空欄を推測で補わない。表の作成そのものは新たな命令権又は責任の移管を意味しない。

17.3. 活動需要の受付、部署間調整および実施条件の確定

(897) （部署からの活動要請を受ける際の確認事項）

外来、診療部門、図書室又は行事担当部署等から活動員の配置要請を受けた場合、まず求める支援の目的、対象となる利用者、日時、場所、活動内容、必要人数、資格・研修要件、現場責任者及び開始・終了の条件を把握することを提案する。要請は、単なる「一名を追加したい」という人数表現のまま受け入れるのではなく、何を実現するためにどのような支援が必要かを確認する。依頼内容に診療行為、身体介助、個人情報閲覧又は入室制限のある区域が含まれるときは、正式な許可の有無を先に確認する。

(898) （要請の成立条件と引受の区別）

関係部署から活動希望が寄せられたこと、調整担当者が当該希望を記録したこと、必要な人員を発見したこと及び正式に実施を認められたことは、それぞれ異なる段階である。実施計画には次の区分を設けることを提案する。

- 一 受領。要求の発出者、目的及び時刻が把握された状態。
- 二 確認中。活動範囲、安全条件、資格及び実施責任者の確認が完了していない状態。
- 三 調整中。実施可能な条件が確認され、配置・日程等の候補を検討している状態。
- 四 決定又は見送り。権限ある者による最終の実施判断が確定した状態。

各区分は本指針の個人提案であり、病院の実際の受付・決裁システムに置き換えられるべきものである。

(899) （部署間で競合する配置需要の扱い）

複数の部署が同じ時段に活動員を求める場合、単に申請順又は声の大きさを割り当てない。第 11 章の資格、本人の参加可能性、空間移動、最小配置、安全及びサービス連続性を確認したうえで、患者への必要性、代替手段、未充足の場合の影響、現場の受入能力等を並置する。重要な優先順位の判断に所定の責任者の承認を要する場合は、その経路に従う。どの部署にも配置できないときは、調整担当者が独自に資格要件を緩和するのではなく、代替案と未充足の理由を関係部署へ返す。

(900) （時間・空間・機能の連結条件）

同じ建物内でも受付機の案内、移動支援、にこにこ文庫＋、行事会場の設営等には異なる技能と連絡先が必要である。また同一の活動員が二つの区域を継続して担当するには、移動時間、引継ぎ、混雑及び業務終了の確認が必要となる。第 11 章の数理的な配置候補は、このような時間的・空間的・機能的条件の確認を補助するにとどまり、患者の個別事情や現場の決裁を自動的に代替しない。実際の配置変更を伝えるときには、変更前後の担当区域だけでなく、誰が患者対応や図書室の鍵等を引き継ぐかも確認する。

(901) （要請内容変更時の再確認）

部署の事情、診療動線、感染対策、来院者数又は活動員の参加可能性が変化したときは、最初の確認内容が引き続き妥当かを点検する。変更が活動目的又は許可範囲に及ぶ場合は、単なるシフト編集として処理せず、必要な承認を取り直す。時刻の変更であっても、学生の二時間枠、帯同研修、移動余裕及び閉室条件に影響し得る。変更通知を受けた関係者が旧版の予定を参照し続けないよう、改訂時刻、連絡済み先及び保留事項を明らかにする。

(902) (実施後の評価に結びつく要請記録)

部署からの要請を活動件数の増大目標と直結させず、要請が生じた理由と、実施によって解消された困難を後から検証可能な範囲で記録する。未実施の要請についても、資格不足、参加可能時間の不足、情報の不足、安全上の留保又は他の手段による代替等の理由を区別する。患者情報を過剰に収集せず、活動に必要な集計単位で第 18 章へ引き継ぐ。要請の履歴は第 7 章の企画及び第 20 章の EBPM 評価に還流させる。

17.4. 患者相談、活動員相談および正式窓口への分流

(903) (患者相談の公表された入口)

東京大学病院は入院棟 B 一階に総合相談窓口を設け、看護師、ソーシャルワーカー、事務職員等による相談への対応を案内する。公表された開設日時は平日 8 時 30 分から 17 時（土日・祝日、12 月 29 日～1 月 3 日を除く）であり、「皆さまの声をお聴かせください」では患者相談・臨床倫理センターへの電話窓口（代表電話内線 32604）及び外来・入院それぞれの対面での取次ぎ先も示される²³²。活動員の役割は、本人が正式相談を望む場合に現在の窓口情報を確かめ、意向に応じて案内することである。相談の表明と同時に全情報の転送に同意したと推定せず、秘密保持と危険時の必要な連絡を区別する。時間外に差し迫った危険がある場合は通常の相談窓口の翌開所を待たず、正式な安全連絡経路を優先する。

(904) (患者の声の複数の提出経路)

東京大学病院の公表によれば、外来患者は外来診療棟一階の総合案内や各階受付等を通じて、入院患者は病棟スタッフや入院棟の窓口等を通じて対面相談へつながり得る。また、院内のご提案箱、電話及び郵送の経路が案内されている²³³。活動員が提案箱の内容を勝手に開封したり、正式窓口に代わって個人の連絡先を集めたりしない。相談者が望む方法、緊急性、プライバシー及びアクセスのしやすさを踏まえ、現行の正式窓口へ案内する。

(905) (患者の意見表明と志願活動への評価の分離)

ある患者が志願活動の手助けを望まない、説明が分かりにくいと感じた、あるいは職員の接遇に不満を持った場合、これらをすべて「ボランティアへの苦情」として集計しない。苦情の対象が病院制度、治療方針、個別の職員対応、活動の設計、活動員の行為のいずれにあるかを、相談者自身の言葉を尊重して把握する。活動員の評判を守るために相談者の問題提起を取り下げさせたり、反対に事実確認前に特定の活動員の過失を断定したりしない。患者が正式相談を希望した場合、担当窓口への接続を妨げない。

(906) (活動員からの相談の受入れ)

活動員が配置、研修、健康管理事務、他の活動員との関係、現場職員の指示、患者との接触又は休止・退出に関して相談する場合、第 13 章の継続支援と接続して扱う。まず相談者が望む支援、差し迫った安全上の問題、関係する活動の状況及び必要な専門窓口の有無を聞き取り、不要な個人史・病歴・心理状態を尋ねない。活動の継続を前提として説得することを相談の目的に置かず、配置変更や休止の選択肢も尊重する。内容が労務、ハラスメント、医療、健康又は法的問題に及ぶ場合、所定の担当へ連絡する。

(907) (判断権限を超える相談の区分)

対応する所管の例として、次の区分を念頭に置く。

²³² 東京大学病院「総合相談窓口のご案内」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/soudan/>、「皆さまの声をお聴かせください」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/voice/>（2026 年 10 月 8 日確認）。

²³³ 東京大学病院「皆さまの声をお聴かせください」前掲 URL。原則の相談時間は三十分以内と公表されているが、個別案件の調査・解決期限を意味しない。

- 一 診療内容・病状説明・同意の問題は、診療担当者及び患者相談対応の正式経路に接続する。
- 二 臨床倫理上の困難は、東京大学病院が公表する臨床倫理コンサルテーションの役割を参照し、必要な専門職を介して接続する。
- 三 移動支援・活動日程・図書室・行事等は、活動担当部署とボランティア調整の所管を確認する。
- 四 安全・感染・暴力・個人情報漏えい等は、緊急性と専門所管に応じ、第 16 章及び関連する正式窓口に接続する。

以上は窓口の機能を整理するための候補分類であり、病院の最終的な案件振分規程ではない。

(908)（相談者に対する説明と期待の調整）

相談を受けた者は、事実を確認する前に解決・謝罪・処分・診療方針変更を約束しない。自分が答えられる範囲、正式な担当へ取り次ぐ必要、共有の目的、想定される次の連絡及び守秘の限界を、分かる言葉で説明する。相談者が氏名の共有を望まない場合、その希望を確認しつつ、匿名では対応が難しい事項や安全上必要な共有がある場合は正式な所管に判断を委ねる。相談者がその場で詳細を述べたくないときには、無理な聞取りを避けて利用できる正規経路を案内する。

17.5. 苦情の受理、事実確認および公正な応答

(909)（苦情受理時の基本姿勢）

苦情を受けたときは、相手が何に困り、何を変えてほしいと考えているかを、可能な範囲で具体的に把握する。応答者は相手の経験を軽視せず、他方で苦情に現れた主張を直ちに確定事実とみなさない。聞取りの初期段階では、評価的な表現を控え、日時、場所、起きたと認識されている事実、相手が受けた影響及び希望する対応を分ける。言語上又は身体上のコミュニケーション困難がある場合は、東京大学病院で認められた説明・支援手段を確認する。

(910)（受付の最小限の確認事項）

患者・活動員・職員から届いた申出について、本指針では次の要素を過不足なく確認する作業を提案する。

- 一 申出を受けた日時・場所・方法及び受けた担当者。
- 二 申出者が希望する回答又は支援、緊急性及び直近の危険の有無。
- 三 直接見聞きした事実、他者から聞いた事項、本人の解釈・評価の区別。
- 四 既に連絡された正式窓口、これから必要な所管確認及び情報共有の範囲。
- 五 回答・連絡の希望経路と、可能な範囲での受領確認。

これらの確認に際し、調整担当者の作業台帳へ患者の病歴や相談全文を複写しない。正式な相談記録の保存先とアクセス権限を優先する。

(911)（複数の視角による事実の再構成）

活動員が「患者を案内した」、患者が「望まない場所へ連れて行かれた」と述べ、職員が「別の手続が必要だった」と説明する場合、三者の言葉は同一事象の異なる部分を捉えている可能性がある。まず日時、表示、説明、本人の意思表示、実際の移動、関与した職員の指示といった検証可能な条件を分離する。証拠が欠ける場合は欠けていることを示し、自己の仮説に沿う証言だけを集めない。正式な事実認定や個人への処分は、病院の権限ある手続に委ねる。

(912) (患者の不利益防止と活動員の手続的保護)

東京大学病院の患者相談に関する公表は、相談又は苦情による不利益を防ぐ姿勢を示している²³⁴。患者が苦情を述べたことを理由に案内を断る、活動参加者に患者を避けるよう求める、又は診療相談への接続を妨げることがないように留意する。同時に、特定の活動員又は職員の行為について疑義が生じた場合、当人に弁明の機会を確保するか否かを含め、正式手続に従って公平に確認する。現場での即時の安全措置と、事後の責任認定・指導・処分とは区別する。

(913) (回答の主体、範囲及び期限の区別)

申出を受けた者が可能な回答は、一般的な制度案内、受付済みの連絡、正式窓口の紹介等に限られる場合がある。医療判断、診療記録の開示、職員の処遇、調査結果の通知及び謝罪の正式な発出については、それぞれ権限ある主体が決める。本指針は回答期限を数値で独自に設定せず、既存の規程や案件の緊急性に従う。窓口への引継ぎ後も、申出者への連絡を誰が担うかが不明なまま終結したと扱わない。

(914) (受付から改善への経路)

個別の申出が妥当な改善につながるかは、その内容が真実かどうかだけでなく、問題がどの仕組みに由来するかにも依存する。表示の不足、受付機の案内の難しさ、活動員研修の不一致、患者の意思確認の不足又は部署間の手続変更等を、適切な範囲で整理する。ただし、個別の患者が改善材料の提供を強制されることがあってはならない。改善提案へ変換する際は、必要最小限の匿名化・集計及び担当部署の確認を行い、第 20 章で評価する。

(915) (苦情の訴えを受ける権利と公正な解決)

WHO の患者安全権利憲章は、患者の声が聴かれること及び公正な解決へのアクセスを、安全に係る重要な権利として掲げる。²³⁵来院者の訴えが協力不足又は活動員への評価低下に直結しないよう、申出者と関係者の事情を分けて確認する。匿名・代理の申出、正式調査の可否、回答主体、対応期限及び救済の所管は、病院の公開案内及び内部規程を確認して運用する。患者の主張を自動的に確定事実とすることと、その訴えを尊重して扱うことも区別する。

(916) (本人が安心して申出できる経路の確保)

東京大学病院は総合相談窓口について、相談や意見の表明によって患者及び家族等が不利益を受けない旨を公開している。²³⁶活動員が現場で相談を受けるときも、苦情を「善意を理解しない態度」又は協力不足と解釈しない。患者相談、志願活動上の相談、医療安全の申出及び個人情報の申出は同じ担当者が処理できると仮定せず、窓口の役割を説明する。

(917) (移管、正式受領及び解決の不同一性)

患者・活動員・職員からの申出について、「連絡を試みた」「相手方へ到達した」「所管で正式受理した」「状況確認が開始された」「回答又は支援が実施された」「改善を確認した」は独立の状態である。本稿が提案する状態遷移による記録方法は、組織が正式に承認する情報項目及び取扱権限がある場合に限る研究上の例示であり、院内の相談処理システムを記述するものではない。受付と責任移管の区別は苦情、事故、個人情報事故に共通するが、各制度の受領権限や記録義務を混同しない。特に、行政の医療安全支援センターによる外部相談と、

²³⁴ 東京大学病院「患者相談・臨床倫理センター」及び「皆さまの声をお聴かせください」前掲 URL。

²³⁵ World Health Organization, *Patient Safety Rights Charter* (2024 年 4 月 16 日)、<https://www.who.int/publications/i/item/9789240093249>。医療安全に関する患者の十の権利を整理した国際的指針であり、院内の所定手続そのものを定めない。

²³⁶ 東京大学病院「総合相談窓口のご案内」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/soudan/>。

院内の臨床的判断、正式なインシデント報告及び個別の賠償・処分の結論とは別系統である。情報共有の必要性、匿名希望、被申立者の手続的利益及び緊急性を所管に確認する。

部門への照会票の送付、担当者による受信、所管の確認、実際の受理、患者への連絡、案件の終結は独立の節点である。受信済みという通信状態から受理済み又は解決済みを推論しない。生命・身体上の緊急性がある事例では、受理確認の遅延を単なる事務滞留として扱わず、正式な代替連絡経路へ切り替える。本人の情報保護と救済可能性の両立は、必要な事実を適切な所管へ届けたかで点検する。

試作上の状態を有向グラフとして管理する場合、「送信済み → 到達確認済み → 所管確認済み → 受理済み」といった通常遷移と、「宛先不適合」「再照会」「再割当て」「緊急エスカレーション」を分けて表現する。同一案件の再送が発生したとき、複数回送信を複数件の独立した申立てや正式受理に数えないため、所管で認められる最小限の案件識別と履歴を用いる。一定時間の経過だけで自動的に受理・終結したと推定しない。緊急性のある事案は通常遷移を待たず、正式な安全経路に従う。

状態遷移の監査では、送信、到達、所管照合、正式受理、処置、終結を一方向に進む単一の時計として扱わない。たとえば「送信したが宛先不適合」「正式受理されたが対応を要する残件がある」という事例を反例として保存する。同一案件の再送、所管変更、職員間の再照会には同じ案件識別子と複数の履歴行を対応させる設計を検討し、送信件数・受理件数・解決件数を異なる分母とする。業務上の緊急安全対応が必要な場合は、この分析的状態図の完成を待たずに正式経路を優先する。

(918) (院内苦情手続と法律上の救済手段の区別)

東京大学病院は患者相談・臨床倫理センター及び総合相談窓口を公表している。ここでの相談・苦情の申出、患者への説明機会の調整、院内の是正措置と、裁判上の損害賠償請求その他の法律上の救済とは、目的、権限及び効果が異なる。²³⁷院内相談がなされた事実だけから法的争いが終結したとみなさず、反対に苦情の存在だけから責任を断定しない。外部手続に関する個別案内は正確な最新情報と所管の権限に基づいて行う。

(919) (相談者と被申立者双方の手続的利益)

患者が安全に意見を述べ、追加説明を求める機会と、被申立ての対象となった活動員・職員が具体的な事実に対して意見を述べる機会は、相互に排除し合うものではない。申出内容、直接観察された事実、伝聞及び組織としての判断を分け、差別・報復を抑止しつつ、不必要な情報公開や予断を避ける。形式的な両当事者の同数聴取がすべての事案で十分とは限らず、患者の脆弱性及び安全上の緊急性に応じた保護措置も併せて検討する。

(920) (苦情における事実認定と賠償請求の段階の区別)

相談又は苦情の初期受理では、申出人の訴え、観察可能な事実、関係者の説明、記録上の確認結果及び未確認点を分ける。問題の改善、本人への応答、謝意の表明又は説明は、法的な損害賠償義務の成立判断と同義ではない。他方、責任を確定できないことを理由として安全上の対応や相談窓口への案内を遅らせない。文書が必要な場合は、担当部署と確認し、個人的な示談提案又は権限のない法的評価を避ける。

(921) (当事者双方の手続的利益と秘密保持)

患者・家族等の申出人には、可能な範囲の説明と不利益防止の配慮を行い、対象となる活動員・職員には、未確認の非難からの保護及び適切な事実確認の機会を確保する。プライ

²³⁷ 東京大学病院「患者相談・臨床倫理センター」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/depts/soudan/>、「総合相談窓口のご案内」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/soudan/>。

バシー、医療情報、関係職員の認識及び調査に必要な情報を目的別に扱い、全員への無制限な情報共有を避ける。病院が実施する正式手続が未公表の場合、その具体的期限、調査権限及び不服申立経路は確認を要する。

17.6. 活動員・職員間の葛藤、支援関係の調整および紛争予防

(922) (活動員間の役割差と葛藤の形成)

活動員間には、活動経験、参加頻度、担当区域、研修中か否か、資格、対人関係及び生活上の制約による差異がある。帯同する先輩活動員と新人の意見が異なる場合、一方を「経験者である」という理由だけで絶対視せず、研修内容、現場指示及び活動範囲を確認する。対立が業務分担、言葉遣い、活動時間又は相互の期待の差から生じる場合、それらの論点を分ける。安全性やハラスメントが疑われる場合は通常の調整とは別の正式な保護経路を確保する。

(923) (職員と活動員との間の指示の確認)

現場職員の指示が活動員の研修・資格・参加意思と一致しない場合、活動員はその場で自己の権限を越えて対応する必要はない。指示の目的、支援対象、業務範囲及び必要な専門的行為を確認し、疑問があれば担当職員と調整担当者に相談する。活動員が拒否又は保留を表明したことのみにて不適格と評価しない。一方、正当な安全上の指示と個人の希望が緊張する場合は、安全を優先し、代替活動又は配置見直しを正式な担当者と検討する。

(924) (自主性、承認及び過度な役割要求)

第4・7・13章の関係の倫理は、活動員が相互承認を経験し得ることを指摘する。しかし、承認を得るために予定外の長時間活動、専門性を越える援助、患者に対する過度な接近又は他者との競争を求めることは、持続可能性を損ない得る。表彰対象となる活動時数や感謝の言葉を、相談者の発言権又は配置の正当性に代えることを避ける。活動員が「善い支援者」であり続けたいという願いを、無理な依頼を引き受けさせる交渉材料に用いない。

(925) (人格的な問題と正式な保護経路)

活動員への侮辱、威圧、不当な身体接触、差別的な発言、情報の無断共有又は継続的な排除などが申告された場合、単なる相性の問題として片付けない。調整担当者は自ら非公開の調査・処分制度を作らず、病院の所定の相談・安全・人事・コンプライアンス等の窓口を確認する。本人の安全確保、活動への参加負担の軽減及び不利益防止を考慮する。誰がどこまで調査するか、相談者又は申立てを受けた側へ何を説明できるかは、正式な手続と守秘義務に従う。

(926) (対話、役割再設計及び参加の継続条件)

当事者間の対話が適切な場合でも、その前提には安全、希望、役割の明確性及び対等に意見を述べられる条件が必要である。強制的な対面謝罪又は和解を当然の解決策とせず、関係の継続が本人に有害な場合には、活動区域・組合せの変更、一定期間の休止等も検討する。活動継続が組織の優先目的となつて、相談者の自律性や安全が犠牲になることを避ける。調整の結果が第11章の配置、第12章の日常運営及び第13章の継続支援へ適切に反映されるようにする。

17.7. 複合事案の連絡、エスカレーションおよび専門判断への移管

(927) (単一案件における複数の所管)

一つの苦情が、案内活動への不満、患者の移動中の転倒、設備不良及び個人情報の露出を同時に含むことがある。この場合、問題を一つの部署だけに押し付けず、直近の安全対応、

患者相談、施設対応、情報管理及びボランティア運営に分けて所管を確認する。複数の主体が関わることは、各主体の責任が分散して不明になることを正当化しない。調整担当者は各所管への接続状況と活動運営への影響を整理する一方、医療・法律上の実体判断は専門担当者の責任に留める。

(928)（直ちに専門職へ連絡すべき状況）

患者の急変、転倒、医療機器の異常、感染上の危険、暴力その他の安全上の切迫性がある場合、通常の相談・苦情処理の順序を待たず第16章に定めた基本的な安全優先と正式連絡の原則に従う。活動員の独自の医学的評価又は治療方針の判断を必要条件としない。詳細な事情を把握していなくとも、場所、観察された事実、危険の内容、現在の行動及び連絡者を伝え、指定された担当職員の指示を受ける。院内の緊急通報番号や Code Blue / RRS の使用権限については正式な規程を確認する。

(929)（通常の調整から正式手続へ移る契機）

配属先で解決できる案内変更であっても、繰り返し同じ被害が訴えられる、診療への影響が疑われる、第三者の権利が関わる、個人情報の不適切な取扱いがある、又は当事者の主張が著しく対立する場合、通常の配置調整から正式な相談・安全・管理手続への移管を検討する。移管の判断は問題の重大さと所管に依存し、単純な苦情件数や感情的表現の有無のみで決定しない。いつ、誰の判断で、どの窓口に連絡したかを確認する。

(930)（指揮系統の競合と業務上の停止点）

異なる部署から矛盾する指示を受けたときは、活動員が自ら優先順位を決めて危険な業務を実施しない。調整担当者は各指示の発出主体、対象となる活動及び理由を確認し、正式な指示系統に照会する。判断が確定するまで継続すべきでない活動については、必要な範囲で停止し、患者への代替案内と関連部署への通知を行う。これは管理上の確認のための一時的停止であり、調整担当者が組織全体の命令権を行使することを意味しない。

(931)（匿名申出、第三者からの情報及び伝聞）

匿名又は第三者を介した申出は、内容の真偽をその場で判定しにくい、本人が特定できないことのみで危険情報を無視しない。必要な安全上の連絡は正式な経路に乗せつつ、一般的な苦情調査の可否、追加の確認及び回答方法は所管者の判断に委ねる。伝聞の発信者、受信時刻及び不確実性を記録し、確認の取れていない噂を活動員全体に伝達しない。実名の開示を迫ることで、相談しにくい環境を作らないよう留意する。

(932)（外部の第三者及び院外機関への接続）

制度上の理由により院外の相談、行政、法的又は専門的な対応が必要となる場合、調整担当者は自己判断で患者情報や職員・活動員の機微情報を外部機関に提供しない。病院の所定の法務・個人情報・管理担当者等を通じ、適用される規範、本人への説明、共有の目的及び記録の方法を確認する。個人が外部機関に相談する権利と、病院職員が業務情報を外部提供する権限とは別問題である。正式な連絡及び法定の通報義務がある場合は、権限ある主体が当該制度に従って判断する。

(933)（セーフガーディングの通報と専門的対応の接続）

患者又は活動員の身体・心理的安全を脅かす言動、依存関係を用いた強制、性的な境界侵犯又は虐待の疑いがある場合、一般的な配置上の不満と同じ経路のみで処理しない。差し迫った危険がある場合の安全確保、担当部署への適切な報告、相談者の秘密と保護、正式な事実確認及び事後支援を区別する。WHO の組織政策を参照して予防・対応上の観点を整理する一方、東京大学病院の通報窓口、調査権限及び関係機関への連絡要件は必ず別途確認する。

(934) (医療安全支援センターと院内相談機能の制度的差異)

医療法第6条の13の医療安全支援センターは、都道府県、保健所設置市及び特別区が設置に努める行政側の相談・助言・情報提供等の機能であり、個々の病院内患者相談窓口とは運営主体が異なる。厚生労働省が2026年3月31日に改正した運営要領では、患者・住民と医療提供施設との信頼関係を支えること、中立的な相談対応、相談者のプライバシーに配慮すること等が基本方針として示されている。さらに相談受理、関係機関との連絡調整、相談事例の分析及び情報提供等をセンターの業務として掲げる。ここから院内の志願活動調整担当者が裁定・仲裁・法的代理を行う権限を得ることはない。院外情報の案内、相談者本人による外部への相談、病院からの個人情報提供、院内の緊急安全対応を独立に扱い、所管に必要な範囲で接続する。²³⁸

17.8. 連絡、引継ぎおよび案件終結の確認

(935) (連絡の実施と責任移管の相違)

他部署へ電話又はメールを送信したことだけで案件が引き継がれたと判定しない。引継ぎに際しては、受領した担当者、引き渡した要点、患者又は活動員への次の連絡、現場で残っている危険、活動計画への影響及び記録の所在を確認する。受領者が不在で代替窓口へ転送する場合には、連絡先が存在することと案件の引受が完了したことを区別する。医療上の責任主体の移行については専門職の指示に従う。連絡したという事実と、受信者が内容及び担当範囲を確認して正式に引き受けたという事実を区別する。受領の確認を得られない場合の代替連絡及び安全上の暫定措置は、病院の正式手順によって確認し、架空の部署間移管を記録しない。

(936) (申し送りの情報量と目的限定)

申し送りに必要な内容は、受入側が取るべき次の行動によって異なる。たとえば配置変更の担当者には活動できない時間と代替要員の要否が必要であり、個人の病名や患者からの相談全文まで共有する必要は通常ない。苦情対応の所管者には申出者の希望や事実認識上の不一致が重要となる場合がある。個人情報の最小化、正確性及びアクセス権限の確認を行い、複数部署間で無制限に転送しない。

(937) (時間差と引継ぎ不成立への対応)

相談窓口の受付時間、病棟・外来の業務時間、志願活動の選択時段及び調整担当者の勤務時間は必ずしも一致しない。たとえば志願活動が15時で終了しても、関係する相談・確認が未了となる場合がある。緊急でない案件については、窓口の開設時間に応じた連絡方法と次回確認の担当者を決めることを提案する。緊急案件に平時の翌営業日連絡を機械的に適用せず、院内の正式な代替連絡経路に従う。

(938) (終結判断の段階区分)

案件の状態を管理するため、「受領」「所管確認中」「対応中」「引継済み」「回答待ち」「終結」「再確認」といった作業上の区分を用いることを提案する。これらは正式な院内報告コードではなく、複数人の連絡の欠落を防ぐための補助である。相談者が求めた回答、担当者が行った対応、未解決の争点及び活動の運用上の措置を区別し、連絡だけで満足度や紛争の解消が保証されたとしない。正式な終結の決定権限がある案件はその判断に従う。

²³⁸医療法第6条の13；厚生労働省「医療安全支援センター運営要領」（最終改正：2026年3月31日）基本方針及び第4章の業務・相談窓口、https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc9962&dataType=1&pageNo=1。東京大学病院の院内相談機能の公表<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/depts/soudan/>。

(939) (再発又は関連案件への接続)

一度終結したように見える事象が、別の曜日、別の受付区域、別の活動員の組合せで再発する可能性がある。記録の照合は、必要なアクセス権限を持つ担当者が、目的限定の範囲で行う。同じ申出者であることのみをもって「繰返し苦情を言う人」と分類することを避け、問題の構造、表示や配置の変化、既存対策の実施状況を検討する。反復的な条件が確認されれば、第 7 章の企画、第 10 章の研修及び第 11 章の配置設計へ知見を返す。

(940) (連絡完了と救済完了の非同一性)

調整員が所管部署へ相談を伝達した事実は、当該部署が正式に受理し、回答し、適切な救済を完了したことを意味しない。段階を「送付」「受領確認」「担当確定」「必要な対応」「申出人への連絡」「終了・継続」と区別することを提案する。ただし、これらは本指針の暫定的管理状態であり、東大病院の正式な苦情処理期限や賠償手続を定めるものではない。

17.9. 記録、情報管理および説明責任の制御

(941) (記録の目的別分離)

ボランティア調整の履歴、患者相談の正式記録、医療上の安全報告、職員の労務・ハラスメント相談、施設管理の修繕記録等は、それぞれ目的、保存先及びアクセス権限が異なる。調整担当者は、自部署で必要な配置変更・引継ぎ等の事務情報を扱う一方、別制度の詳細な相談記録や診療情報を独自の台帳へ重複蓄積しない。管理上の識別子を用いる場合も、その発行・共有が認められるかを確認する。具体的な帳票及び保存期間は第 18・19 章と正式な院内規程を参照する。

(942) (客観的事実、当事者の認識及び判断の記録区分)

記録において、現場で観察された事象、本人の発言、別の者からの伝達、対応担当者の推測、専門職の判断及びその後の措置を分けて表現することを提案する。「患者が怒っていた」などの要約のみでは具体的な困難が失われる場合があり、反対に感情表現を詳細に複写し続けることも目的を逸脱し得る。必要な事実を確認し、評価を行う権限の所在を明らかにする。訂正時には原記録の消去・上書きの可否を院内規程で確認する。

(943) (相談内容の秘匿と説明可能性)

相談者の信頼を得るため、秘密を無条件に守ると約束するのではなく、どの範囲で誰に共有する可能性があるかを正確に説明する。生命・身体への危険、正式な報告義務又は所管手続上の必要がある場合、適正な範囲で共有が生じ得るが、それを理由に広範な情報拡散を許容しない。相談者が誰に対応を求めたか、どの部署へつながったかを、開示可能な範囲で説明できるようにする。病院が定める守秘義務と個人情報取扱規程を常に優先する。

(944) (外部デジタルサービス及び AI 利用の制限)

個人の電子メール、私物端末、外部クラウド、一般向け生成 AI 又は未承認の共同編集ツールに、患者の苦情、診療情報、活動員の健康状況、紛争記録又は内部対応内容を入力しない。公開可能な説明文、匿名の合成事例、一般的な業務フロー等の作成補助についても、利用可否は病院の情報管理と契約・著作権等の条件に従って判断する。自動分類された「優先苦情」や人物の感情推定を、正式な所管判断に代用しない。モデルを使う場合の責任、入力範囲、訂正方法及び監査可能性は第 19 章の課題とする。

(945) (当事者への説明と異議の所在)

関係部署の連絡結果が活動変更や利用者への案内変更を伴う場合、影響を受ける者が必要な情報にアクセスできることが重要である。他方、苦情対応の相手方の処遇、患者の医学

情報、内部検討の詳細など、共有できない情報も存在する。何を説明でき、何を説明できないかを、担当部署の権限と理由に即して整理する。対応への再相談や訂正・異議の窓口については、病院が正式に示す経路を確認し、調整担当者の非公式判断で閉ざさない。

17.10. 関係性の評価、EBPM の限界および業務改善への還流

(946) （相談・紛争件数の解釈と観測条件）

相談件数の増加は、サービス上の問題の拡大、利用者の発言機会の増加、窓口案内の改善、受付対象の変更等、異なる事情によって生じ得る。減少も直ちに対応の改善を示さない。件数を読む際は、受付窓口、集計期間、活動区域、運用変更、参加可能な活動員数及び記録の定義を確認する。医療・安全・一般案内・活動員関係の申出を一つの数字に統合し、その上下だけで人や部署を序列化しない。

(947) （関係的価値と苦情の両立）

第 4・7 章の GR による考察では、見知らぬ者同士の自発的な支援や、活動員と職員の協働が、新たな関係形成の可能性をもたらす。他方、関係の成立は必ずしも良好な経験を保証せず、援助を断る意思や苦情の提出も主体の存在を表す重要な行為である。苦情を表明したからといって「感謝のない患者」と見なし、活動員の善意を理由に患者の経験を無効化しない。逆に、活動員が誠実に役割を果たした事実も公正に確認する。関係性の価値を個別の説明責任から独立した免責理由として用いない。

(948) （EBPM の五つの限界の適用）

連携及び苦情対応の評価においても、第 6 章の五つの方法論的留保を維持する。

- 一 帰納の問題。過去に相談が少なかった方法が、状況変化後も適切とは限らない。
- 二 人間性疎外。応答時間や終結率への過度な注目は、相談者の経験を周縁化し得る。
- 三 責任の分散。受理、調査、専門判断、返答及び改善の担当が分かれ、責任の所在が曖昧になり得る。
- 四 証拠の時間及び状態依存。問題が発生した時点の部署配置、表示、診療動線、研修状態を再構成しにくい。
- 五 主体の物象化。「苦情の多い人」「低評価の活動員」といった分類が実際の人間関係を変容させ得る。

各限界は、正式な判断を停止する理由ではなく、観測・記録・合議・修正を設計する際の反省点として扱う。

(949) （改善の単位と実施後の検証）

相談や紛争を検討した結果、案内表示、研修説明、帯同関係、当日の配置、部門の連絡順序又は受付窓口の周知に課題が見つかる場合がある。改善案については、具体的な対象、権限ある実施主体、必要な資源、患者・活動員への影響、実施時期及び検証方法を明示する。改善後の評価では、件数の変化に加え、問題の再発、望まない援助の抑制、連絡の取りこぼし及び関係者の質的な経験を、情報保護の範囲で検討する。院方の正式な承認を要する変更は承認後に実施する。

(950) （内部確認事項と後続章への接続）

実際に本章を用いる前に、医療運営課患者支援チームと患者サービスチームの現行の担当分担、患者相談対応の事務経路、志願活動者が関係する苦情の受付権限、部署別の連絡経路、事故・ハラスメント・情報事故の分流基準、正式な決裁・回答権者、各種記録の保存先、

アクセス及び終結条件を院内で確認する。第 18 章は記録及び報告書、第 19 章は情報の権限・保護、第 20 章は改善効果の評価、第 21 章は本指針の改訂を扱う。本章の分類・書式・状態遷移は個人準備用の提案であり、東京大学病院の内部規程に置き換わるものではない。

18. 活動記録、報告書作成および一般事務

18.1. 本章の目的、記録の対象および権限の境界

(951) （本章の目的および業務上の根拠）

本章は、ボランティアの募集・受入れ・研修・配置・活動実施・相談・表彰等の情報を、業務目的と責任主体に即して記録し、確認可能な報告及び事務引継ぎに結び付ける方法を整理する。2026 年 8 月 19 日付の特任専門職員募集要項は、「活動記録の管理、報告書作成、表彰等の企画、運営」及び医療運営課における各種事務作業を職務に掲げている²³⁹。他方、使用する具体的な帳票、システム、決裁経路及び保存年限は、公表募集要項からは特定できない。以下の記録分類と業務フローは、院内の正式な様式を確認するための個人準備案として示す。

(952) （記録の三つの機能）

記録の機能を、次の三つに区別して運用を検討する。

- 一 実務継続。次の活動担当者が必要な作業状態、未完了事項及び連絡先を確認できるようにする。
- 二 説明可能性。誰がいつ何を受領、確認、変更又は決定したかについて、権限の範囲で振り返れるようにする。
- 三 学習と改善。企画上の仮定と活動実績の違いを把握し、研修、配置、案内及びサービス改善の再検討に資する。

記録の存在は、患者が良い経験を得たこと、活動員が満足したこと、又は組織の判断が正しかったことの証明と同一ではない。

(953) （記録単位の区別）

一つの「ボランティア記録」に全情報を蓄積することを前提とせず、人員の登録状態、活動資格、参加可能性、予定配置、当日の実施事実、事案の連絡状態、サービス運営状況及び報告物を、異なる目的を有する記録単位として区別する。同じ事象から複数の記録が発生する場合も、その重複の必要性、参照可能性及び相互の識別方法を検討する。本人が現場で活動した事実と、その人の健康・相談・評価に関する事項とは、アクセスの前提が異なる。最終的な帳票構成は正式な院内制度に従う。

(954) （情報源、判断及び提案の境界）

記録欄には、院方の正式な規程に基づく事項、本人から提出された情報、現場で確認された事実、担当者の判断及び未承認の改善提案が混入しないようにする。たとえば予定上の活動開始、実際の到着、部門責任者による確認及び事後の修正は異なる事象である。分析上の「推奨配置」「負担の偏り」等は、事実記録に無表示のまま書き戻さない。本人又は第三者に影響する判断については、権限ある確認者と適用した根拠を識別できるようにする。

(955) （既存システムの優先及び未公表事項）

院内に正式の登録簿、勤怠・活動報告書、相談簿、感染管理書類又は患者安全報告の仕組みが存在する場合は、その手続と様式を優先する。別管理の情報に対し、調整担当者が独

²³⁹ 東京大学病院「医療運営課 特任専門職員〔特定有期雇用教職員（常勤）〕募集」（2026 年 8 月 19 日）
<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/syokuin/20260819-1.html>（2026 年 10 月 8 日参照）。

自に統合データベースを作成することは権限の確認なしには行わない。本章の例示は実在の患者記録、職員情報及び非公開の病院運用データを含まず、システムへの接続権限も前提としない。第 19 章では保存先、アクセス、外部委託及び情報安全性を別途検討する。

18.2. 募集、受入れ、登録および活動資格の台帳

(956) (募集受付情報の管理目的)

応募段階の記録は、所定の応募書類を受領し、説明会・面談等の案内を適切に行うために用いる。2026 年度の病院募集ページでは、応募書類の郵送又は電子メール提出、申込書記載のメールアドレスへの受領確認、説明会及び面談が公表されている²⁴⁰。したがって、応募書類の受領、連絡先の確認、案内の発信及び参加状況は、同一の「採用済み」状態として扱わない。個別の確認済み状態を必要最小限に管理する仕組みを検討する。

(957) (申込者と登録活動員の識別)

応募者、面談後の受入れ候補者、正式な活動員、研修中の活動員及び活動休止者は、業務上の地位と必要な連絡の内容が異なる。これらの集合を無条件に同一視すると、募集人数が実際に配置可能な人数として誤認される。登録簿を検討する際は、本人識別、活動上の状態、適用開始・終了時点及び確認主体を分け、状態の変更履歴が説明できるようにする。本人に対する不要な評価区分や推測的な属性の付与を避ける。

(958) (活動資格と研修状況の記録)

活動登録の事実と特定の役割への配置資格を区別する。公開 FAQ によれば、活動時間が累計 18 時間に達するまでは先輩ボランティアについて活動方法を学ぶ研修期間とされる²⁴¹。したがって、活動時間、研修参加、指導を受けた内容及び正式な活動許可の確認を、必要に応じて独立して参照できるよう検討する。ただし 18 時間という数値だけから特定の業務への単独従事許可を自動判定しない。活動別の認定条件や許可権者は院内確認を要する。

(959) (健康関連事務資料の分離)

募集職務にある健康チェック、抗体検査及び予防接種等の案内・日程調整・記録整理は、医学的判断及び健康情報の一般共有から区別される。活動員の可配置状態を扱う担当者に必要なのは、権限者が確認した活動条件の充足状況等に限られる場合がある。検査値、診断名、接種歴の詳細等を通常の排班表、年間実績表及び表彰資料へ転記することを前提としない。健康関連情報の原記録、判断主体、保存・閲覧権限及び保存期間は、所管する正式制度を確認して決める。

(960) (本人の参加意向、連絡方法および年度更新)

2026 年度の募集要項は、月曜日から金曜日の所定時段からその都度都合に合わせて活動日・時間帯を選択できる旨、年度更新時に継続の意向を確認する旨を公表している²⁴²。よって「登録が継続している」「毎回の活動に同意した」「連絡を受領した」は別の状態として扱う。希望頻度、実際の参加可能日、連絡手段の変更及び年度更新の本人意向を、業務上必要な範囲で更新することを検討する。過去の参加履歴から将来の承諾を推定しない。

(961) (登録内容の訂正および本人確認)

誤記、連絡先変更、同姓同名の混同、年度をまたぐ重複登録等に備え、訂正申出の入口と

²⁴⁰ 東京大学病院「にこにこボランティア募集」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/volunteer/> (2026 年 10 月 8 日参照)。

²⁴¹ 東京大学病院「にこにこボランティア募集」内「よくあるご質問」、前掲 URL。

²⁴² 東京大学病院「にこにこボランティア募集」前掲 URL。

7722 確認手順を明らかにする。正確性の確保は本人の権利及び連絡誤送信の防止に関わるため、推
 7723 測による統合又は上書きを避ける。現行の登録番号、本人確認方法、担当者の修正権限及び記
 7724 録の残し方は、病院の正式な手続を確認する。運用上の疑いだけで他者の記録を変更しない。

7725 18.3. 配置計画、参加確認および実施実績の記録

7726 (962) (計画、確認および実績の状態区分)

7727 第 11 章の配置最適化から得られる候補案、活動員本人が承諾した予定、部署が実施を認
 7728 めた配置、当日の到着、実際の活動及び終了後の確認は、互いに異なる状態である。帳票を検
 7729 討する際は次の段階を識別する。

- 7730 一 候補。必要人数と参加可能性から構成された未確定の案。
- 7731 二 確認済み予定。本人の参加意思と活動条件について確認が取れた配置。
- 7732 三 実施。実際の開始・終了、担当区域、活動の中断又は変更が確認された状態。
- 7733 四 検証済み実績。所定の確認者が記録の整合を確認した状態。

7734 この分類は提案であり、病院の正式な排班・実績記録コードとして推定しない。企画上の候
 7735 補、本人が確認した意思、部署の承認、現場受領及び実績について、同一の識別番号を用いる
 7736 場合も各状態の根拠と発生日時を別個に保存する。資格の確認時点や有効期間が欠落した記
 7737 録から、将来の配置可能性を自動推定しない。

7738 (963) (活動時刻、場所および役割の記録)

7739 2026 年度公開の活動時間は原則として 8 時 30 分から 11 時 30 分、9 時 30 分から 12 時 30
 7740 分、12 時から 15 時の三種類であり、学生については 2 時間枠も案内される²⁴³。活動記録では
 7741 時段の名称だけを残すと遅刻、早退、途中移動、研修時間及び臨時閉室を復元できない。実際
 7742 の開始・終了時刻、区域、役割及び確認状況を必要な粒度で残す方法を検討する。ただし位
 7743 置の常時追跡や不必要な行動監視を導入する根拠とはしない。

7744 (964) (予定との差異及び変更の理由)

7745 欠席、開始時刻変更、役割変更、活動中止、他部署への応援及び交接遅延などについて、
 7746 必要な場合は「何が変更されたか」「変更の確認を誰が行ったか」「影響を受けた活動は何か」
 7747 を区別する。個人に帰責させるための詳細な私生活上の理由の収集を原則化しない。患者安
 7748 全上の事情、部署都合及び本人の希望等を必要な範囲で記述し、確認されていない推測は事
 7749 実として登録しない。変更の正式な承認と通知は第 11・12・17 章に従う。

7750 (965) (研修時間と独立活動時間の取扱い)

7751 累計活動時間の算定に際して、活動の予定時数と実際の参加時数、研修中の帯同時間と
 7752 独立した役割の実施時間を混同しない。算定単位を分単位・時間単位のいずれとするか、休
 7753 憩・待機・移動・準備・行事補助をどこまで含めるかは、病院の正式な定義に従う。歴史的な
 7754 表彰基準を再利用する場合にも、その当時の活動時数の算定条件と現行記録の互換性を先に
 7755 確認する。第 13 章の表彰を、未確認の算定式のみで決定しない。

7756 (966) (兼務、重複および二重計上の抑制)

7757 同じ時段の一人の活動が、外来案内、行事支援及び交接の複数カテゴリーに関わる場合、
 7758 活動内容別の内訳と延べ活動時間を別に管理する。集計値を足し合わせるときは、分類が排
 7759 他的であるか、兼務を許容しているかを明示する。複数の担当者が同一事象を報告した場合

²⁴³ 東京大学病院「にこにこボランティア募集」前掲 URL。

には、発信元の相違を保存しながら実績の二重計上を検討する。複数記録の存在を不正な重複と即断せず、資料の目的と対応関係を確認する。

(967) （欠測、未確認および確定不能の扱い）

予定に記載があるが実績入力のない場合、未活動、入力漏れ、確認待ち及びデータ取得不能の区別が必要である。「空欄を零として扱う」「返答がないので予定どおり実施したと扱う」といった一律の補完は、活動量や欠員率を歪める。記録の状態に確認不能・保留等を設けることを検討し、その割合と処理経過を集計時に示す。長期間確認できない記録に対する終了・保存処理は院内の正式な規程に従う。

18.4. 相談、異常事象および案件連絡の記録

(968) （活動記録と相談記録の分界）

ボランティア本人の活動負担、対人関係、活動停止の希望等に関する相談は、第 13 章の支援手続に沿って所管と共有範囲を検討する。通常の活動日誌に相談全文や心理状態の推測を書き込むことは、必要な業務事実と機微情報を混同させる。日常運営側には「一定期間の配置変更が必要」「正式窓口へ移管中」等、具体的に必要な業務条件のみを共有する方法を検討する。相談に対する判断及び記録の正式な権限は所管部署に属する。

(969) （患者・家族の声と正式な相談案件）

来院案内中に患者・家族から寄せられた声は、接遇や活動設計の改善可能性を知らせることがある。同時に、診療行為への疑問、苦情、医療安全上の懸念、臨床倫理の相談又は不利益な取扱いの申出は、正式な院内窓口での取扱いを要し得る。病院は、相談者の声を患者相談・臨床倫理センター等が各部署に伝える役割を公開している²⁴⁴。したがって、一般活動メモに書かれた意見、正式な相談として受領された情報、病院が確定した対応と本人への説明は別の記録状態とする。活動員の補助メモに診断や相談全文を転写せず、所管が許す必要最小限の連絡・受領状態だけを追跡する。苦情の存在を活動員の評価減点へ直結させることも、患者が同意なく特定される形で一般的な改善会議へ持ち込むことも避ける。

(970) （事故及び安全事象の正式記録への接続）

転倒、急変、感染対策上の疑義、機器異常等については、現場の専門職への連絡と安全確保を先行させる。医療安全対策センターは教職員からのインシデント・アクシデント報告や改善活動等の仕組みを公表しているが²⁴⁵、ボランティア調整担当者の報告システム操作権限又は提出形式までは公開資料から確定しない。調整用記録には活動の停止、配置変更、連絡実施及び指示の受領など必要な運用事実を残し、正式な医療安全調査と並行して独自の患者事故記録簿を増殖させない。

(971) （連絡履歴の基本要素）

業務連絡の記録には、必要に応じて受信・発信の時点、案件の識別、連絡先の部署・役割、連絡の目的、相手から確認された事項、引継ぎ先及び次の行動を含める。電話の発信履歴のみをもって担当者が内容を受領・承認したと見なさない。口頭連絡が適切な場合も、その後求められる記録・報告の方法は正式な業務手順に従う。不要な録音、私的端末への保存又は全文転送を標準的な確認手段としない。

²⁴⁴ 東京大学病院「患者相談・臨床倫理センター」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/depts/soudan/>、「皆さまの声をお聴かせください」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/voice/>（2026 年 10 月 8 日確認）。

²⁴⁵ 東京大学病院「医療安全対策センター」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/depts/iryouanzen/>（2026 年 10 月 8 日参照）。

7797 (972) （争点と確認結果の区別）

7798 当事者の意見が対立する場合、本人の発言、観察された事実、第三者の伝達、担当者の仮
7799 説、正式な判断及び後続の対応を別々に示す。具体的な苦情を「不満の多い患者」、活動負担
7800 の相談を「協調性の乏しい志願者」等の人格評価へ短絡させない。争点の未解決を示すこと
7801 は、特定当事者を否定的に評価することと同一ではない。訂正、閲覧、開示及び不服の経路は
7802 対応する規範と所管に従う。

7803 (973) （案件の経過と終結状態）

7804 第 17 章で提案した案件の受領、所管確認、引継ぎ、対応及び終結等の段階は、実務上の
7805 作業管理として参照し得る。ただし、調整担当者が「連絡完了」とした時点でも、患者相談又
7806 は事故調査が未終結である場合がある。そこで、自己の担当する連絡・配置上の事務の終了
7807 と、他部署が所管する正式案件の終結を区別して記録する。後者の確認方法及び閲覧範囲は
7808 院内制度で確定する。

7809 事務上の「当方連絡完了」と、相手部署による「正式受理」、さらに患者・活動員に必要
7810 な対応の「終結」を別々の判定項目とする。相談を再送した場合は、元案件との関係を明確に
7811 し、再送回数を新たな独立案件数と混同しない。受領者が不明、受理を拒否、又は対象部署が
7812 異なる場合は未完了状態を明示し、安全上の代替経路が必要かを別に点検する。

7813 18.5. 活動類型別の運営実績およびサービス継続

7814 (974) （外来案内及び移動支援の記録）

7815 外来診療棟等における受付案内、検査室等への案内、車いす利用者への支援は、病院の
7816 公表する主要なボランティア活動である²⁴⁶。活動の記録においては、担当区域・時段・役割、
7817 活動開始と終了及び安全上の連絡などを中心とし、支援された患者の氏名、診断又は受診内
7818 容を標準項目にしない。対応件数を数える場合も、「問合せ」「移動支援」「連絡」等の定義を
7819 事前に区別し、数えられない小さな援助を無価値と扱わない。

7820 (975) （にこにこ文庫+の開室・閉室記録）

7821 病院の公開案内によれば、「にこにこ文庫+」は中央診療棟 2 の 6 階にあり、月・水・金
7822 曜日 10 時から 14 時 30 分の開室を案内する一方、ボランティア不足による一部時間帯の閉室
7823 可能性を明記している²⁴⁷。予定開室時間、実際に利用可能であった時間、閉室及び再開の時
7824 点、掲示・連絡状況、必要な配置等を区別する記録を検討する。閉室理由の記載は確認済み
7825 の運用事実限定し、個別活動員の健康・家庭事情を一般公開の理由欄へ流用しない。

7826 (976) （図書利用情報の分離）

7827 公表規則では通院患者は室内閲覧、入院患者は一定の一般図書の貸出利用が可能であり、
7828 医学・医療関係資料は室内閲覧に限定される²⁴⁸。図書室の蔵書管理、貸出管理及び開室人員
7829 の実績はそれぞれ別の業務目的を持つ。貸出に本人特定が必要となる場合の識別方法と記録
7830 先は、現行の図書室規程を確認し、調整担当者の一般活動台帳へ入院情報や借用履歴を一括
7831 複製しない。蔵書紛失又は返却遅延時にも本人を特定した情報共有の範囲を限定する。

7832 (977) （院内行事及び準備・撤収の実績）

7833 ロビーコンサート等の院内行事については、企画の承認状況、主催・協力部署、出演者と

²⁴⁶ 東京大学病院「にこにこボランティア」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/cooperation/volunteer/>（2026 年 10 月 8 日参照）。

²⁴⁷ 東京大学病院「患者学習センター・にこにこ文庫」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/library/>（2026 年 10 月 8 日参照）。

²⁴⁸ 東京大学病院「患者学習センター・にこにこ文庫」前掲 URL。

の連絡、開催場所、設営・撤収に参加した活動員、来場者案内、安全確認及び実施後の改善事項を役割別に区別する。広報用の写真や音声、参加者の感想を記録・公表する場合は、著作権、肖像・個人情報及び病院の正式な広報ルールを確認する。演目の実施記録と、活動員の実際の参加時間は別に数える。過去に行われた行事の記録から次年度の開催決定を推定しない。

(978) （活動休止・再開に関する歴史情報）

病院の「にこにこボランティア」紹介は 1994 年からの活動の変遷を記し、院内学級の送迎及び小児病棟での遊び相手等について現在対応を中止している旨を明示している²⁴⁹。活動実績を年度間比較する際は、制度の存否、当該年度の活動範囲、感染対策等による休止、再開及び集計方法の変化を記録することが必要となる。活動対象の存在しない期間を、通常稼働中の活動の「成果ゼロ」と同一に扱わない。歴史的変化は第 7 章の企画と第 20 章の評価で重要な条件となる。

18.6. 記録の出所、時間的文脈および訂正履歴

(979) （記録に付随するメタデータ）

同じ「活動員 3 名」という記載でも、対象日、時刻、予定・実績の別、区域、人数の定義及び作成主体によって意味が異なる。実務に必要な最小限のメタデータとして、対象期間、活動区分、記録の生成時点、情報源、作成・確認の状態及び後続修正の有無を検討する。医療情報や保健情報と照合し得る識別子を新たに設けることは、業務上の必要性と情報管理の許可に従う。メタデータの蓄積も個人情報上の負担となることに留意する。

(980) （事象時点と記録時点の区別）

活動が実施された時点、担当者が記録した時点、責任者が確認した時点及び報告書に掲載された時点を区別する。例えば当日に閉室が生じても、翌日の入力又は翌月の承認を経る場合があり、入力時点の状態だけでその日の現場状態を復元できない。後日知った事実は確認経路と入力の遅れを示し、当時から認識していたかのように記載しない。時間の基準や院内システム上の入力仕様は実際の制度に従う。

時刻情報は、出来事の発生時刻、発見時刻、記録時刻、記録が訂正された時刻、受理時刻及び効力発生時刻を分けて表現する。後日入力された訂正を当時の意思決定者が既に知っていた事実として利用すると、事故後の説明と因果分析に遡及的な偏りが生じる。時刻の推定値と確認済み値を区別し、元の記録を消して単一の最新状態に上書きする設計を避ける。

再求解と責任移管を検証する場合、事象が生じた時点 t_{event} 、担当者が把握した時点 t_{known} 、記録された時点 t_{record} 、記録が後日訂正された時点 t_{revise} を混同しない。通知の遅延や事後入力があるため、これらが同時であることは要件としない。旧記録を上書きして過去の意思決定時に存在しなかった知識を持ち込むと、当時の計算が何を知り得たかを検証できなくなる。訂正は適法・適切な記録管理の範囲で版を追記する案とし、記録訂正権限及び保存期間は院内の正式規則に従う。

(981) （定義及び制度の版管理）

活動区分、集計対象、報告欄及び活動時間の算定方法が変更されたときは、変更内容、適用開始日、承認主体及び旧記録との対応を管理することを提案する。とりわけ学生の 2 時間枠、年度ごとの受入れ条件、図書室の開室条件及び研修の扱いは、年度又は時点により比較条件が異なり得る。2026 年度の募集要項と過去の案内を同一制度の不変な写しとして扱わない。変更前後の数値を並べるときは、比較可能性を検証する。

²⁴⁹ 東京大学病院「にこにこボランティア」前掲 URL。

(982) (訂正、追記および監査可能性)

誤記訂正では、当初の記載、訂正理由、訂正時点及び承認権限を追跡できることが望ましい。ただし元記録の保存・履歴保持・削除の具体的方法は院内システムと法令に従う。正式な医療記録や事故報告について、本指針の提案を根拠に上書き、消去又は改竄を行わない。誰の判断による更新か確認できない場合、その不確実性を示して所管の確認を求める。

(983) (情報流通と権限の独立性)

人員配置の担当者、研修の担当者、図書室担当者、患者相談担当者及び報告書作成者は、同一の情報を必ずしも同じ範囲で閲覧する必要がない。報告に必要な集計値を提供することと、原記録の閲覧を許可することは区別される。関係部署間の参照・転記・共有は、目的、最小化、担当者、権限及び記録責任に従う。文書のアクセス設定を変えることが新たな業務権限を創出するわけではない。

内部の共有状態は少なくとも「提供を許されている」「送信された」「届いた」「目的を満たす所管に受理された」を区別する。アクセス権限がない担当者へ連絡を送ることは、責任の移転にも個人情報適法の提供にも自動的につながらない。公開用集計の作成権限と、元の事故・診療情報を閲覧する権限を相互に独立させ、必要性を示す業務目的が失効した場合は共有を再評価する。

(984) (記録しないことの意味)

個人の内的動機、援助を受けた感謝の程度、会話から推定された診断、人物の善悪に関する評価等は、通常の活動実績台帳に記録する必要性が認められない場合が多い。欠落している情報には、取得すべきだが未取得のものと、そもそも取得しないことが適切なものがある。この区別は第6章の認識論及び第19章のデータ最小化をつなぐものである。記録項目の増加を当然に記録品質の向上とみなさない。記録が存在しない状態には、活動未発生、入力漏れ、記録対象外、本人の権利保護のため意図的に収集しなかった場合等が含まれ得る。調査可能な範囲と不明な範囲を残し、欠測を実際の活動の欠如又は当事者の不履行と同一視しない。

18.7. 活動統計、指標の定義および解釈の留保**(985) (人数の基準集団)**

募集応募者数、登録者数、年度更新者数、特定活動の有資格者数、活動可能日の回答者数、確定配置者数及び実際の出席者数は異なる集合である。第11章の配置可能性を評価する際、登録者数をそのまま配置供給と見なさない。報告書では用いた人数の定義、基準日、期間内の重複除去方法及び研修中の者の扱いを明示する。活動員の価値を人数や出席回数のみで評価しない。

(986) (実時間、延べ時間および開室可能時間)

活動時間の集計については、個人別参加時間の総和、独立したサービスを提供できた時間、図書室等の開室時間及び活動員が同時配置された時間を区別する。例えば二名が同じ時間帯に活動したとき、延べ活動員時間は二名分である一方、サービスの開室時間は一時間である。重複時間を計上する定義は目的に応じて明示し、異なる単位の数値を直接比較しない。実際の休憩・準備・帯同時間の扱いは正式な院内基準で確認する。

(987) (充足率と分母の構築)

需要に対する充足率を用いる場合は、配置を要請された案件数、正式に許可された案件数、実施可能な時段数及び実施済み件数のいずれを分母・分子とするかを明示する。企画上の希望と正式な必要量を混同すると、全ての希望を満たせないことが「失敗」として評価さ

れ得る。未実施の原因について、未受入れ、無資格、欠員、依頼変更、患者の辞退、制度の休止等を適切な粒度で区別する。安全上の理由による見送りを単純な低成果として扱わない。

(988) （欠測と構成変化の表示）

月次又は年度比較では、記録が欠けた事象の割合、集計方法の変更、季節性、活動時段の変更、新人の研修期間、病院の動線変更及び院内行事の開催有無が、数値の解釈に影響する。必要に応じて「同一定義で比較可能な範囲」と「条件が異なる範囲」を分けて提示する。記録がないことと活動がなかったことを区別する。差分の原因を十分に調べずに、特定活動員又は部署の能力の差として説明しない。

(989) （表彰関連実績と個人の承認）

第 13 章で検討した表彰制度のため活動実績を参照する場合、当該年度の正式な選定基準、本人の記録確認、計上期間、例外的な貢献及び承認権限を区別する。病院の歴史資料には長期活動者の表彰等が記録されるが²⁵⁰、過去の実施例から現行の受賞条件は確定しない。参加時間の多い者だけに活動の意味を帰属させず、本人の尊厳と活動の自発性を尊重する。公開する氏名や写真等は正式な運用及び適切な同意・取扱いに従う。

(990) （関係性の価値と指標化の制限）

関係性の価値は、活動員の受入れ人数、活動件数、利用者の満足度等の観測指標だけに還元されない。患者が支援を断る自由、見知らぬ人から安心して声を掛けられた経験、活動員間で生じた信頼、必要に応じて援助しない判断などは、数値化すると対象を変質させ得る。第 4・7 章の GR による解釈を参考にする際も、患者への内面調査や感謝の要求を新たな評価項目としない。経験的資料と価値判断を区別して提示する。

18.8. 日次、月次および年次報告書の作成

(991) （報告書の目的、受け手および種類）

同じ記録を用いても、当日の引継ぎ、所管部署への実施状況報告、年度企画の検証及び外部向けの活動紹介では必要な内容が異なる。報告書を作成する前に、その受け手、利用目的、求められる判断、対象期間、承認主体及び情報の公開範囲を確認する。院内報告と病院外への公表・応募準備資料は別の書面とする。正式な報告様式や年次報告の提出周期は院内の指示で確定する。

(992) （日次引継ぎに適した記述）

日次の作業記録には、予定と実施の差異、活動区域の担当状況、必要な交接、次回までの未完了事項、安全及び相談の正式窓口への連絡状況等を必要最小限で含める。患者の診断名や活動員の個人的事情を自由記述欄へ蓄積する設計を避ける。未解決の事項には次の確認者及び確認時点を明示し、単なる長文の日誌により引継ぎの責任が曖昧にならないようにする。既存の院内業務日報等があればそれに従う。

(993) （月次・四半期報告の分析構成）

一定期間の運営報告は、必要に応じて次の構成を検討する。

- 一 活動環境。募集・研修・活動可能時段・所管業務及び制度変更の状況。
- 二 実施状況。予定配置、実出席、実施時間、開室・中止状況等、定義の明確な事実。
- 三 例外と対応。欠員、相談、設備・安全関連の正式連絡及び未完了の改善課題。

²⁵⁰ 東京大学病院「東大病院だより」No.111（2024 年）、https://www.h.u-tokyo.ac.jp/cooperation/dayori/_icsFiles/afieldfile/2024/08/20/dayori111.pdf（2026 年 10 月 8 日参照）。

四 解釈と提案。数値の欠測・比較限界、競合する説明及び権限を要する改善案。

他所管の正式事故件数や患者相談内容を無断で統合せず、必要な場合は提供可能な集計値及び出典を所管に確認する。

(994) （年次報告と病院の歴史的文書実践）

年次報告は、募集、受入れ、研修、活動員支援、役割別活動、図書室、行事、活動安全及び改善の経過を結び付けて検討する機会となる。病院の歴史資料には、2002年5月時点で「にこにこボランティア News Letter」が発行され、年3～4回の発行予定とされていた記録がある²⁵¹。この史実は東京大学病院に志願活動情報を発信する実践が存在したことを示すが、現行の広報媒体、頻度及び編集責任者は別途確認する。活動記録と広報記事の用途・閲覧範囲を混同しない。

第39号の一覧表では「にこにこボランティア News Letter」の発行所管を医療サービス推進委員会と記し、2002年5月31日を当時の最新版発行日、刊行予定を年3～4回としている。この所管名と頻度は2002年の史料に限定され、2026年の部門名、編集権限、患者情報の提供可能範囲を裏付けない。現行の年次報告案では、公開可能な広報素材と内部の業務記録を情報区分・承認主体・保存先で分離する。

(995) （事実、解釈および意思決定の分離）

報告書では、**確認された事実、証拠の限界を含む分析、規範上の判断と改善提案**を区別する。例えば欠員率の上昇という事実から、活動員の意欲低下という原因を直ちに推定しない。募集条件、帯同研修、時間帯、図書室の開室条件及び受診動線の変化等、競合する説明を検討する。改善案については資源・担当者・実施権限と検証方法を明示し、提案が正式決定されるまでその区別を保持する。

資料の来歴も、病院の公開原典、他機関の一般規範、研究上の知見、執筆者の GR/EBPM 仮説を別に表示する。観測可能な指標の改善が患者の意思や非数値的な関係形成を代表するとの仮定を置いた場合には、その仮定を検証可能な範囲と未検証の範囲に分ける。実施提案の採否は所管者の正式な意思決定であって、報告書の執筆者による理論上の結論から自動的に導かれない。

(996) （レビュー、承認および外部公表）

報告書の作成者、事実確認者、所管部署のレビュー担当者、公開可否を判断する責任者を必要に応じて分ける。名称、日付、数値、出典、個人情報、画像及び未確定の意思決定について、公表前に確かめる事項を定める。外部への公表、大学外への提出、Web 掲載、写真・動画の利用又は生成 AI による文章加工は、それぞれ正式な権限・規程及び権利処理に従う。執筆者個人の指針と病院が承認した報告書を同一視させない。

18.9. 通常事務、表彰準備および文書の流通

(997) （事務作業の分類と依頼受付）

医療運営課における一般事務は、連絡、照会、会議準備、文書作成、物品・備品の取扱い、図書室・行事に係る事務、報告資料の確認等、多様な業務に及び得る。募集要項は「その他、医療運営課における各種事務作業」と規定するが、具体的分掌、会計権限及び購買手続を列挙していない²⁵²。依頼を受けたときは、目的、依頼者の所管、希望期限、成果物、情報の機微性、

²⁵¹ 東京大学病院「東大病院だより」No.39（2002年11月30日）の院内刊行物一覧、https://www.h.u-tokyo.ac.jp/cooperation/dayori/_icsFiles/afieldfile/2019/07/04/dayori39.pdf（2026年10月8日参照）。これは2002年時点の歴史資料であり、2026年の発行継続を示すものではない。

²⁵² 東京大学病院「医療運営課 特任専門職員募集」前掲 URL。

承認者及び必要資源を確認する作業手順を検討する。権限が不明な事務を単独で実施しない。

(998) （定型文書と様式の管理）

案内文、活動日程表、会議資料、図書室掲示、行事案内、出欠確認及び表彰資料などの定型文書について、作成根拠、使用目的、正式な様式の有無、最終承認者及び更新日を管理することを提案する。期限を過ぎた申込条件や過去の組織名が残る文書の再利用に注意する。2026 年 10 月の病院名称変更等、記載上の公式更新が確認された場合には、歴史資料の原表記と現在の案内文を区別する。独自作成のテンプレートは正式承認済みの病院様式として配布しない。

(999) （表彰事務と根拠資料の確認）

表彰の企画・運営補助では、現行の対象範囲、実績基準、申請・推薦者、確認方法、承認者、本人への通知、受賞辞退の扱い及び式典準備を整理する。活動時間の計算結果だけで受賞資格が確定したと扱わず、第 13 章で示す自主性、貢献の多様性及び歴史的基準の変動を考慮する。活動員本人の実績確認を必要とする場合には、利用する帳票と訂正の経路を明確にする。本人の個人情報、写真、健康情報を式典資料に転記する範囲は別途確認する。

(1000) （連絡先、会議及び未処理事項の追跡）

会議や打合せの記録は、出席したこと、意見が述べられたこと、所管者が判断したこと及び実施の指示が正式に出たことを区別する。未処理事項には担当者、必要な次の行動及び確認予定時点を示し、関係部署への単なるメール送信だけで完了としない。会議録や内部連絡の配布範囲は業務目的と権限に従う。担当部署や役割が変わるときは旧連絡先の使用に注意する。

(1001) （物品、施設及び行事資料との関係）

活動員用の案内物、備品、行事用資材、図書室の設備及び提出書類等には、数量・状態・保管場所・受領者・返却又は廃棄の条件が関わり得る。文書上の資産管理簿や発注記録の作成を提案する場合にも、正式な物品管理責任、経費支出権限、受領・検収手続及び院内施設規則を先に確認する。物品管理と個人の活動評価を結び付けて不利益な推定を行わない。紛失等の際は正式な報告・相談窓口に接続する。

18.10. 品質確認、引継ぎおよび EBPM への還流

(1002) （入力品質と人間による確認）

記録の質を、項目が多いことや入力が多いことだけで判断しない。業務目的への適合、記載内容の正確性、必要な時点の識別、訂正可能性、本人の権利、安全性及び引継ぎの実用性を併せて確認する。電子的な入力規則、重複検知、時刻の整合確認等は補助となり得るが、システム警告のないことが事実の正しさを保証しない。機械判定で不適切に疑義が付された場合に確認・修正できる経路を維持する。

(1003) （後任者への業務知識の継承）

引継ぎでは、活動日程の未確定事項、連絡窓口、担当別の確認事項、帳票・報告書の所在、更新すべき資料、直近の制度変更及び情報取扱上の留意点を整理する。個々の活動員を人物評や逸話によって固定的に類型化した非公式メモを継承資料としない。正式な相談・医療・安全記録については所管の許可と引継ぎ経路を守る。未完了の判断案件と単なる資料整理を明示的に区別し、責任の所在を引継ぎ後も追えるようにする。

8030 (1004) (第 20 章の評価に提供する証拠の限界)

8031 報告に用いる実績記録は、企画の前提と実行条件を検討する基礎になる一方、活動の効
8032 果や患者の生活上の価値を直接観測するものとは限らない。記録時点の制度・参加可能性・
8033 需要・安全制約・機能区域を復元できない場合、過去の出席率を未来の配置成果の保証とし
8034 て扱わない。データを指標に変換した後、その指標が活動員の配置や表彰の決定に用いられ
8035 ると、指標の意味そのものが変わり得る。第 6 章で示したヒューム問題、人間性疎外、責任分
8036 散、時間的狀態依存性及び主体物象化への留保を維持する。

8037 (1005) (必要な記録と意図的に収集しない情報)

8038 関係論的な支援価値を尊重することは、各患者と活動員の交流を常時観察し、感情、信
8039 頼又は欲望を計測することを意味しない。業務に必要な記録を絞ることは、本人の自主性と
8040 関係の偶然性を保護する行為にもなり得る。収集が許される情報の範囲、本人への説明、保
8041 存・廃棄、外部共有及びアクセス権限の正式な根拠は第 19 章で扱う。患者への援助及び相談
8042 の必要性を、記録を取得できるかどうかによって一律に左右しない。

8043 (1006) (現行院内制度に関する未確認事項)

8044 実際の業務に移る前に、募集・登録・出席・活動時数・帯同研修・図書室貸出・行事・表
8045 彰の正式帳票、システム名、入力権限、確認・決裁者、情報共有範囲、現行の報告周期、保存・
8046 訂正・廃棄の制度、正式な活動統計の定義及び職員の一般事務分掌を確認する必要がある。公
8047 表された職務内容からこれらが存在すること又はその形式を推定しない。第 19 章はデータの
8048 権限と保護、第 20 章は記録を証拠として使う評価方法、第 21 章は品質保証及び本指針自体の
8049 改訂を担当する。本章の記録項目と状態分類は、個人の応募準備段階における提案に留まる。

8050 19. 個人情報、医療情報およびデータガバナンス

8051 19.1. 本章の目的、資料基盤および制度上の位置づけ

8052 (1007) (本章の目的と業務上の対象)

8053 本章は、第 18 章において業務事実の記録を整理したことを受け、当該記録を誰が、何の
8054 ために、どの範囲で、いつまで、どの方法により扱い得るかを検討する。扱う対象は、募集・
8055 登録・研修・活動調整・相談・安全連絡・図書室及び行事の記録と、これらに偶然又は制度的
8056 に接触し得る患者情報・医療情報である。記録を作成すること、閲覧すること、第三者へ提
8057 供すること、分析に利用すること及び公表することは、それぞれ異なる判断を要する。本章
8058 は院内規程の制定を目的とせず、応募者個人による実務準備のために、それらの権限境界を
8059 明示する。

8060 (1008) (病院の個人情報保護方針とその射程)

8061 東京大学病院は、患者の個人情報について、診療及び運営管理に必要な範囲での取得、目
8062 的の揭示、職員等への教育、外部委託先の監督、安全管理、開示・訂正等への対応を公表して
8063 いる²⁵³。ここで、① 病院という組織が適法に情報を保有・利用できること、② 特定部署にそ
8064 の利用目的と業務があること、③ 担当者に当該項目の閲覧・転記・訂正権限があること、④
8065 外部システム・試作アプリ又は AI サービスに入力できることは、それぞれ独立に確認すべき
8066 条件である。相談対応、活動状況、感染予防に関する資格状態、医学的健康情報及び診療情報
8067 を、識別可能性が異なるという理由だけで無差別に共通台帳へ集めない。実在の患者・活動

²⁵³ 東京大学病院「個人情報保護方針」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/about/kojinjouhou/>（2026 年 10 月 8 日 確認）。ウェブサイト訪問者の情報に関する<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/privacypolicy/>とは文書の対象を区別する。

員に関するデータの試作アプリへの移行、外部処理、二次利用又はモデル学習は、別途必要な承認・目的・最小化・アクセス制御・保存と削除手続が確認できるまで行わない。本章のデータ分類は院内に与えられたアクセス権限を表すものではない。病院のウェブサイト「プライバシーポリシー」は、サイトのメール・エントリーフォーム、アクセスログ及び Cookie 等に関する説明を含み、患者診療情報の取扱いを説明する「個人情報保護方針」と対象が一致しない。病院の個人情報保護方針、サイト訪問者向けの方針、次世代医療基盤法に基づく患者通知を同一の文書として引用しない。オンライン試作アプリを評価するときも、既存の病院サイト方針を個人試作品の適法なデータ取得・外部送信の承認に読み替えない。²⁵⁴

(1009) （一般的な個人情報保護規範との関係）

国立大学法人の医療機関には、個人情報保護法上の適用区分、個人情報保護委員会・厚生労働省による医療・介護分野ガイダンス及び病院固有の情報保護制度を重ねて検討する必要がある。2026 年 4 月改訂資料は医療・介護分野ガイダンスと対応する Q&A を区別して公表しており、同 Q&A の Q1-3 は国立大学法人等の医療機関を対象に含めると説明する。本文中で「本人の同意」「第三者提供」「業務委託」「共同利用」「目的外利用」「外部 AI 入力」「漏えい等の法定報告」を一つの許可で代替できるものとせず、目的、主体、データの性質及び技術的経路ごとに要件と院内承認を検討する。組織のガバナンス上の配慮と担当者が実際に取れる行動の可否を分けて示す。²⁵⁵

(1010) （一般原理と病院固有の制度の区別）

利用目的の特定、必要性、アクセス制限、秘密保持及び説明責任は、広く医療機関に関係する一般的な規範である。他方、院内の部局構成、採用されている情報システム、情報保護担当、次世代医療基盤法の案内窓口、活動員の健康管理事務、内部帳票及び決裁方法は、東京大学病院固有の制度によって定まる。一般原理から未公表の具体的権限や保存期間を導出することを避け、病院の公開資料によって確認できる部分、文書で照会すべき部分及び執筆者の候補案を区別する。

(1011) （第 5 章及び第 18 章との役割分担）

第 5 章は法制度と業務権限の基本的な境界を整理し、第 18 章は記録単位及び報告に必要なデータを検討した。本章は、同じ法令の説明又は台帳例を反復する代わりに、**取得、保管、参照、共有、加工、分析、公開、訂正、削除**の各局面において情報の統治条件がどのように変わるかを扱う。第 20 章で企画の効果进行分析する場合も、利用可能な証拠の集合は本章において適法かつ正式に取り扱いを認められた情報に限定される。

(1012) （国際的な医療データ倫理文書と法制度の区別）

医療情報を扱う際の直接の実務的基礎は、国内の個人情報保護法制、適用分野の行政指針及び病院の正式規程に求める。その倫理的な解釈の参考として、UNESCO 宣言第 9 条の**プライバシー・秘密保持及び WMA「台北宣言」**を挙げられる²⁵⁶。台北宣言の主な対象は、個別

²⁵⁴ 東京大学病院「プライバシーポリシー」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/privacypolicy/>、同「個人情報保護方針」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/about/kojinjouhou/>。

²⁵⁵ 個人情報保護委員会「特定分野ガイドライン」2026 年 4 月改訂表示、<https://www.ppc.go.jp/personalinfo/legal/guidelines/>；同委員会「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」https://www.ppc.go.jp/personalinfo/legal/iryoukaigo_guidance/；Q1-3https://www.ppc.go.jp/all_faq_index/faq3-q1-3/。

²⁵⁶ UNESCO, *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights* (2005 年) 第 9 条、<https://www.unesco.org/en/legal-affairs/universal-declaration-bioethics-and-human-rights>；World Medical Association, *Declaration of Taipei on Ethical Considerations regarding Health Databases and Biobanks* (2002 年採択・2016 年改訂)、<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-taipei-on-ethical-considerations-regarding-health-databases-and-biobanks/> (2026 年 10 月 8 日閲覧)。

診療の枠を超える識別可能な健康データ又は生体試料の収集・保存・利用に係る健康データベース・バイオバンクであり、主たる名宛人は医師である。一般的な出欠や配置の台帳を同宣言に基づく研究データベースとみなさない一方、活動員の健康に関する情報が混在する場合には実際の目的、情報主体及び利用主体を厳格に区別する。日常管理情報から研究用資料へ転用する場合も、データの種類と法的根拠、倫理審査の要否及び許可権限を改めて判断する。

(1013) （法改正の時点と安全管理指針の別個性）

個人情報保護に関する医療・介護分野ガイダンスは 2026 年 4 月 1 日施行の改正資料を、医療情報システムの安全管理に関する厚生労働省ガイドラインは同年 6 月の第 7.0 版を参照する。²⁵⁷前者は個人情報の取扱いに関する規範の解説、後者は情報システム安全管理に関する指針として位置づけ、同一の許可証又はシステム導入承認とみなさない。さらに 2026 年 8 月の医学研究倫理指針改正は 12 月 1 日の適用開始前であることを明示する。

厚生労働省の第 7.0 版公開一覧は、概説編・経営管理編・企画管理編・システム運用編・保守委託機関編等を別冊として示している。試作アプリを検討する際は、データ管理者、業務主管部門、契約上の委託先、技術運用者及び外部サービス提供者について、アクセス権限と判断責任を区分する。公的ガイドラインへの技術的準拠可能性、契約・情報保護上の適合性、病院による採用・運用承認は別の命題である。

19.2. 情報の分類、主体および利用関係の同定

(1014) （業務上の情報分類）

データの分類は、ファイル名やシステム名のみではなく、情報主体、利用目的、機微性、関係する規範及び共有相手の組合せから検討する。個人参照用の分類案として、次の区分を置く。

- 一 活動運営情報。開催日、活動区域、必要役割、担当部署、開室・行事の状態等。
- 二 活動員情報。応募、連絡先、参加意思、研修・資格、予定及び実績等。
- 三 要配慮性の高い活動員情報。健康チェック、抗体検査・予防接種関連資料、相談等。
- 四 患者・来院者に関する情報。対応の場面で知り得た氏名、連絡先、受診に関連する情報等。
- 五 医療情報。診療録、検査結果、疾病・治療、診療上の判断等、正式な医療管理に属する資料。
- 六 公開可能な資料。院方が公表した募集資料、開室予定、規程、認可を受けた統計又は合成例等。

各区分は管理上の分析であって、法定の個人情報・個人データ・要配慮個人情報・匿名加工情報等の定義に代替しない。同一資料が複数の区分と規範に関わる場合もある。

(1015) （要配慮性の認識と推定の抑制）

個人情報保護法上の要配慮個人情報には、病歴、一定の障害の事実、健康診断の結果、診療・調剤等を通じて取得した医療情報などが含まれ得る。個人情報保護委員会の医療・介護分野 Q&A（Q2-4）は、取得や第三者提供に関する本人同意の原則及び法定上の取扱いを説明する。ただし、法定の例外や特定の取扱要件の成否は、個別の主体・目的・状況を見て判断するものであり、本指針による一般的な許可としない。法令上の要配慮個人情報に該当するか

²⁵⁷厚生労働省「厚生労働分野における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン等」<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html>及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第 7.0 版」https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000516275_00006.html（2026 年 10 月 8 日確認）。

確定できない相談内容や欠席理由にも、関係上のプライバシー利益がある。疲労・配慮希望・出欠という表現形から、心理状態、疾病、家庭事情等の隠れた属性を機械的に推測して台帳へ登録しない。業務上必要な活動可能条件のみを権限に応じて確認し、推測された人物像を事実の代わりに用いない。²⁵⁸

(1016) （患者情報と活動員情報の結合限界）

活動員の実施記録と患者の診療情報とは、業務上の目的・責任・根拠を異にする。例えば、外来案内の所要時間を検討するために患者の診断名を取得すること、図書室の開室実績の把握のために入院患者の診療経過を参照すること、活動員の配置評価のために患者の電子カルテへ接続することは、通常の事務目標から自動的に正当化されない。例外的な連携の必要性が生じた場合は、対象情報、所管、根拠、利用範囲及び保存を院内で個別確認する。

(1017) （データ主体と業務権限者の関係）

情報の主体には、応募者、登録活動員、患者、家族、来院者、担当職員及び相談に関係する第三者が含まれる。同じ文書に複数者の情報が含まれる場合、ある者の利用同意又は閲覧希望から他者の情報公開が当然に導かれるわけではない。正式な権限者には、収集・保管の責任者、医療上の判断者、相談案件の担当者、活動調整担当及び情報システム管理担当等が想定されるが、その具体的配置は病院の現行組織と規程に従って確認する。

(1018) （情報の関係性と歴史的変化）

記録の意味は、作成当時の活動目的、職位、許可、制度、時間帯及び組織状況に依存する。例えば「配置可能」という一語であっても、研修中の帯同参加か、特定区域における許可か、個別日の本人承諾かにより異なる。過去の資格や同意を現在のものとして引き継ぐ場合は、有効時点と再確認の要否を検討する。これは第6章の証拠の時間・状態依存性を情報管理に翻訳するものであり、GR的な関係の分析は著者の方法論である。

19.3. 取得、利用目的および情報ライフサイクルの管理

(1019) （必要最小限の取得設計）

新たな記録項目を提案する前に、その項目を必要とする具体的な業務決定、権限者、代替手段、本人に与える負担及び保存の必要性を明らかにする。例えば排班では、参加可能時間、活動上の適格性及び本人への連絡手段が必要となり得るが、詳細な家庭事情、病歴又は参加者の心理的欲望構造を恒常的に収集する必要性は直ちに認められない。業務目的が達成できる場合は、原情報よりも確認済みの条件、状態又は集約値を選択する。試作的な配置データには、内部で正式に確定した必要最小限の役割資格・活動許可・参加枠及び確認状態のみを投影し、健康検査値、診断名、相談内容その他の原情報を最適化入力へ自動流入させない。投影情報にも適用目的、アクセス権限、有効期間と訂正経路を設け、情報取得権限と配置判断権限を分離する。

(1020) （利用目的と実際の利用の区別）

患者情報について病院が公表する利用目的は、診療、管理運営、教育研究等を区別している。活動員募集の連絡、研修、健康管理関連事務、シフト案内、表彰、調査研究等も目的が異なる。ある目的で取得した情報を、本人に告げずに新たな評価、人物分類、宣伝又は外部AI分析へ転用することを前提としない。目的の変更、追加的な同意又は他の法的根拠の要否は、適用法令と院内規程に照らして所管者が判断する。

²⁵⁸ 個人情報保護委員会「要配慮個人情報」Q2-4、https://www.ppc.go.jp/all_faq_index/faq3-q2-4/。法定定義と本稿の予防的倫理判断は別の水準に属する。

(1021)（通知、同意、辞退および撤回の識別）

「参加を希望する」「申込書を提出する」「活動日に承諾する」「健康管理事務に応じる」「写真の公表を承諾する」「研究に情報を提供する」といった意思表示は対象と効果を異にする。とりわけボランティアの自発的参加を、包括的な情報提供又は撮影・公表への同意と解さない。通知や同意の必要性和具体的な方式は法令や病院制度によるため、本指針で単一の同意書を全目的の根拠として設計しない。辞退・変更・撤回の希望が示された場合も正式な所管に従って対応する。さらに、医療情報の法定制度における本人への通知と提供停止（オプトアウト）は、任意活動への参加同意や研究協力における説明・同意の手続と性質を異にする。受付担当者が知り得た意思表示を本人の人格的な性向として記録するのでなく、「どの制度の、どの情報利用に関する、いつの発言か」を最低限区別し、所定の受理経路に接続することを提案する。

(1022)（処理段階別の判断）

情報のライフサイクルには、次の段階が存在する。

- 一 取得前。目的、必要性、説明及び権限の確認。
- 二 取得時。出所、取得日、正確性、本人の認識及び取扱者の確認。
- 三 保管時。保管先、アクセス、変更可能者、バックアップ及び委託先の確認。
- 四 使用・共有時。使用目的、受信相手、共有範囲、承認状態及び記録の確認。
- 五 終了時。法令・院内規程に基づく保存、移管、削除又は廃棄とその確認。

各段階の記録は、情報主体の行為又は権限者の決定を必要以上に監視するためではなく、正当な利用範囲を維持するための管理案として位置づける。

(1023)（保存期間と確定不能事項）

文書の保存年限は、記録類型ごとの法令・院内規程・契約及び事業上の保存要求を確認して定める。患者の診療記録、志願活動員の応募資料、健康管理関連事務、会計資料、相談・事故記録及び公表資料は同一の保存年限を前提としない。病院の非公開の保存年限を推測で補ってはならず、具体的な年限が未確認である場合には「所管確認を要する」と記載する。任意の削除も法的保存義務に反し得るため、正式な廃棄経路を検討する。

19.4. アクセス制御、部門間共有および権限の継続的確認**(1024)（役割と目的の双方によるアクセス判断）**

情報閲覧の可否は、職位又は所属部署名のみで判断せず、その時点の業務目的と個別権限を併せて確認する。例えば活動調整者が配置作業に必要とするのは、活動資格が確認済みか、参加可能な日時はいつか、連絡が取れたか等であり、抗体検査の数値又は相談全文とは限らない。同一人物が複数業務を兼ねる場合も、一つの担当業務で得た機微情報を別目的に自由に持ち込むことを避ける。アクセス権限は、ある役職に属するという事実だけで包括的に与えられるものとして設計しない。担当中の具体的な業務目的、必要な項目、利用時点、院内許可及び失効条件を合わせて確認する。法令上処理可能な情報と、この担当者が実際に閲覧を許される情報とは区別する。

アクセスの可否には、担当の形式上の役割に加えて、特定目的、対象となる情報の種類、許可の期間、当該操作時点の有効性を確認する。業務の予定が登録されたことだけから情報アクセス権が派生するとする設計は採らない。データ最小化のための匿名化又は集計も、元情報を取り扱う初期処理の許可を自動的に置き換えるものではない。処理経路ごとに正式な承認主体を確認する。

8220 (1025) （業務上の最小共有と所管分離）

8221 部門間の連絡に際しては、担当を調整するために伝えるべき内容と、別の所管が保護す
8222 べき原記録とを区別する。活動員の健康上の参加制限、患者からの苦情、医療安全に関する
8223 事案及び図書室利用に関連する個人情報などは、原記録の場所、対応担当及び閲覧可能者が
8224 異なる。調整部門に必要な情報は、正式に確認された可否や連絡状況等に限定できるかを優
8225 先して検討する。これを内部の正式な情報共有規程を省略する根拠としない。

8226 (1026) （部門間移管の状態と受領確認）

8227 第 17 章の「連絡した」「先方が受領した」「正式に担当を引き受けた」「案件を終結した」
8228 は異なる。機微情報を伴う案件では、受信者が閲覧権限と担当権限を有するかを確認してか
8229 ら伝達する。共有し過ぎることを防ぐと同時に、過小な共有によって患者安全や受援者の権
8230 利が損なわれないよう、必要な指示を正式な連絡経路で確認する。電子メールの一斉送信を
8231 既定の移管方式としない。

8232 情報移管では通信の成功、受信者のアクセス権、受信部署の正式な所管、目的上の必要
8233 性、受領に伴う責任を別個に確認する。受信システムの既読マークは所管者の引受けと同値
8234 でなく、閲覧権限があることも全ての目的への二次利用許可を含意しない。相手の権限を確
8235 認できず緊急性がある場合は、非公式な広域共有に置き換えず、院内で承認された安全上の
8236 連絡経路に従う。

8237 (1027) （権限付与、変更および失効）

8238 新規採用、配属変更、研修終了、休職、契約終了、実習終了、外部委託変更等により、情
8239 報にアクセスする必要性と資格は変化する。登録を維持していることのみを根拠に長期の権
8240 限を残さず、職務変更時の再確認と権限の停止・回収を検討する。実際のアカウント発行、認
8241 証、監査、失効手続は病院の情報システム管理規程に従う。本指針によって電子カルテ又は
8242 病院の内部システムへのアクセスを申請・取得できるとは解さない。

8243 情報アクセスの許可と活動配置の許可は、承認主体・対象・有効期間を異にする。試作
8244 においては、役割を割り当てられたという事実から患者データ閲覧権限を生成しない。アク
8245 セス停止・役割終了・同意撤回の時点に差がある場合には、どの情報処理及び配置がどの時
8246 点の有効な権限に基づくかを別々に監査できるよう、管理主体に確認する。

8247 (1028) （誤送信・閲覧範囲超過の抑制）

8248 連絡先誤記、同姓同名、共有リンクの公開設定、メール転送、写真の背景、ファイルの
8249 プロパティ又は表計算の非表示列等から、意図せず個人情報が外部に伝わる場合がある。送
8250 信前の宛先・添付・開示範囲の確認、必要な暗号化や安全な保管、不要な複製の回避等を候
8251 補対策とする。院内で正式に指定されたシステムが存在する場合はその利用方法を優先する。
8252 漏えいが疑われる場合の詳細は本章の情報事故節による。

8253 19.5. 活動員の健康関連情報、研修資格および相談の保護

8254 (1029) （健康管理事務と医療的判断の境界）

8255 当該募集職位には、健康チェック、抗体検査及び予防接種等に関する案内・日程調整・記
8256 録整理の補助が含まれる²⁵⁹。この記述は、健康情報の全項目への閲覧権限、疾病に関する判
8257 断権限又は診療記録の自由な再利用を意味しない。検査・接種内容の医学的適否及び実施の
8258 判断は正式な担当者へ委ね、調整担当者が扱う事務情報の最小範囲を確認する。

²⁵⁹ 東京大学病院「医療運営課 特任専門職員〔特定有期雇用教職員（常勤）〕募集」（2026 年 8 月 19 日）
<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/syokuin/20260819-1.html>。

(1030) (活動資格の状態表現と原情報の分離)

資格を要する活動の排班において、確認すべきことは当該日時と役割について参加条件が充足されているかである。正式に承認された場合、例えば「配置条件を満たす」「確認待ち」「参加不可」等の状態のみを扱う仕組みが考えられる。ただし、この状態分類は著者の提案であり、病院の現行資格区分ではない。原検査データ、確認者、判断根拠、更新時期及び本人からの訂正については、原記録の所管と権限に従う。

(1031) (研修時間、帯同関係および健康情報の分離)

累計 18 時間までの帯同研修という公開条件の管理は、研修参加時間と確認状況の記録によって検討できる。他方、帯同者の選定や参加者の役割適性を判断するために、詳細な健康情報や心理的相談記録を研修台帳に転写することを前提としない。活動資格、健康上の参加条件及び個別日の承諾はそれぞれ更新時点が異なるため、すべてを単一の永久的な「適格」ラベルに統合しない。

(1032) (相談の秘密保持と必要な保護措置)

活動員が精神的負担、対人関係、健康不安又は活動休止について相談する場合、相談を受ける側は本人の言葉、確認済みの業務上の事情及び専門部署に相談すべき事項を分ける。精神分析的な参加動機の考察を用いて、個人の無意識、欲望又は診断を推測して記録しない。相談内容が第三者の安全に関わる場合でも、情報共有の要否と範囲は必要性及び正式な所管判断に基づいて扱う。第 13 章の自発性・心理的安全と整合させる。

(1033) (本人による訂正、参加条件の変更及び退出)

活動員の登録情報、希望する連絡方法、健康関連事務の確認状況又は参加可能性が変わったときは、本人の申出を受ける正式な経路と更新を確認する。誤った健康属性や古い参加制約が継続して流通すると、参加機会の不当な制限、望まない活動への配置及び信用への影響が生じ得る。登録・休止・退出後の記録保存と閲覧可能範囲についても、関係規程を確認したうえで適切に処理する。

19.6. 次世代医療基盤法と医療情報の二次利用**(1034) (制度の目的と 2026 年時点の法令体系)**

次世代医療基盤法は、国の認定制度のもと、医療分野の研究開発に資する匿名加工医療情報及び仮名加工医療情報の作成・利用等を扱う固有の法制度である。2024 年 4 月施行の法改正により仮名加工医療情報の枠組みが導入された。内閣府の法令・指針一覧は 2025 年 12 月、2026 年 3 月、5 月、6 月及び同年 10 月 1 日のガイドライン改訂を記録しており、2024 年当初の説明資料だけを現行版の代用としない²⁶⁰。匿名加工と仮名加工の区別は、再識別リスク、扱う主体の認定及び各制度の提供・利用条件に関係するため、識別子を一部除いた情報を当然に自由な研究利用の対象とみなさない。

(1035) (東京大学病院による医療情報提供の公表)

東京大学病院は、同法に基づき医療情報を国が認定した匿名・仮名加工医療情報作成事業者へ提供すること、認定事業者が加工・管理した情報を研究者に提供することを公表して

²⁶⁰内閣府「関係法令・ガイドライン・通知・事務連絡」<https://www8.cao.go.jp/iryou/hourei/hourei.html> (2026 年 10 月 8 日確認。公布・改訂履歴及び分冊を参照)。内閣府「1 人のデータ、みんなの健康、次世代法」https://www.cao.go.jp/press/new_wave/20240603.htmlは 2024 年当時の制度説明資料である。

いる²⁶¹。この公表は大学病院の研究・公共的使命と患者情報の保護との制度的な接続を示す。他方、本募集職位の患者支援・志願者調整業務は、同法上の医療情報の加工事業、研究利用の審査又は患者の診療情報管理と同一の業務ではない。同院は提供拒否が治療に影響しない旨を明示し、16歳未満の子どもや判断が難しい人について保護者等による手続も案内する。この公開説明の存在は、活動員が当人の判断能力を判定したり、代理権者を認定したりする権限を示すものではない。具体的な申出を希望する者は公表された正式窓口へつなぎ、同制度への参加状態を通常の外来案内履歴に記載しない。

(1036)（提供停止の意思表示と正式な窓口）

病院は、医療情報の提供を望まない患者がいつでも停止を求められること、拒否しても治療に影響がないことを明記している。案内において、書面交付後一か月を経て認定事業者へ提供される旨及び16歳未満の子ども等に関する保護者による手続可能性にも言及する。公開された担当窓口は医療運営課・診療情報管理担当であり、平日9時から17時までの受付として案内されている²⁶²。患者支援チームとの部局名の共通性のみから、調整担当者が停止申出を直接受理・処理できるとは推定しない。

(1037)（通常の個人情報保護法上の取扱いとの違い）

医療分野の要配慮個人情報について、個人情報保護法の一般的な第三者提供・本人同意等の規律があり、次世代医療基盤法は特定の目的、要件及び認定制度を伴う固有の枠組みである。患者からの一般的な個人情報開示請求、臨床研究における個別同意又はオプトアウト、同法に基づく医療情報提供の停止、ボランティア活動記録の使用は、対象とする情報・処理・所管が異なる。名称が似た「提供停止」「匿名化」「研究利用」という語だけで制度間の代替ができるものとして取り扱わない。

(1038)（ボランティア業務への権限非波及）

次世代医療基盤法の存在は、志願活動の企画、募集、排班、活動実績又はEBPM評価のために、患者の電子カルテ、診療情報、認定事業者保有データ又は個人レベルの研究データを利用する権限を付与しない。受診動線の改善や患者の経験について検討する場合には、正式に提供された非識別的な統計、本人の任意の意見、現場で権限内に確認した業務事実等から、必要な証拠基盤を別途構築する。データの入手可能性は正当なアクセス権限の証明ではない。

(1039)（患者から質問を受けた場合の案内原則）

活動中に患者から法制度、医療情報の提供又は停止の方法を尋ねられた場合、一般に公開されている病院の案内を示し、所定の正式窓口へつなぐことが基本候補である。本人の意向をボランティアが独自帳票に集約する、当該患者の診療情報を閲覧して提供状況を答える、医療データの削除が完了したと保証する等の行為は行わない。実際の説明用文面及び手続の担当は院内で確認する。例えば患者が「その研究への情報提供を断ると診療に影響しますか」と尋ねた場合、病院の公開文書が影響しないと説明していることを示した上で、個別の情報提供状況・停止の処理状況・例外的な法的取扱いの確認を正式窓口に委ねる。患者の質問をもって同意・拒否の意思が完成したと推定しない。

(1040)（医療データの二次利用と治療上の同意の分離）

患者が個別の診療を受けることへの同意と、医療情報が研究・データベース等に二次利用されることの法的・倫理的条件は区別する。次世代医療基盤法に基づく認定事業者への提

²⁶¹ 東京大学病院「次世代医療基盤法に基づく医療情報の提供について」https://www.h.u-tokyo.ac.jp/about/jisedai_kiban/（2026年10月8日参照）。

²⁶² 東京大学病院、前掲「次世代医療基盤法に基づく医療情報の提供について」。連絡先・受付時間等は実際の案内時に最新版を再確認する。

8335 供・停止等には国内法所定の枠組みがあり、WMA 台北宣言が論じる同意、透明性、管理責任
 8336 等の倫理的論点と一律に同じ手続を取るものではない。適法性の根拠、患者への情報、選択・
 8337 停止の手段及び責任主体を用途ごとに確認し、活動員が独自に患者の同意を代行取得しない。

8338 19.7. 安全管理、情報事故および保存・廃棄の判断

8339 (1041) (医療情報システムに関する現行の安全管理資料)

8340 厚生労働省は 2026 年 6 月に「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」第 7.0
 8341 版を公表し、経営管理、企画管理、システム運用及び保守委託等に関する文書とチェックリ
 8342 ストを提示している²⁶³。志願者調整の帳票に直接同ガイドラインの全条項が機械的に適用さ
 8343 れると即断せず、患者・医療情報を扱う範囲、システム接続及び病院の正式な情報安全管理
 8344 方針を確認して、必要な管理措置を判断する。

8345 (1042) (物理的・技術的・組織的な管理)

8346 管理措置の検討には、次の異なる側面を含める。

- 8347 一 物理的管理。受付文書、持出し資料、机上、印刷物及び廃棄物の取扱い。
- 8348 二 技術的管理。認証、アクセス範囲、端末、ネットワーク、暗号化、更新、バックアッ
 8349 プ及びログ。
- 8350 三 組織的管理。取扱責任者、教育、承認、委託先監督、異常時報告及び定期点検。
- 8351 四 人的管理。必要な場面での口頭説明、無断撮影・持出しの抑制、迷った場合の所管照
 8352 会。

8353 具体的な製品・設定・数値基準は病院の現行規程と担当部署の承認による。独自の強制的技
 8354 術基準を本書面によって課さない。

8355 (1043) (情報事故の最初の行動と独立調査の抑制)

8356 誤送信、書類紛失、端末の置忘れ、不審な共有リンク、無権限アクセスの疑い又は画像
 8357 の誤公表を認識した場合、担当者は正式な緊急連絡経路に従って所管責任者へ速やかに報告
 8358 し、認識できる範囲で被害の拡大防止に協力する。個人の判断で情報を隠蔽し、証跡を破壊
 8359 し、関係者の診療情報を独自に検索して調査する行為は避ける。個人情報保護委員会の医療・
 8360 介護分野 Q&A (Q3-7) は、漏えい等事案への内部報告、拡大防止及び法令等に沿った対応を
 8361 説明する。発見者の初動連絡、病院の正式な事実調査、個人情報保護委員会等への法定報告、
 8362 本人への通知及び再発防止の決定は、権限と要件の異なる段階である。具体的な報告先、期
 8363 限、証跡保存及び外部連絡の可否は院内所管による指示を必要とする。²⁶⁴

8364 (1044) (保存場所、バックアップと継続性)

8365 正式な保存先、アクセス権限、バックアップ、災害時復旧及び廃棄手順が確認された場
 8366 合に、活動調整に必要な記録の継続性を設計する。紙と電子の重複記録、私物端末への写真
 8367 保存、個人所有クラウドでの共有又は非公認のデータ同期によって、便宜上の復旧方法を増
 8368 殖させない。システム障害時には、患者安全と必要な事務連絡の確保を優先し、正規の復旧
 8369 経路及び事後の実績訂正を確認する。BCP の具体的手順は院内規程に従う。

8370 (1045) (訂正、削除、廃棄及び説明可能性)

8371 訂正は、原記録の由来、修正理由、修正権限者及び履歴の必要性を検討したうえで正式

²⁶³厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第 7.0 版（令和 8 年 6 月）」https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000516275_00006.html（2026 年 10 月 8 日参照）。

²⁶⁴個人情報保護委員会「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンスに関する Q&A」Q3-7、https://www.ppc.go.jp/personalinfo/faq/iryokaigo_guidance_QA/。

手順に従う。誤りを黙って別データへ転記したり、患者・活動員に不利益となる誤情報を永久に残したりしない。保存満了、制度変更、登録終了又は本人申出による削除の扱いは、適用法令と保存規程の双方を踏まえる。削除の実行権限がない場合は、正式な申請・確認経路へ移す。消去を完了していない段階で完了と伝えない。

(1046) (事故記録の保全と情報アクセスの比例性)

事故の可能性を把握した際、関係記録の改変防止、取得時刻、取得者、保管先及び訂正履歴を明確にすることは後の検証に資する。他方、「紛争になるかもしれない」との予想だけで、調整担当者が患者診療録、健康情報又は私的通信を自由に複製・持ち出すことはできない。必要資料の保存範囲、閲覧権者、院内報告先及び保存期間は、適用法令及び正式な院内権限に沿って確認する。

19.8. 外部サービス、生成 AI および業務支援システムの統治

(1047) (表計算・フォームと正式利用の判定)

Microsoft Excel、Forms、電子メール、Web アプリケーション及び数値最適化ツールは、募集・配置・報告等に利用可能な技術的選択肢として検討できる。しかし、特定の製品が一般に利用可能であることと、東京大学病院の業務において正式に使用許可されていることは異なる。業務導入前に対象情報、認証方法、利用契約、保存地域、アクセス権限、委託関係、運用責任、監査可能性及び廃止時のデータ取扱い等を所管に確認する。

(1048) (生成 AI への入力と機密境界)

一般向け生成 AI サービスに、患者の診療内容、相談全文、氏名、受診予定、活動員の健康資料、未公表の病院文書又は内部の事故・苦情記録を入力しない。匿名らしく見える自由記述も、日時・区域・役割等の組合せによって再識別され得る。利用を検討する場合には、公開情報、合成事例、抽象化した業務フローなど、正式に使用が認められたデータだけを対象とし、人間による独立検証と責任所在を明示する。

(1049) (数値最適化の入出力境界)

第 11 章の候補シフト生成には、本人が承諾した活動可能日、正式に確認された資格・参加可否、区域別需要及び移動等の制約を与える。健康診断の原資料、病歴、職員の非公開人事情報又は患者の診療履歴を最適化モデルの内部特徴として取得する必要性は通常の調整目的から導かれない。出力も候補案と正式な決定を分離し、配置理由を説明できるようにする。アルゴリズムの提供者、委託形態及び保守に関する扱いは正式な制度による。

(1050) (自動分類、人物評価及び差別のリスク)

活動記録から「良いボランティア」「低い動機」「問題の多い患者」等の人格的ラベルを自動生成し、配置・表彰・対応の決定根拠として循環させない。生成された分類が人の関係性、参加機会又は評判を実際に変える場合、誤った表示が現実の不利益をもたらし得る。第 6 章の人間性疎外、責任分散、証拠の時間依存性及び物象化に関する留保を、モデルの特徴量、利用目的、説明及び訂正手続の検討に具体化する。

(1051) (外部委託、共同編集及び第三者提供の区別)

院内システム利用、部門間共有、クラウド保存、業務委託、受託先からの再委託、外部開発者への技術支援、研究利用及び第三者提供は、関係する主体と法律上の評価が異なり得る。個人情報保護委員会の医療・介護分野 Q&A (Q3-6) は、通常は個人データを直接扱わない委託業務でも偶発的に個人情報に接する可能性を踏まえた管理を説明し、Q3-8 は委託先で

の漏えい等事案に関する連絡体制や委託元・委託先の責任関係を示している。これらの説明は、病院が実際に委託契約を締結したという事実や、応募者個人のクラウド・AI サービスが承認されたことを意味しない。試作アプリの適否は、取扱目的、データ区分、アクセスの最小性、契約、再委託、越境処理、監査及び削除・撤去可能性を正式担当と確認する。個人が任意に契約した外部システムへ識別可能な院内データを移行しない。²⁶⁵

(1052) (試作アプリケーションの検証範囲)

応募者による志願活動管理、患者動線案内、予定調整及び三次元シミュレーションの試作は、公開可能な資料、架空の患者・活動員、合成の予定と需要、仮定した院内承認の条件を用いた技術的検証に限定する。ソフトウェアに保存可能なこと、合成テストが成功すること、病院内で使えること、職務として採用可能なこと及び患者・活動員の利益が実現することは、相互に独立の命題である。実運用に先立っては、データの利用目的と同意・法的要件、責任と権限、導入審査、監査記録、撤退可能性、誤案内時の停止点及び公平性評価等を院内で確認しなければならない。病院との協働、システム導入、個人情報アクセス又は患者を対象とした実地検証が現時点で承認されたかのように表示しない。本稿の GR 及び EBPM に基づく評価構想は、公共的・倫理的な研究提案として維持する。

(1053) (データ利用の事前確認を五つの独立条件に分けること)

新たな集計・シフト支援・アンケート等を実施するときは、次の条件を独立に確認する。

- 一 目的。誰のどの業務上の問題を扱い、患者又は活動員の何を改善するか。
- 二 データ。取得する項目、本人及び第三者への説明、機微性、既存記録との結合を許すか。
- 三 権限。利用システム・アクセス・共有・委託及び対外発信について正式な許可があるか。
- 四 時間。情報の有効期間、更新、誤記訂正、保存期限及び撤去条件をどう扱うか。
- 五 責任。出力の確認者、異議・事故時の窓口、適用中止の判断者が明確か。

一条件が不明のとき、アルゴリズム上の有用性や公開上の善意だけでその不明を補完しない。この項目群は執筆者による承認前の検討様式案である。

(1054) (外部システム導入に関する法令順守と安全上の注意義務)

外部クラウド、生成 AI 及び配置アプリの導入では、個人情報法令上の利用目的・委託・安全管理の要請と、病院が負う医療安全上の組織的配慮及び個別の契約上の義務を区別する。情報技術の契約条項だけで患者・活動員の全ての権利と安全上の要請が充足するとみなさない。アクセス権限、データ入力必要性、外部処理先、事故時の責任分担、監査・停止可能性を事前に点検し、院内承認がない状況では実データ接続を提案にとどめる。これは技術が媒介する関係性への責任を可視化するための執筆者の基準である。

19.9. 統計、開示、オープンな知識および EBPM への利用

(1055) (集計可能性と公表可能性の違い)

多数の活動記録から人数、活動延べ時間、区域別配置、図書室開室時数又は研修実施数を集計できる場合であっても、当該集計の対外公表が許されるかは別途判断を要する。人数の少ない区域、希少な役割、日時の細かい区分では、集計値と公開情報から個人が推測され

²⁶⁵ 個人情報保護委員会「医療・介護分野ガイダンスに関する Q&A」Q3-6、Q3-8、https://www.ppc.go.jp/all_faq_index/faq3-qb3-6/、https://www.ppc.go.jp/all_faq_index/faq3-qb3-8/。国立大学法人への具体的適用と院内手続は正式担当に確認する。

ることがある。小集団の秘匿、粒度の調整及び公表前の確認を考慮するが、具体的な閾値や公開審査者は院内で決定する。

(1056) (統計の目的と測定上の限界)

活動時間、欠員率、問い合わせ件数又は図書室閉室日数は、業務の一側面を表す指標である。これらを有用な証拠として扱う一方、患者が感じた安心、援助の拒否の尊重、偶然の相互承認、志願者同士の協力等を十分に測定したものと見なさない。第 20 章の評価では、欠測、集計定義、時点、制度変化、選択バイアス及び実際の比較可能性を確認する。数値に表れにくい関係性を不存在と推定しない。

(1057) (公開資料と内部資料の出所表示)

研究・報告・広報で資料を引用する場合、院方が公開した一次資料、一般の法令・行政指針、正式に公表が承認された内部集計、筆者が構成したモデル及び合成の事例を区別する。公表に適さない資料を引用できない場合は出所の不足を率直に認め、公開資料だけで答えられない組織内事実を推測で補わない。個人の学術上の見解を病院の公式見解として示さない。

(1058) (オープンソースとデータの分離)

汎用的な予約調整アルゴリズム、入力様式の雛形、解析コード及び合成データは、権利関係と公開許可を確認したうえで開示できる可能性がある。しかしソフトウェアのソースコードを公開することと、患者・活動員の実データ、内部ネットワーク構成、認証情報、契約資料及びセキュリティ上の詳細を公開することは別問題である。著作権・職務上の権利・委託契約・情報セキュリティ及び公表権限を確認し、実情報を含まない配布物を優先する。

(1059) (EBPM・GR における情報の規範的選択)

どの情報を取得・共有・数値化するかという選択は、単なる測定技術ではなく、主体が制度上どのように表象されるかに関わる。過度に精細な監視は活動員の自発性を損ない、患者の拒否や沈黙を不当な行動として評価することにつながり得る。したがって業務評価の必要性とともに、**取得しないこと、分類しないこと、公開しないこと**にも正当な理由があり得る。これは著者の GR 及び EBPM に関する解釈であり、公式の院内評価基準として記述するものではない。

(1060) (業務改善と人を対象とする研究の境界)

日常の活動管理・患者サービス改善と、研究として仮説を検証し外部発表する計画とは、目的、方法及び利用する情報の範囲によって異なる審査・許可を要し得る。WMA「ヘルシンキ宣言」(2024 年版)は人間の参加者を伴う医学研究の倫理原則を示す。²⁶⁶患者や活動員の情報を研究目的で収集・連結・二次分析する提案については、研究該当性、倫理審査、適用法令、情報提供・同意及び公表範囲を院内の正規所管で先に判定する。業務評価の名目だけで必要な審査を迂回しない。研究該当性の検討は、後日の学会発表予定の有無という単一の基準に還元しない。介入の目的、参加者の募集、通常業務を超える追加負担、個人データの連結、比較・割付方法、同意・拒否の実効性及び結果の公表先を計画時に記録することを提案する。ヘルシンキ宣言は 2024 年 10 月改訂版が WMA の現行版とされるが、倫理原則そのものと日本国内の研究倫理審査・個別の研究開始許可は異なる。²⁶⁷

²⁶⁶World Medical Association, *Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants* (2024 年改訂) <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/>。患者サービスの通常業務が直ちに医学研究に該当するわけではない。

²⁶⁷WMA「Declaration of Helsinki」<https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/>。同会は 2024 年版を現行の公式版と表示する。

19.10. 本人の権利、監査可能性および院内確認事項

(1061) （開示・訂正・利用停止等の正式な手続）

東京大学病院は患者情報に関する開示、訂正、利用停止・消去・提供停止及び相談等について公表している²⁶⁸。申出の対象、本人確認、法令上の要件、第三者の情報保護、回答期限及び決定権限は、それぞれ正式な所管に従う。調整担当者が口頭で申出を受けた際には、独自に開示可否を決めたり、医療記録を手渡したりせず、必要な公式窓口へつなぐ。

(1062) （情報流通の説明可能性と責任分担）

記録の取得者、正確性の確認者、共有の許可者、閲覧権限者、分析結果の利用者及び正式決定者が異なる場合、責任が分散しやすい。業務改善のための情報連携について、どの判断を誰が確認し、異議又は修正をどこで受けるかを先に定めることを提案する。AIを使用した場合には入力範囲、モデルの役割、出力の再確認及び人間による最終判断を区別する。既存システムに存在しない監査機能を既存制度として記載しない。関係論的な情報流通モデルでは、単にデータが移動したかを記録するだけでなく、**取得目的、本人との関係、制度上の受理権限、共有の対象、意思決定者、訂正可能性**の結合を一つの遷移として点検する。例えば患者が志願者へ制度の質問をしたという出来事と、所管で提供停止の申出が受理されたという事実を同じ「処理済み」状態に写像しない。これは著者の説明責任モデルであり、院内の実装済み監査機能を表すものではない。

制約違反の説明で示す資料は、入力値、その確認権限、確認日、有効区間及び出力に必要な事実を最小限に区別する。例えば「資格条件が未確認」という分類は、本人の病歴・私的事実・未確認理由を表示する許可を生まない。IISなどの数学的原因集合が得られても、外部へ開示してよい情報集合とは一般に一致しない。担当部署への必要な説明、活動員本人への説明、個人に紐づかない研究用合成事例への変換を別の手続として定める。説明可能性は開示量の最大化でなく、根拠の追跡可能性と情報保護を両立させる条件として評価する。

(1063) （教育、認識の更新および権限の再確認）

新たな担当者及び活動員への説明には、秘密保持、端末・紙資料、撮影、患者からの情報提供、苦情・健康情報の転送先、不審なメール等を含めることが望ましい。研修の詳細と実施主体は院内確認を要する。制度・技術・配置変更が生じたときは、初回研修をもって恒久的に適格とせず、職位と情報利用の必要性を見直す。個人の判断能力を過信せず、疑問を正式に照会できる組織環境を重視する。

(1064) （院内で確認すべき具体的事項）

本章の候補案を実際の業務手順に転換する前に、次の事項を現行の院内資料で確認する。

- 一 患者支援、医療運営、診療情報管理、情報システム、個人情報保護、医療安全等の所管と連絡経路。
- 二 活動員情報・健康情報・相談記録・患者関連情報の目的別保管先、閲覧範囲、訂正者及び保存期間。
- 三 許可されたメール、表計算、フォーム、外部サービス、AI、開発・検証環境と委託条件。
- 四 第三者提供、二次利用、写真公表、統計公表及びオープンソース公開に必要な決裁。
- 五 誤送信、紛失、不審アクセス、機器故障、本人からの開示等の申出に対応する正式手

²⁶⁸ 東京大学病院「個人情報保護方針」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/about/kojinjouhou/>（2026年10月8日参照）。

順。

未確認事項について一律の運用日数、保存年数、承認役職又はアクセス権限を本指針に追加しない。

(1065) （後続章への接続と情報管理の反省）

本章におけるデータガバナンスは、第 11 章の配置案、第 12 章の日常運営、第 13 章の相談と表彰、第 14・15 章の患者サービス、第 16 章の安全対応、第 17 章の苦情移管及び第 18 章の報告書作成を横断する。第 20 章で効果を評価する際には、取得可能なデータを無条件に利用せず、権限、目的、時点、欠測と解釈上の限界を先に確認する。第 21 章では、公開制度の変更、院内運用の正式確認、残存する情報リスク及び本指針の改訂を扱う。情報保護は、改善を妨げる単なる負担ではなく、支持関係における信頼と主体の自律を維持する条件として理解する。

(1066) （情報主体の自己決定と実効的な権利行使）

患者及び活動員が、自分に関する何の情報か、どの目的で、どの主体によって扱われるかを理解し、適切な申出先へ到達できることを、形式上の通知に加えた統治上の要件として考察する。UNESCO 宣言の自律、プライバシー、公正の原則と WHO の患者安全権利憲章にいう医療記録へのアクセスは、権利の実効的行使を考える上で参照できる。具体的な開示・訂正・利用停止・提供停止の請求要件と権限主体は法令及び院内規程で判断し、活動員が独自に可否を回答しない。

20. 患者サービス評価および EBPM に基づく業務改善

20.1. 本章の目的、評価対象および実施権限

(1067) （本章の目的と業務サイクルへの位置づけ）

本章は、第 7 章の企画を起点とし、第 8 章から第 17 章までの募集、受入れ、研修、配置、日常運営、活動員支援、来院者支援、図書室、行事、安全及び院内調整に関する業務を、実施後に検証し改善するための方法論を示す。第 18 章が記録の生成・整理、第 19 章が情報利用の権限と保護を担当するのに対し、本章は何を改善対象とし、どの根拠により、誰が、どの範囲で改善を判断するかを扱う。制度上の最終判断及び試行の承認は病院の正式な所管に属し、本章は個人応募準備段階の提案に留まる。

(1068) （日本の EBPM に関する公的資料との接続）

日本政府は、政策目的を明確にし、合理的根拠を吟味しながら企画・検証・改善を行う EBPM を推進しており、2026 年 9 月 1 日に『EBPM ガイドブック Ver2.0』を公表した²⁶⁹。本指針は同文書を一般的方法論として参照する。ただし、政府行政事業の政策効果評価、大学病院の業務上の患者サービス評価及び人を対象とする医学系研究は、それぞれ適用法、所管、目的及び審査手続の異なる活動である。院内で採用された正式な評価指標、集計期間及び決裁権限は別途確認し、政府資料の推奨を直ちに病院の義務とみなさない。

(1069) （大学病院の固有目的と患者の権利）

東京大学病院は、「安全・安心・思いやり」を掲げ、患者の尊厳、意思、情報及びプライバ

²⁶⁹ 政府の行政改革「EBPM の推進・支援」<https://www.gyokaku.go.jp/ebpm/shien/index.html>、同トップページ<https://www.gyokaku.go.jp/>（2026 年 9 月 1 日掲載）。内閣官房「EBPM 推進委員会（第 2 回）議事次第・資料」（2026 年 9 月 18 日）<https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/gskaigi/ebpm/dai2/gijishidai.html>。

シーを尊重する旨を公表している²⁷⁰。患者サービス評価では、この公表された規範を考慮するとともに、高度医療・教育研究を担う大学病院の場面に固有の動線、診療上の安全及び専門職の権限を確認する。支援件数の増加のみを患者サービス改善と同一視せず、患者が援助を選択又は拒否できる条件も評価対象とする。病院の 2023～2024 年度最終評価が扱う診療、研究、教育・研修、人事・労務及び運営の相互関係は、患者支援の効果を単独の窓口処理数へ還元することの限界を示唆する。例えば案内時間の短縮を図る提案は、患者の理解や移動安全、診療部門への誤照会、活動員の待機負担及び個人情報の開示機会と同時に評価される必要がある。この複数成果の接続は筆者による EBPM 上の提案であり、病院の公表計画がボランティア業務の評価指標を具体的に承認したことを意味しない。

(1070) （四つの目的の区別）

評価の前提として、次の目的を区別する。

- 一 活動の存在意義。自主的な社会参加、適切な援助及び他者との関係形成がいかなる価値を持つか。
- 二 企画の目的。病院固有の問題、患者の意向及び実施条件を踏まえ、なぜ当該活動を設計するか。
- 三 募集の目的。活動に適した参加の機会と相互理解を、なぜ、どの条件で構築するか。
- 四 運営の目的。活動を安全に維持し、必要に応じて変更・停止し、支持関係を継続的に点検すること。

同一の指標で四つの目的を代表させることは困難である。企画前に目的と評価上の問いを結び付けることにより、評価結果が当初の目的を誤って置換することを抑制する。

(1071) （評価の単位と制度上の境界）

評価単位には、個別の支援場面、特定の機能区域・時間枠、活動類型、活動企画、部門間の連携及び年間の運営体系がある。患者個人の医療結果をボランティア活動の成果として直接帰属させること、志願者個人に人格的な総合点を付けること、未承認の臨床指標へ接続することは、本章の評価対象に含めない。評価の単位、期間、比較対象及び必要な観測を事前に明示する。評価対象を個人の内的状態へ拡張するのではなく、支援の申出が理解可能であったか、拒否・保留が尊重されたか、所管への引継ぎが適切であったか、誤案内が修正可能だったか等の相互行為と制度条件を区別する。観測できる記録（表現的実在）から実際の信頼関係（関係の実在）を直接一意に同定できないため、数値と経験的記述を対応づけても結論の強さを限定する。

20.2. 支援需要、価値およびロジックモデル

(1072) （企画課題と代替手段の同定）

評価は既存活動の存続を前提とする擁護から始めるのではなく、解決を目指す具体的な支援課題を確認する。例えば外来案内の困難に対しては、掲示の改善、案内職員による対応、端末や Web 案内の修正、適切な志願者支援等、複数の手段があり得る。企画の目的、患者が自ら対応できる条件、代替手段の安全性及び正式なサービス責任の所在を先に整理し、志願者を無償の人員補充とみなす判断を避ける。

(1073) （ロジックモデルの構成要素）

個別企画における作業仮説を、投入資源（Input）・活動（Activity）・直接の実施結果

²⁷⁰ 東京大学病院「患者さんの権利と責務」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/kenri/>（2026 年 10 月 8 日参照）。

(Output)・対象者に生じる変化 (Outcome)・より長期の影響 (Impact) に分けて記述する。例えば図書室の投入資源には実際に参加を承諾した活動員、研修、施設及び資料があり、活動には開室・貸出補助があり、Output には実際の開室時間や対応回数があり得る。患者の学び、安心感、生活経験などは別途検証を要する Outcome の候補であり、単なる開室時間から自動的に成立するものではない。

(1074) (仮説間の結合と必要条件)

ロジックモデルの各段階の間には複数の条件が介在する。例として「志願者を募集すること」が直ちに「図書室が開室すること」を保証するわけではない。説明会、受入れ、研修、個別日の意思確認、資格、実到场、引継ぎ、施設の利用可否が関与する。したがって各段階について**成立に必要な条件、途中で失われ得る条件、他部署が保持する判断権限**を区別し、単一の直線的因果系列に過度に還元しない。

(1075) (受援者の意向と支援の適合性)

支援の有用性は、支援を望む患者と望まない患者、移動支援を必要とする来院者、図書室を利用したい患者等の間で異なる。本人が拒否した援助は、たとえ実施件数を増やさなくても自主性尊重の適切な結果となり得る。対応の適合性を確かめる際には、本人に負担をかけない意向確認と既存の正式な相談経路を優先し、患者を評価のための回答者として扱うことを当然の前提としない。

(1076) (多主体の価値とトレードオフ)

政府・市民社会、患者・来院者、活動員及び病院は、相互に関連するが同一ではない目的を持つ。患者の安心、活動員の自主性、病院の安全と安定運営、社会の参加機会を同時に検討する必要がある。評価では便益の享受主体と負担を負う主体を分け、特定の主体の価値を増大させるために他者の尊厳又は正式なサービス権利を犠牲にする設計を許容しない。資源配分の優先順位は院内の正式な意思決定に委ねる。

(1077) (事前に記述する評価可能性)

企画承認前に、実務上可能な範囲で次の事項を文書化する。

- 一 対象となる支援課題、活動区域、時間帯及び関係主体。
- 二 達成したい変化と、達成したと判断する際の根拠の候補。
- 三 安全、参加意思、個人情報及び業務権限に関する条件。
- 四 比較に必要な過去の実施条件、欠測及び代替説明。
- 五 判断時点、記録の所管、試行を中止・修正する条件。

取得が許されない証拠を必要条件とする企画評価は設計段階で修正する。評価できない側面が残る場合は、その限界を記載する。

(1078) (患者・家族の参加とサービス共同設計の範囲)

WHO「人を中心とした統合的保健医療サービスの枠組み」は、制度を疾病又は組織の都合だけから設計するのではなく、当事者の必要、選好及び参加に沿って構成する方向を示す。²⁷¹患者サービス評価では、本人が希望する場合の意見聴取、代理・家族の関与条件、通訳等のアクセス支援と、意見を述べない自由を併せて検討する。実際の共同設計会議、患者情報の取得又は調査実施には、院内の承認と必要な情報保護手続を要する。

²⁷¹WHO, Framework on Integrated People-Centred Health Services (2016 年、WHA69.24) <https://www.who.int/health-topics/integrated-people-centered-care>。制度設計上の国際的参考であって、個別の院内事業実施を認定するものではない。

WHO は利用者の参加と応答性に加え、ガバナンス・説明責任、部門間調整、支援環境の整備を一体の戦略として示す。これを本指針へ翻訳する際には、本人が発言可能であること、発言が意思決定へ届くこと、採用・不採用理由が説明されること、参加による負担が過大でないことを分けて評価する。家族が本人に代わり決定できる範囲は各場面の法令・院内手続により異なるため、参加者の属性だけから代理権を推定しない。

20.3. 証拠の取得可能性、観測過程および歴史的状態

(1079) （記録された事実と記録されなかった事実）

第 18 章の実績台帳は、予定、本人確認、出席、活動開始、終了及び中断を異なる状態として扱う。欠勤が記録されていないことは出席の証明ではなく、活動員が記録した援助件数は実際に生じたすべての支持関係を意味しない。記録漏れ、集計時の除外、入力項目の変化及び活動の実質的中止について、事実と推測を区別する。計画時の資格・需要・同意・施設条件と実施時の確認結果を同じ時点の観測値として合算せず、入力スナップショット、再計算、承認及び実施記録の版を対応付ける。再配置後の可行性の改善はモデル内部の性質であり、現場の患者安全や援助関係の改善を独立に実証したことを意味しない。記録の欠測を活動員の怠慢や患者の不満足と短絡させない。

観測される記録は、活動が起こる過程に加え、入力手段・報告文化・立入権限・患者側の拒否可能性によって選択される。従って未記録事象の発生率を観測件数だけから推定しない。集計の分母には「予定された件数」「承認された件数」「確認された実施件数」のいずれを採用したかを明記し、期間比較における定義変更と欠測を表示する。

(1080) （観測する時点と観測が指示する時点）

一つの業務記録について、少なくとも**事象の発生時点、記録の作成時点及び集計・評価の時点**が異なり得る。遅れて入力された欠員記録を当日の需給状態に自動的に帰属させると、当時の判断可能性を誤る。記録項目の定義、修正履歴、制度改訂、開室規則及び連絡先の変更を、取得できる範囲で識別する。時刻を厳密に取得する必要がない業務では粗い時間区分を優先し、過剰な追跡を行わない。

(1081) （制度状態と観測環境の同定）

同一の指標でも、募集人数、参加可能な時段、帯同研修の状況、区域別の人員、外来動線、図書室の公開開室条件及び感染対策が変われば意味が変わる。2026 年の募集要項は 8 時 30 分～11 時 30 分、9 時 30 分～12 時 30 分、12 時～15 時の三枠を示し、各活動日に本人が選ぶ方式である²⁷²。予定枠の存在だけから当日の実配置や活動者の独立資格を推定しない。

(1082) （選択バイアスと沈黙する主体）

自主的な参加・回答で得られた記録には、参加できた者、問い合わせた者、継続した者及び意見を表明できた者が相対的に多く現れる。支援を希望しなかった患者、言語的に意見を表しにくい来院者、活動を休止した者及び相談をためらう者の経験は見えにくい。調査対象の偏りを推定する場合も、本人の機微な事情を追加収集することなく、既存の統計定義と限界記述、適法な質的照会の可能性から検討する。

(1083) （小標本、希少事象および情報保護）

医療安全上の稀な事象や特定区域の少人数活動について、数値の変動を直ちに制度効果と解さない。比較期間が短い場合には偶然変動が大きく、詳細な区域・日付・役割の組合せ

²⁷² 東京大学病院「にこにこボランティア募集」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/volunteer/>（2026 年 10 月 8 日参照）。同ページは東京大学病院での活動時間が 18 時間に達するまで帯同研修期間とする旨も示す。

は個人を再識別可能にし得る。患者、活動員及び職員に関する原記録の閲覧・二次利用・集計公表は第 19 章の正式な権限に従う。必要な場合は、集約した定性的評価又は非公表の内部レビュー等、保護に適合する方法を検討する。

(1084) （観測費用と評価による業務負担）

評価のための調査、記録及び面談は、患者、志願者、医療従事者並びに事務担当者の時間を使用する。取得できる情報が増えるほど評価が良くなるという仮定は採用しない。評価資料の必要性を、改善判断への寄与、本人の負担、同意・情報権限、継続的な入力可能性及び制度的費用から検討する。情報を集めない方が支援関係を保護できる場面もある。

20.4. 活動別指標、到達可能性およびサービス継続性

(1085) （指標群の構成原則）

業務の実績指標は、少なくとも**活動供給、需要と適合、安全、本人の選択、運営負担及び継続性**に関する異なる問いを対象とする。活動延べ時間、人数及び対応件数は主として Output を示し、患者の安心、利用の適合性、参加者の有意味な経験を直ちに測定しない。指標を選定する際は定義、分母、観測期間、データ源、欠測の扱い、比較条件及び利用する意思決定を明示し、単一指標で事業全体を順位付けしない。

(1086) （外来案内及び受診支援の評価）

外来案内における支援の充足を論じる際は、活動員の配置時数に加え、来院者が実際に必要とする機能、正式窓口への適切な引継ぎ及び本人が選択可能な案内経路を区別する。病院の公開するボランティア活動には再来受付機の操作方法説明、書類記入の補助及び院内案内等が含まれる²⁷³。同じ再診支援でも、受付機、窓口及びアプリでは対象・時間・必要な説明が異なり、アプリの利用環境が整わない場合に窓口へ円滑に接続できることも評価対象となる²⁷⁴。本指針の候補指標として、確認済みの窓口案内の適切さ、本人の意思による代替手段の選択、活動員の許可条件内の支援及び未解決の障壁を検討できる。これらは病院で正式に導入された KPI ではなく、患者に責任を帰属させる評価尺度として用いない。職員数や待ち時間への因果的効果は、診療科構成、時間帯、繁忙変動及び制度改訂を踏まえた別途の検証を要する。

(1087) （移動支援の評価と安全優先）

車いす利用者及び視覚障害のある来院者への支援では、必要な資格・研修、本人の意思確認、支援範囲、正式な職員への移管及び事故予防を中心に検討する。実施件数や移動速度の増加を最上位の目標に置かず、**本人の選択、安全及び適切な所管への引継ぎ**を前提条件とする。身体介助の許可範囲、異常時の連絡及び安全性の判定について、病院の正式な運用に代わる数値閾値を本指針で独自に定めない。

(1088) （図書室の開室継続性に関する測定例）

「にこにこ文庫+」は中央診療棟 2 の 6 階に所在し、公開案内では月・水・金の 10 時～14 時 30 分を開室時間とし、活動員不足による閉室時間帯があり得ると明記されている²⁷⁵。予定したサービス窓と実際の開室との関係は、日付・時間帯・活動資格・交接の状況を確認し

²⁷³ 東京大学病院「にこにこボランティア」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/cooperation/volunteer/>（2026 年 10 月 8 日閲覧）。現在中止と示された活動は評価母集団から分ける。

²⁷⁴ 東京大学病院「再診の方へ」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/saishin/>、「外来受診支援アプリのご案内」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/gairai-app/>。

²⁷⁵ 東京大学病院「患者学習センター・にこにこ文庫」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/library/>（2026 年 10 月 8 日参照）。公開時間は実際の全時刻開室を保証しない。

たうえで検討する。医療関連図書は室内閲覧のみ、一般図書の貸出対象は入院中の患者など、公開された利用条件の違いを計数に反映させる。

(1089) （実効的な時間カバレッジの暫定指標）

第 11 章の配置記号を参照しつつ、評価に限って時間区画の有限集合を T 、活動上の必要量を事前確認された非負値 d_t 、実際に確認できた適格な担当量を a_t 、各区画の重みを $w_t \geq 0$ と置く。 $\sum_{t \in T} w_t d_t > 0$ かつ分母・観測条件が確認できる場合、暫定的な実効カバレッジを

$$C_{\text{actual}} = \frac{\sum_{t \in T} w_t \min\{a_t, d_t\}}{\sum_{t \in T} w_t d_t} \quad (23)$$

と定義できる。 d_t は観測不能な需要を零とみなした値ではなく、明示した業務基準に基づく必要量である。需要未確定の時区画、帯同研修中の独立不可者、閉室理由の不明な時間帯は適切に留保する。式(23)は筆者の分析例であり、病院の公式評価指標ではない。

(1090) （院内行事及び活動員支援の評価）

行事については、実施の安全、会場・動線の調整、患者による自由な参加・不参加、出演者との調整及び終了後の負担を検討する。活動員支援については、必要な相談につながれたか、過度な負担が調整されたか、研修・帯同の支援が適切であったかを質的に確認し得る。表彰件数や活動継続率の増加が、支援の公正さや満足を自動的に意味するわけではない。本人の心理状態や欲望構造を隠れた評価変数として推定しない。

20.5. 因果的評価、比較設計および推論可能性

(1091) （実施結果と効果の識別）

評価の中心的な問いを、「企画が実施されたか」と「企画によって何が変わったと判断できるか」に分ける。活動件数、開室時間及び出席状況は前者の証拠になり得る一方、後者の因果評価には反事実の検討が必要となる。図書室がより長く開いた月に利用が増えたとしても、病棟の需要、開館広報、感染対策、患者構成及び季節的変動等、他の条件が変わっている可能性を検討する。

(1092) （反事実の形式的表現と前提）

試行企画の効果を表すため、対象単位 i の結果について、適用した場合の潜在結果を $Y_i(1)$ 、適用しなかった場合を $Y_i(0)$ と置くと、個別の因果差は

$$\tau_i = Y_i(1) - Y_i(0) \quad (24)$$

と定義される。しかし同じ i について二つを同時に観測できない。さらに、志願者・患者・職員間の相互作用により、一人への介入が別の者の結果を変える場合、単位間の独立性を前提にした単純な比較は成立しにくい。本式は評価問題の定義であって、個人への介入を正当化したり臨床試験を提案したりするものではない。

(1093) （実務上の比較設計と条件）

運営改善の試行においては、利用できる許可と資源に応じて、事前・事後の比較、同等条件下の時間帯間比較、段階的な導入又は統制された観測等を候補として検討できる。比較の前に対象、変更した手続、評価期間、併行して起きた制度変更、観測対象、実施者及び情報利用根拠を確認する。単なる前年同月比較や導入前後差を因果効果として発表しない。病院での調査・研究該当性及び審査手続の要否は正式所管に確認する。

(1094)（交絡、選択及びスピルオーバー）

活動を増やした区域は、もともと需要が高い、熟練活動員が多い、あるいは所管の支援が厚い区域である可能性がある。こうした事前条件は、観測された結果に対する交絡を生む。また活動員の交流や職員の接遇変化は他の区域にも広がり得るため、区域を互いに独立した実験単位と見なすことにも限界がある。因果的説明の射程を狭く記載することは、改善を否定することではなく、次の試行を適切に設計するための条件である。

評価の計画では、実際に支援を求めた人だけを分母とした場合、支援への到達を妨げる障壁の影響が観測から欠ける点を明示する。配置が変更されなかった部署にも混雑や問い合わせ移転という影響が及び得るため、介入群と比較群の独立性を無条件に仮定しない。実務上の比較は同時期の条件、事前の傾向、需要変動、感染対策の変更及び拒否による欠測を提示し、識別できる効果の範囲だけを結論とする。

(1095)（否定的結果、効果不明及び停止判断）

期待した改善が観測されなかった場合、施策の不適合、実施条件の不足、観測設計の弱さ、比較対象の変動又は真の効果の不在を区別して検討する。患者安全、活動員の自主性、情報保護等に関する重大な懸念があれば、統計的有意性の検討や評価期間の完了を理由に必要な正式連絡・停止判断を延期しない。効果不明という結果も、企画の規模、資源投入及び後続の調査を見直すための知見となり得る。

(1096)（業務改善と人を対象とする研究の識別手続）

日常のサービス評価に研究らしい数値や比較を用いる場合でも、活動が直ちに医学研究となるとは限らない。一方、患者・活動員に追加の調査負担や介入を課す計画、個人を識別し得る医療情報を利用する計画、一般化を目的とした仮説検証を含む計画等では、実施目的、研究該当性、院内所管、適用される国内倫理指針及び許可を別途確認する。2026年8月27日改正の国内「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」は同年12月1日適用開始であり、10月時点で施行済みとして引用しない。²⁷⁶

(1097)（負担及び不利益を含めた改善の反事実比較）

配置の効率化を試す際は、欠員や待ち時間の変化だけでなく、患者の望まない介入、活動員の負担、相談のしにくさ、他部署への仕事の転嫁なども比較対象として事前に考慮する。改善試行によって新たな不利益を疑う場合、統計的有意差が未確定であっても、権限ある所管に状況を示して継続・修正・停止を検討する。これらの結果をもってGR的な関係性の生成又は患者の幸福が証明されたものとししない。

20.6. 関係性の価値、質的理解および評価の倫理**(1098)（関係性の生成と活動の意味）**

自発的な志願参加は、もともと直接的関係を持たなかった患者、活動員、職員及び市民の間に、新たな相互理解・承認・信頼が生じる機会を提供し得る。東大病院の公開沿革は1994年の「にこにこボランティア」導入及びその後の活動の広がりを記録している²⁷⁷。こうした社会的価値を関係性の生成として読むことは執筆者のGRに基づく解釈であり、各場面で効果が必ず生じるという経験的命題ではない。

²⁷⁶ 厚生労働省、前掲『『人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針』の一部改正について』（2026年8月28日）。

²⁷⁷ 東京大学病院「にこにこボランティア」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/cooperation/volunteer/>（2026年10月8日参照）。歴史的記述を現行の評価効果の実証と混同しない。

(1099) (質的証拠の取扱いと限界)

自由記述、適法な聞き取り、現場の正式な相談記録に現れる経験は、数値化された記録とは異なる知見を提供し得る。ただし表明された感謝は支持の全体を表さず、沈黙は不満・満足のいずれの証明でもない。少数の印象的な体験を一般化する場合には、選択過程、記録目的、競合する経験及び公開可能性を明示する。患者から特別な物語を得ることを活動成果の条件としない。

(1100) (欲望・承認・表彰の位置づけ)

活動員は援助、社会参加、学習、自己確認、承認及び関係形成など多様な動機を持ち得る。精神分析的に支援者と受援者の位置を解釈する試みは、活動が主体の象徴的關係に関わる可能性を示すが、個人の心理を診断したり「欠如」を特定して操作する根拠とはならない。表彰、感謝状及び交流企画は、本人の尊厳と辞退の自由を尊重した制度的承認として検討する。患者に感謝表明を強いる設計や、活動時間の順位付けを人の価値と同一視する設計を採用しない。

(1101) (GR 三層の整理と測定的位置)

本指針の GR 的考察では、第一に究極的な本体状態を留保し、第二に歴史的に構成された主体・役割・支持関係の現実を分析し、第三に記録・発話・指標等の表現形態を扱うという三層を区別する。患者が報告した安心、活動員の継続、自主的な拒否及び相互の協力などは異なる表現と観測の条件を持つ。第三層の数値が小さいことをもって、第二層の価値の不在を断定しない。同時に、関係性という概念のみをもって具体的な安全性や有効性を実証したことにならない。

(1102) (調査しないことを含む権利保障)

支援関係には、偶然の出会い、内面的な経験、患者の脆弱性及び私的な会話が含まれ得る。これらを常時収集・分析すると、その観測行為自体が関係を変質させる可能性がある。評価の正当な手段には、必要最小限の集計、本人の任意回答、十分に抽象化された経験記述及び収集しないことも含まれる。未公開の患者・活動員記録を研究・広報・生成 AI 用データへ転用するには、別個の適法性と正式な権限確認を要する。

(1103) (患者の安全、意思と評価参加の倫理)

患者サービスの評価において、待ち時間や案内件数の改善は重要な証拠となり得るが、本人の安全、不本意な介入の有無、情報の理解可能性、意見を申し立てやすい環境及び文化的配慮も考慮する。WHO の患者安全権利憲章の十項目を点検枠組みとして参照し、実測可能な項目のみに重みを置かない。評価への協力を治療やサービス利用の条件とせず、辞退した人を不利益に扱わない。

20.7. EBPM の五つの構造的限界への実務的応答**(1104) (第一の限界：帰納と将来状態の不確実性)**

過去に同じ活動枠で十分な人員を確保できたことは、将来も同じ人数、参加意思、患者需要及び安全条件が存続することを保証しない。ヒュームの帰納問題は、過去データの蓄積それ自体によって解消しない。実務的には、前提となる制度状態、予測の有効期間、異なる需要のシナリオ及び不可行時の対応を併記し、未来の配置の保証として過去の平均値を提示しない。

(1105) (第二の限界：人間性疎外)

サービスや活動員を時数、件数及び効率のみに還元すると、支援が持つ質的な意味、関係及び自律性が管理目標から脱落する可能性がある。実務的な応答として、患者の拒否・選

扱が尊重されたか、活動員の負担や継続の条件が整っているか、数値に現れない改善があるかを検討し、評価に参加する人に不必要な証明責任を課さない。数値を使うこと自体を排除するのではなく、対象と用途を限定する。

(1106) （第三の限界：責任の分散）

企画者、記録入力者、評価者、アルゴリズム提供者、部門調整者、正式決定者が分かれる場合、判断の結果が誰の行為によるものか不明瞭になり得る。改善案の提案、原記録の確認、因果説明のレビュー、正式承認、実施及び事後訂正について、責任と権限を対応付けることを提案する。集計システムや AI が表示した値を根拠にしても、正式決定責任をシステムに譲渡したと扱わない。

(1107) （第四の限界：証拠の時間及びシステム状態依存性）

観測値は記録が成立した時期の活動枠、区域、関係部署、研修条件、参加可能性、需要及び情報制度に依存する。証拠に記載された時間が分かっても、関係するシステム状態のすべてを復元できるとは限らない。異なる年度・区域の比較では、分かる状態変化と復元不能な状態を明示し、制度変更前の記録を変更後の効果予測へ無批判に移すことを避ける。

(1108) （第五の限界：主体の物象化と関係的流通）

配置可能時間、対応件数及び勤務実績のような表現は、目的を限定すれば有用な管理情報となる。しかし人が「何時間利用可能な資源か」「どれだけ感謝されるか」という表象として流通し、その表象が次回配置、評価、表彰及び周囲の期待を因果的に変えるとき、表現が新たな社会的現実を形成し得る。マルクス主義の物象化論との対話を踏まえたこの分析は、執筆者の関係論的解釈である。実務では人格点数化を避け、本人の訂正・再選択と人間による判断を保障する。

(1109) （五つの限界を同時に検討する方法）

五つの限界は別々の警告であると同時に、相互に作用する。例えば前年度の高稼働者を「高評価」の人員として翌年度に優先配置すると、帰納への依存、記録時点の状態無視、役割の固定、活動負担の集中及び配置責任の曖昧化が同時に生じ得る。企画評価では予測の根拠、隠れた状態、誰に生じる負担、判断責任及び表示が将来に与える影響を一つの検討記録で横断的に確認する。

20.8. 改善案の構成、比較、試行および中止

(1110) （改善の入口と対象事象の定式化）

改善提案の入口には、公開された患者サービス、活動員の相談、図書室の閉室、案内動線の混乱、欠員・交接上の困難、正式な苦情及び担当職員による気付き等がある。それぞれについて、観測された問題、関係する制度、影響を受ける主体、患者安全との関係、説明できていない事実及び所管の判断権限を整理する。個人に責任を帰属する前に、企画や配置制度そのものに改善の余地がないか検討する。

(1111) （複数の代替案と最小介入）

改善案は、既存運用の微修正、案内・掲示の変更、帯同研修の補充、配置枠の調整、図書室の開室告知改善、職員への正式移管及び新たな活動企画等の候補を比較する。各案について、期待する便益、患者・活動員の負担、職員の追加事務、必要な決裁、データ取得の範囲、逆効果の可能性及び撤回可能性を記述する。既存の正式サービスを志願者へ置換する案は、人的費用だけを理由として正当化しない。

(1112)（優先順位の規範的条件）

改善の優先順位は、予測された効率性だけで決められない。法令、患者安全、本人の参加意思、医療専門職の権限、個人情報保護及び正式なサービス継続責任は、相殺可能な効用値とは区別される。その条件を満たす案について、支援需要の切実さ、実行可能性、公平性、組織の負担、将来の可逆性及び関係性の価値を比較する。重み付けを定める場合は、その根拠と正式決定者を記録する。

(1113)（小規模試行の実施条件）

限定的な試行を提案する際には、目的、対象区域、日時、正式な許可、参加者への説明、担当者、入力情報、変更点、観測指標、比較方法、リスク、相談先及び中止条件を事前に整理する。患者や活動員に不利益な割当てを強制する実験を、通常の業務改善として正当化しない。患者研究、臨床介入又は研究用情報取得に該当し得る場合は、通常事務との区別を確認し、必要な倫理審査等の正式手続を経る。

(1114)（試行の停止、是正及び既定業務への復帰）

試行開始後に安全上の懸念、無断の情報共有、本人意思との不整合、資格不足、部門間の責任不明又は著しい活動負担が明らかになった場合は、関係する正式窓口への連絡及び承認された停止・是正手続を優先する。試行を終了するときには、旧運用への復帰可否、未完了の患者案内、活動員への通知、データの保存・削除及び関係部署への引継ぎを確認する。改善指標の向上だけを根拠として問題を不問にしない。特に受付や検査案内の試作を行う場合、患者の手続上の状態が施設内の正式な予約・受付制度と一致するかを確認する。公開 FAQ が医師による再診察を求める検査予約変更などを、仮想アプリの画面上で処理可能なタスクとして表示しても、それによって現実の変更権限が発生することはない。安全上の問題が生じた際に、技術的ロールバック、職員への連絡、患者への訂正案内及び記録訂正がそれぞれ独立した手続となることを計画に含める。

(1115)（不確実性を伴う結論の記述）

評価報告では、**確認できた実施事実、比較可能性、解釈の幅、確認不能な条件、改善提案及び正式決定の状態**を区別する。例えば「開室可能時間が増加した」「患者の利用経験が改善した」「企画によって利用経験が改善した」は、それぞれ異なる証拠を要する命題である。結論を保留することも説明責任の一部とし、否定的結果や予測と異なる結果を次の企画から隠さない。

(1116)（倫理上の事前評価と中止条件）

新しい案内・調整・デジタル支援の企画案では、予想される利益と危険に加え、本人の意思確認、合理的配慮、誰が正式に許可するか、異議申立て経路及び中止・撤回条件を実施前に確認する。例えば案内の自動化が人的対応へのアクセスを低下させる場合、効率性の改善が認められても代替手段を確保する。倫理指標は必要に応じた質的記録と共に扱い、低い苦情件数だけで不満が存在しないと判断しない。

20.9. 数値最適化、デジタル支援および公開可能な知識**(1117)（配置最適化とサービス評価の接点）**

第 11 章に提示した多技能・時空・関係制約を伴う配置モデルは、公開可能な架空条件のもとで候補シフトの実行可能性を比較する補助手段になり得る。しかし目的関数の増加は、患者の安心又は志願者の経験が改善したという実証ではない。推奨配置の採否、本人への確認、実際の到着、帯同と交際及びサービス提供の記録を区別し、アルゴリズムの性能評価と

患者サービスの評価を別に行う。

(1118) (アルゴリズム評価の三つの層)

数理支援の評価を、次の三層に分けることを提案する。

- 一 計算上の妥当性。制約違反の有無、可行解の存在、計算量及び入力異常への応答。
- 二 運営上の妥当性。資格・参加意思・確認状態との整合、変更件数、正式な確認者の負担及び交接可能性。
- 三 関係・規範上の妥当性。配置の公平、過剰な負担集中の回避、本人への説明と修正機会、患者サービスの安全。

一つの計算指標が三層全体を代表するとは解さない。不可行解の報告は、未承認の資格緩和や本人意思の上書きを認めるものではない。候補配置が計算可能であること、病院による実施が許可されること、実際のサービスが改善したことは三つの独立した命題である。第一の結果から第二・第三を直接推論せず、承認状態と実際の提供記録及び対象者への影響を別に確認する。

三層の評価はそれぞれ別の**判定対象と証拠**を持つ。計算層ではモデルの不変条件（同時刻重複禁止、成立しない同行の排除等）の検査を行い、運営層では確認済み入力と病院の正規承認、通知到達、現場実施との一致を検証する。関係・規範層では参加拒否・修正のしやすさ、救済への到達、サービスから排除される者の存在等を点検する。一層での成功は他層の成功に十分でない。法的適用判断、現場の安全判断及び患者経験の評価を、同じ「妥当率」へ集約しない。

試験結果について、 P_{calc} を定義済み数理模型における主張、 $P_{authority}$ を正規の確認と承認の成立、 $P_{outcome}$ を患者・活動員に生じた結果に関する主張とすれば、一般に $P_{calc} \Rightarrow P_{authority}$ 及び $P_{authority} \Rightarrow P_{outcome}$ を仮定できない。三命題に必要な資料は、計算の不変条件、所管者の時点付き決裁、観測設計と評価で異なる。GR の関係的分析では、計算が承認過程や将来の希望表明を変化させ得る相互作用をさらに対象とし、計算成功率のみを活動の倫理的正当化へ転化しない。

(1119) (合成データと技術的再現可能性)

評価手法の試作、数理的な妥当性検証及び説明資料には、架空の活動員、仮定した時間枠、合成需要及び一般に公開された施設情報を用いる。実在する活動員の希望日、患者の受診情報、内部連絡先、院内システム構成又は安全上の非公開詳細を外部ツールへ入力しない。データの生成規則、目的関数、制約、求解不能条件及び検証例を文書化し、合成実験の成功と現場導入の安全性を区別する。

(1120) (オープンソース、著作権及び公開の権限)

一般化可能な数理モデル、説明用コード、汎用記録雛形及び合成データは、権利・契約・情報保護及び正式な公開承認を確認したうえで共有できる余地がある。他方、内部業務資料、実患者・活動員の原データ、認証情報、非公開の施設・事故情報を公開可能な成果物と同一視しない。試作アプリケーションのリポジトリ公開は、病院の開発委託又は採用を意味しない。ライセンスと帰属は著作物ごとに確認し、出所を明示する。

(1121) (生成 AI 利用の評価と判断責任)

生成 AI を用いた要約、文章作成又は集計説明を検討する場合も、入力の許可、出力の事実検証、引用元の確認、誤分類に対する訂正及び正式な判断者の同定が必要である。とりわけ心理的動機・患者の感情・志願者の善意を AI に人格評定させ、募集、活動配置又は表彰の基礎としない。生成 AI の回答は参考資料であり、評価報告の承認、医療判断及び情報公開の

8951 正式な権限を生じさせない。

8952 20.10. 評価記録、組織的学習および企画への還流

8953 (1122) （評価記録の必要要素）

8954 改善に関する評価記録には、少なくとも対象とする企画、時点・状態、観測資料、指標定
8955 義、判断の方法、代替説明、倫理・情報上の留保、提案及び所管の決定状態を含めることを検
8956 討する。すべての項目を一つの共通電子台帳に格納することを前提とせず、権限に応じて正
8957 式資料の所在及び参照可能性を示す。判断者の署名・承認手続、保存年限、閲覧者は現行院
8958 内規程で確定する。

8959 (1123) （学習の内容と記録しない内容）

8960 組織的学習として蓄積すべきなのは、再現可能な業務上の条件、効果が現れた又は現れ
8961 なかった背景、改善の費用、失敗した仮説、手続間の接続及び是正経路等である。患者個人の
8962 逸話、活動員の心理に関する推測、人物の非公式な評判や医療情報を継承のために収集する
8963 ことは必要条件ではない。後任者が参照できる知見を残しつつ、本人の権利及び独立した相
8964 談制度を保護する。

8965 (1124) （企画への還流と目的の更新）

8966 評価で得られた知見は第7章の需要の再同定、年度企画、活動類型、募集条件、研修、配
8967 置枠及びサービスの優先順位の再検討へ還流する。この際、指標の達成を企画の新たな究極
8968 目的として固定せず、そもそも活動を設ける理由及び患者・活動員の価値が変わっていない
8969 かを再評価する。募集人数が不足したときには募集の拡大のみならず、活動設計、帯同能力、
8970 担当部署の支援及び代替制度を見直す。

8971 (1125) （所管による定期点検と第三者の視点）

8972 評価の実施者とは別の所管職員が、指標の定義、記録根拠、当初企画との差異及び不確
8973 実性の表現を点検できることが望ましい。患者や活動員からの意見は、正当な相談窓口、回
8974 答への任意性及び非不利益の原則に配慮して扱う。外部研究者、システム開発者又は執筆者
8975 個人の提案を、病院の監査・評価権限として表示しない。正式な監査周期や委員会決裁は院
8976 内確認事項である。

8977 (1126) （院内で確認すべき事項と第21章への接続）

8978 本章を現場で実際に活用する前に、患者サービス評価の現行指標・報告周期、正式な事
8979 業企画と承認経路、院内で利用できる統計・相談・安全情報の範囲、改善試行の決裁、調査研
8980 究の倫理審査要否、患者及び活動員への意向確認、外部ツールの導入基準並びに評価記録の
8981 保存を確認する。第21章では、これらの未確認事項を含む全書の品質保証、出典・法令更新、
8982 引継ぎ及び本指針の改訂を扱う。確認された制度、実施可能な個人提案及び正式に承認され
8983 た業務手順の区別を、各改訂を通じて維持する。

8984 21. 品質保証、業務引継ぎおよび本指針の改訂

8985 21.1. 本章の目的、適用範囲および品質保証の位置づけ

8986 (1127) （本章の目的と全業務サイクルへの適用）

8987 本章は、第1章から第20章までに示した目的、主体・権限、倫理、法、企画、募集、受入
8988 れ、研修、配置、実施、相談、患者サービス、安全、記録、情報統治及び評価を、相互に接続し
8989 た業務体系として点検するための方法論を示す。その直接目的は、個々の手続が形式上完了

したかに加え、**手続間の接続が妥当であり、患者と活動員の権利を保ち、後任者が未完了事項を適切に引き継げることを確認可能にすることである。**本章は応募者個人の準備資料であり、東京大学病院の内部監査規程、決裁規程又は正式な業務マニュアルを制定するものではない。

(1128) （品質を捉える三つの水準）

本指針における品質保証は、次の三水準を区別し、同時にそれらの相互関係を検討する。

- 一 手続的品質。適切な資格・権限・同意、連絡、記録及び安全上の確認を経て業務が遂行されたか。
- 二 実質的品質。支援内容が具体的な需要と本人の意思に適合し、患者及び活動員の不利益を抑制したか。
- 三 反省的品質。運用の前提、指標、活動自体の必要性及び判断者の認識を、異なる立場から再検討できるか。

手続を整えた事実だけから支援の実質的価値を推定せず、望ましい結果が生じた事実だけから手続違反を免責しない。反省的品質は前二者を継続的に校正する機能を持つ。

(1129) （病院固有の公開資料と本章の関係）

東京大学病院は「にこにこボランティア」の募集において活動内容、活動時間、説明会、研修、参加要件及び年度更新を公表している²⁷⁸。また、患者相談・臨床倫理センターは患者相談対応、患者サービス及び臨床倫理コンサルテーションの各チームを公表している²⁷⁹。これらは本章の具体的な点検入口である。一方、内部の承認経路、品質監査周期、事故等の報告書式、情報アクセス権限は、当該公開資料だけから確定できないため、現場適用前の確認対象に留める。

(1130) （品質保証の対象単位と判断時点）

点検対象は、個別の患者支援場面、志願者の活動一回、特定区域の時間枠、募集・研修の期、月次運営、年度企画及び複数部署にまたがる支援関係に分かれる。各単位について、**計画時、実施前、実施中、終了時及び改善時**のいずれの事象を評価しているかを明示する。例えば月次の活動回数が十分であっても、特定日の図書室閉室や、必要な帯同者の不在がなかったことにはならない。評価単位の取り違えが生じた場合、指標定義と資料の解釈を修正する。

(1131) （品質保証の権限と個人案の法的位置）

本指針にいう「確認」「点検」「是正案」は、特段の明示がない限り執筆者が提案する業務方法を指す。正式な決裁、医療判断、感染対策、個人情報へのアクセス、相談案件の終結及び外部公表の権限は、病院の現行規程と所管により定まる。**個人が作成した点検表に記入したことは、院内の正式な承認又は報告を代替しない。**当該境界は、後任者への引継ぎ資料にも維持する。

出典確認とモデル検証も独立した作業として位置づける。公開資料で病院の業務概要を確認したことは未公開の作業手順を知ることとは異なり、合成データで配置アルゴリズムが動作したことは患者情報へのアクセス許可又は現場実証を意味しない。現行の制度との不整合が判明した場合は提案を修正し、権限を持つ職員による確認を要する事項は未承認のまま明記する。

²⁷⁸ 東京大学病院「にこにこボランティア募集」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/recruitment/volunteer/>（2026年10月8日参照）。募集ページは三つの基本活動時間枠、年度更新及び活動時間18時間までの帯同研修等を記載する。

²⁷⁹ 東京大学病院「患者相談・臨床倫理センター」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/depts/soudan/>（2026年10月8日参照）。

21.2. 業務段階別の品質確認と手続間の接続

(1132) (企画から配置までの接続点検)

第 7 章から第 11 章までの業務について、企画上のサービス需要と実際に配置可能な活動員の能力・意思を別々に確認する。点検は次の連鎖を対象とする。

- 一 企画。対象となる困難、活動の必要性、代替の正式サービス及び必要な区域・時間帯が説明されているか。
- 二 募集・受入れ。公開された参加要件と応募者への説明、受入れの判断状態が混同されていないか。
- 三 研修・資格。帯同期間、役割別の活動条件、健康管理事務と医学判断の所管が区別されているか。
- 四 配置。本人の選択した活動時間、同時配置の重複、帯同容量、区域間移動及び正式な最終確認が整合しているか。

募集人数を直ちに独立配置可能人数と数えることは避ける。不足が見いだされた場合は、募集の追加のみならず企画範囲や研修可能性の見直しも検討する。

(1133) (日常運営から終了・記録までの接続点検)

第 12 章から第 18 章までについて、予定された活動、本人への確認、実到场、現場での実施、途中変更、活動終了及び記録をそれぞれ異なる状態として取り扱う。活動員が欠席したときの連絡、代替配置の正式な確認、患者対応の中断又は移管、図書室の開閉状態の案内及び後日の集計修正は、互いに関係するが同じ事務ではない。特に「連絡した」「所管が受領した」「対応が完了した」という三つの状態を区別し、未完了事案が統計上の完了処理によって消失しないよう点検する。調整アルゴリズムの監査では、入力の確認済み・不許可・未確認・期限切れ・撤回のいずれにあったかを判別し、実行時点の入力版、例外、人的変更理由及び通知履歴を再構成できるかを確認する。

(1134) (外来案内・移動支援の品質確認)

来院者への対応では、本人が援助を望むか、案内先の最新性、初診・再診等の手続差、移動支援を行う活動員の資格及び正式な職員への交接を個別に確認する。患者が説明や支援を拒否した場合、支援件数が成立しなくても本人の選択を尊重した適切な対応となり得る。病状判断、医療行為、端末の代理操作及び身体介助の可否は、病院の具体的な許可条件による。品質点検を理由として、患者の氏名や病状を過剰に記録しない。

(1135) (図書室・院内行事の品質確認)

「にこにこ文庫+」については、公開されている開室条件、実際に確認された活動員の配置、貸出対象及び閲覧上の制限が一致しているかを点検する。病院の案内は同図書室を中央診療棟 2 の 6 階、月・水・金曜日 10 時から 14 時 30 分の開室としつつ、活動員不足による一部閉室を明示する²⁸⁰。院内行事では、活動の承認、出演者との連絡、会場・動線・音響、患者の自由な参加、撤収及び著作権・撮影等を分けて確認する。過去のイベント記録から当年度の開催を推定しない。

(1136) (相談・安全・情報統治の横断確認)

現場で発見された問題について、第 13 章の活動員相談、第 16 章の患者安全・感染対策、第 17 章の患者相談と部署調整、第 19 章の情報管理のいずれに関係するかを識別する。同一

²⁸⁰ 東京大学病院「患者学習センター・にこにこ文庫」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/library/> (2026 年 10 月 8 日参照)。通院患者と入院患者では貸出の条件が異なる。

の事象に複数の窓口が関与しても、担当部署への移管及び正式な報告の完了状態を取り違えない。相談内容の詳細を配置担当者全員へ伝えることは、品質保証の必要条件ではない。安全上必要な最小限の運営情報と、所管が管理する機微情報を分ける。

(1137) （点検結果の分類と優先順位）

問題を発見した場合、点検結果を単一の総合点で表現せず、次の区分から実務上の取扱いを検討する。

- 一 即時に正式な対応が必要となり得る安全・権利・機密情報の問題。
- 二 活動の実施可能性やサービス継続性を損なう配置・資格・交接上の問題。
- 三 既存の運用手順・記録・説明文の訂正によって改善し得る問題。
- 四 根拠不足のため結論を保留し、所管による確認又は追加検討を要する問題。

本区分は執筆者による点検上の分類案であり、院内の正式な事故レベル分類又は緊急通報基準ではない。実際の報告の優先順位及び停止の判断は現行の正式手続に従う。

21.3. サービス継続性、機能区域および運営上の耐性

(1138) （サービス継続性の二つの側面）

ボランティア活動における継続性には、特定の区域・時間に支援を提供できるという**実施上の連続性**と、患者・活動員が既に受けた説明、予定、依頼及び正式な相談が次の担当者へ引き継がれるという**関係・責任の連続性**がある。例えばシフト表に人数が存在していても、連絡していない当番者しかいない場合、実施の連続性は確保されない。反対に担当する個人が変更されても、所管、手続と本人の意思が適切に移管されれば一定の継続性を保ち得る。両側面を別個に点検する。

(1139) （実際に使える配置資源の検証）

第 11 章の配置計算が参照する活動員の人数は、登録総数ではなく、当日の参加意思、役割別資格、研修状態、当該時段の可用性、帯同者の配置及び移動制約が確認された範囲で構成されるべきである。架空の最適化モデルで得た「全区域充足」は、現実の出勤又は患者支援の成立を証明しない。品質保証では、予測された要員数、実際に確認された要員数及び実施結果を別々に記録し、空白を誰か一人の努力で吸収する構造になっていないか確認する。

(1140) （機能区域と移動上の制約）

建築上の同一の棟又は階であっても、初診案内、再診受付、移動支援、会計・薬局、図書室及び院内行事は、異なる情報、技能、権限及び時間的な需要を持つ。品質点検に際しては、区域を地図上の地点としてのみ扱わず、何を提供する機能か、どの主体が許可できるか、緊急時にどこへ移管するかを確認する。移動時間は通路の物理距離のみで決まらず、混雑、患者本人の状態、介助方法及び職員との交接に左右され得る。未確認の所要時間を固定値として運用しない。

(1141) （サービス不足と一時中断の扱い）

ある時段に活動員を確保できない場合は、必要な患者支援を放置してよいとの判断に直結しない。まず当該活動が正式な患者サービスの必要部分であるか、補完的な任意活動であるかを確認し、責任部署による代替手段、掲示・案内の変更及び本人への連絡を検討する。にこにこ文庫十のように活動員不足による一時閉室が公表されている施設についても、閉室予定と実際の閉室時間、告知状態、再開条件を区別する。無断の開室延長や資格の緩和を解決策としない。

9106 (1142) (異常時の縮退運用と回復条件)

9107 災害、急変、感染対策変更、情報システム障害、突然の欠員又は行事中止が発生した際に
9108 は、平常時の業務目的をそのまま維持できない可能性がある。活動の縮小・停止・再開は、病
9109 院の正式な安全対応と所管部署の判断を優先する。再開前には、患者安全、区域利用の許可、
9110 参加意思、必要な資格、設備、連絡先及び情報システムの利用可否を確認することを提案す
9111 る。特定の活動が実施できなかった事実と、病院の診療体制全体の継続性とを混同しない。

9112 (1143) (運営耐性の評価と過剰な効率化)

9113 人員の不足を一時的に補えた経験だけから、同じ負担を今後も無償で引き受けてもらえ
9114 ると予測しない。継続性の評価には、過剰な特定個人への依存、変更後の連絡・引継ぎ時間、
9115 職員が負担する追加事務、活動員の休止・退出の自由及び安全上の余裕を含める。冗長な確
9116 認や交代要員は効率の観点から無駄に見える場合があるが、患者安全と活動員の自主性を守
9117 るための必要条件となり得る。配置最適化の単一スコアへ安易に還元しない。

9118 21.4. 証拠、判断理由および品質審査の方法

9119 (1144) (品質判断に用いる資料の区別)

9120 品質審査に用いる情報は、法令・院内公表資料、権限を持つ所管による正式記録、当時
9121 の活動実施記録、当事者の任意の意見、評価者の推論及び個人の企画提案に区分する。それ
9122 ぞれの出典、取得日、指示する時間、取得できる権限及び結論を支える範囲を確認する。公開
9123 ページの活動案内は制度の存在を示し得るが、個別日の出勤や未公開の決裁を直接証明しな
9124 い。口頭情報はその出所と未確定性を明示し、正式記録への無断の書換えを行わない。

9125 (1145) (事実、解釈、規範的判断及び処置の分離)

9126 同一の品質確認記録において、観測された事実、観測からの解釈、適用する規範、採用
9127 する処置及び決定主体を明示的に分離する。例えば「貸出対応を中断した」は観測可能な状
9128 態、「活動員不足が原因である」は裏付けを要する説明、「開室を維持すべきである」は別個の
9129 規範的判断である。この区別により、後の訂正や別の説明が可能となる。複数の仮説が残る
9130 場合は代替説明を保持する。

9131 (1146) (反証と異論を受け入れる点検)

9132 点検の妥当性は、既存の企画や責任者の判断を支持する資料だけで成立するものではな
9133 い。利用可能な範囲で、反例、実施できなかった活動、患者の援助拒否、志願者の負担及び記
9134 録されなかった需要を検討する。本人への回答強制や個人の心理推定を通じて反例を収集し
9135 ない。現場担当者の少数意見及び保留意見が品質審査から自動的に失われないよう、正式な
9136 所管が認める範囲で要旨と根拠を残すことを提案する。

9137 (1147) (時間依存性と運用条件の変化)

9138 募集要件、活動時間、図書室の開室時間、研修方法、感染対策及び受診動線は年度や運用
9139 状況によって変わり得る。したがって過去の実績と現行の運用の比較では、何年の、どの時
9140 点の、どの条件の資料かを明示する。旧病院名称、過去の行事、休止中の活動及び募集要項の
9141 記載上の矛盾を、補足のない現行制度として表示しない。資料の時点が確認できない場合は
9142 その旨を記す。

9143 (1148) (EBPM の限界を含む品質審査)

9144 第 6 章及び第 20 章の五つの限界、すなわち帰納の不確実性、人間性疎外、判断責任の分
9145 散、証拠の時間・システム状態への依存、主体の物象化を、品質の審査対象に含める。例えば

9146 高い出勤率だけで活動員の価値を判断すると、指標に含まれない無償の配慮、参加の負担及
 9147 び将来の配置関係が見えなくなる。数値の検証と、人の尊厳・関係性・選択を損なう利用の
 9148 抑制を併行させる。これらの哲学的解釈は病院の公式評価指標ではない。

9149 21.5. 患者・活動員の参加、承認および関係性の品質

9150 (1149) （当事者の声を品質改善へ接続する理由）

9151 サービス品質は、施設・職員・活動員側の実施記録だけから決定し得ない。患者が必要
 9152 としていた支援を受けたか、支援を望まなかったか、活動員が継続可能な条件に置かれてい
 9153 たかについて、当事者の経験は改善判断の重要な手掛かりとなる。ただし意見を表明しない
 9154 者や活動に参加しない者も存在し、沈黙を満足・不満又は同意として解釈することはできな
 9155 い。公式な相談経路及び任意の意向表明の仕組みを尊重する。

9156 (1150) （患者の拒否と心理的負担の軽減）

9157 患者が志願者による案内、支援、会話又は評価への協力を拒否したとき、本人の意思が
 9158 尊重されたかという点を品質の判断に含める。援助拒否を失敗件数や志願者の能力不足へ直
 9159 結させず、その場の状況及び安全上必要な対応を区別する。患者を、活動員の善意・価値又
 9160 は満足感を証明するための回答者にしない。アンケート、写真、謝意の表明及び公表用の体
 9161 験談は、通常の支援への参加と区別し、適法かつ任意の条件を確認する。

9162 (1151) （活動員の自主性、動機及び関係の変化）

9163 志願者の活動参加は、他者への関心、学習、社会参加、自己理解、社会的承認等、複数の
 9164 動機が同時に関わり得る。これらの意味は時間と経験によって変わる可能性があり、活動員
 9165 が当初の動機と異なる理由で継続又は休止することもある。品質保証では、本人の活動選択、
 9166 相談、役割の再調整及び退出の機会を保護し、心理的欲望の推測を人事評価や配置信用点へ
 9167 変換しない。精神分析的な解釈は執筆者の理論的仮説であって、個人の動機診断ではない。

9168 (1152) （偶然の出会いと関係性価値の評価上の留保）

9169 患者と活動員、活動員同士及び活動員と職員との間には、予定した業務を超えて相互承
 9170 認や理解の機会が生じ得る。しかし、こうした偶然性を実績指標の達成のために演出したり、
 9171 患者へ追加の交流を求めたりすることは適切でない。関係性の価値は、他者の意思、制度条
 9172 件、時間及び文脈によって成立し、すべてを観測又は保存できるわけではない。数量化しな
 9173 いこと及び秘密として残すことも、品質保証の正当な選択となり得る。

9174 (1153) （表彰、承認と過度の競争の抑制）

9175 表彰制度は活動員の参加を支える承認機会となり得る一方、活動時間、回数又は患者か
 9176 らの感謝を競わせる場合、貢献の異質性と自発性が損なわれ得る。医院の歴史資料に記載さ
 9177 れた表彰方式は、その当時の取組を示すものであり、当年度の正式基準とは限らない。表彰
 9178 の企画では、正当な基準、非参加者・休止者への配慮、個人情報扱い及び受賞を辞退する
 9179 余地を確認する。組織が提供する承認と、患者に要求される感謝とを明確に分離する。

9180 (1154) （参加者の声が企画を修正する経路）

9181 参加者の意見を得たとき、単に満足度の数値を報告するだけでなく、当初の活動目的、案
 9182 内の内容、研修、配置、相談窓口及び活動継続の条件のいずれかを修正すべきかを検討する。患
 9183 者・志願者・職員の意見が矛盾する場合、それぞれの役割、自由、権利と業務負担を区別し、
 9184 正式な所管による判断を経る。声の大きい集団のみが企画の価値を決定することを避け、得
 9185 られなかった意見と情報収集の限界も記述する。

21.6. 不適合、例外事象および是正の取扱い

(1155) （不適合の発見と暫定的保全）

患者の安全、活動員の資格、本人の参加意思、情報取扱又は部署間の責任に疑義が生じた場合、まず影響を受ける活動と未完了の支援を同定し、所管に必要な事実を速やかに伝える。急変・感染・事故に関する正式な対応を、個人作成のチェックリストによる承認待ちで遅延させない。活動の中断・停止・再開の権限及び連絡経路は院内の現行手続に従う。未確認の事項について個人判断で許可が存在すると推定しない。

(1156) （原因調査における個人責任と制度条件）

不適合の原因を検討するときは、個人の行動、与えられた情報、研修・帯同の実際、配置変更、活動区域の設計、連絡手順及び組織的資源を区別する。欠席や支援の中断があったことのみをもって活動員の人格、意欲又は善意を断定しない。同時に、制度条件への配慮が具体的な安全義務や個別の責任を消去するものとも扱わない。原因の判断には事実確認と所管の正式な評価を必要とする。

(1157) （是正案の構成と正式な判断）

改善・是正の案には、対象事象、影響を受ける主体、直ちに必要な保全、代替案、必要な承認、担当部署、実施期限の候補、確認方法及び元の運用へ戻す条件を整理する。各項目は提案であり、病院が既に採用した標準様式を示すものではない。実施後の点検は「修正を通知した」「運用が変更された」「所期の問題が改善された」を別々に記録する。安全及び権利保護に反する改善案は、効率性の向上によって正当化されない。

(1158) （苦情・相談案件の保護と再発防止）

患者又は活動員の苦情・相談は、適切な窓口を通じて対応されるべき固有の事象である。東京大学病院の患者相談・臨床倫理センターは、公平・公正な問題解決と、相談・苦情による不利益を避ける配慮を掲げる²⁸¹。相談の詳細を本人の同意や正当な業務上の根拠なく一般業務台帳へ転記せず、再発防止に必要な抽象化された改善点と原資料を分ける。正式な相談案件の解決又は終結を、調整担当者の独断で宣言しない。

(1159) （未完了・結論保留の管理）

問題の存在を確認していても、その原因や対応の妥当性が未確定である場合には、案件を「解決済み」と扱わず、何が判明して何が未確認か、正式な照会先と次の確認契機を明らかにする。担当者の交替、年度末又は指針改訂を理由に、未完了の相談・安全事案を単なる統計上の残件として放置しない。個人資料には事案の識別に必要な非機微情報のみを残し、正式記録の所在と照会権限を継承する。

21.7. 文書、個人情報およびデジタル支援の品質管理

(1160) （情報の分類と参照経路）

引継ぎ又は品質点検に用いる文書は、公開資料、院内で管理する一般業務資料、アクセス制限のある患者・活動員情報、相談・事故に関する機微資料、個人提案の草稿及び技術試作用の合成データを区別する。保存場所、閲覧可能者、許可された目的、開示・訂正の所管及び廃棄判断を各種類に対応付けることを提案する。一つの共通フォルダに集約することを品質管理の前提としない。

²⁸¹ 東京大学病院「患者相談・臨床倫理センター」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/depts/soudan/>（2026年10月8日参照）。

9224 (1161) (医療情報システムと業務ツールの権限)

9225 厚生労働省は 2026 年 6 月に「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」第 7.0
9226 版を公表し、情報システムの安全管理及びサイバーセキュリティの点検資料を示している²⁸²。
9227 本指針が例示する表計算、Forms、シフト最適化、生成 AI 及び外部クラウドは、試作候補で
9228 あって導入済みの院内システムではない。実環境への接続、患者情報の投入、委託先への提
9229 供、権限付与及び運用開始には、それぞれ正式な審査と承認を要する。

9230 安全管理上の検討対象を、開発環境の合成データ、院内の業務用データ、患者の診療情
9231 報、活動員の連絡・健康管理情報に分ける。第 7.0 版ガイドラインに準拠する技術対策を机上
9232 で提案したことは、実データの入力許可又は外部 AI サービスへの送信許可と異なる。試作は
9233 架空・合成データを原則とし、実運用への移行には権限者の審査、必要な規程・契約の確認、
9234 保守時のアクセス管理を別途必要条件として扱う。

9235 (1162) (アクセス権限の変更、異動及び終了)

9236 担当者が異動・離任し又は活動員が休止・退出するとき、当人が利用できたアカウント、
9237 共有先、鍵、ファイル、紙資料及び連絡先の権限を棚卸しする必要がある。これらの具体
9238 的な停止・返却・削除・保管手順は院内の情報管理規程によって確定する。個人が保存する
9239 本指針には認証情報、患者台帳、活動員名簿又は非公開のシステム構成を複製しない。引継
9240 ぎを理由とする無制限の共有は許容しない。

9241 (1163) (出所の追跡と情報の訂正)

9242 業務上の説明、評価結果又は指針本文が参照した資料について、原資料の作成主体、公
9243 開・改訂の日付、閲覧日、該当箇所及び引用の範囲を記録する。既存の集計結果が後日修正
9244 された場合は、新しい値だけを残すのではなく、旧値、修正理由及び以後の判断への影響を
9245 確認する。患者・活動員の権利に関わる訂正は、正式な記録管理制度の手続に従う。個人に
9246 よる研究メモの修正を原資料の訂正と同一視しない。

9247 (1164) (計算論的補助手段の検証)

9248 第 11 章の配置モデル等を検証する場合、入力構造、必須制約、ソフト目標、不可行条件、
9249 計算環境、テストケース及び人間によるレビューを確認する。具体的な試験例として、同時
9250 刻の二重配置、研修者だけによる独立サービス、必要な帯同者の不在、区域間の非現実的移
9251 動、本人の参加意思との不一致及び図書室の部分閉室を想定する。合成データで求解に成功
9252 しても、病院における運用許可や患者サービスの改善が実証されたことにはならない。

9253 21.8. 担当者交替、業務引継ぎおよび継続可能性

9254 (1165) (引継ぎの目的と責任の継続)

9255 業務引継ぎの目的は、個人の記憶に依存した作業を文書化することに加え、**未完了のサ**
9256 **ービス、約束された連絡及び正式な判断の帰属を、担当者交替によって失わせないこと**にあ
9257 る。後任者に業務情報を伝える際、前任者の非公式な判断を正式決裁として提示せず、判断の
9258 根拠と確認先を明示する。交替後に必要な承認・アクセス権限が成立していない業務は、実
9259 施可能と推定しない。

9260 (1166) (引継ぎ資料の基本構造)

9261 具体的な引継ぎ用の項目案を次のとおり整理する。

²⁸²厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第 7.0 版（令和 8 年 6 月）」https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000516275_00006.html（2026 年 10 月 8 日参照）。

- 一 企画・年度計画。活動の目的、現行の対象区域・時間枠、承認状態、募集・研修期との関係。
- 二 日常運営。今後の配置候補と確認状態、活動員の資格参照手順、図書室・行事の予定及び代替手段。
- 三 未完了の調整。正式な所管、未了の連絡、必要な次の処置、相手部署の受領状態。
- 四 記録・情報統治。正式な台帳・報告書の所在、閲覧権限、提出済み資料、削除・移管を要するもの。
- 五 改善・制度更新。進行中の小規模試行、判断保留、公開資料の変更、未検証の企画仮説。

具体的な人名・連絡先・機微事案は権限ある院内管理文書に分離し、本指針の公開可能な個人版には含めない。

(1167) （日常運営の接続と時間的連続性）

引継ぎ時点は、募集期、説明会、年度更新、研修期、図書室の予定開室日及び行事開催日と重なり得る。進行中の予定には**未確認・確認済み・実施済み・中断・取下げ**の状態を付し、単なる予定一覧を実施確定表として引き継がない。後任者が配置を変更する際には本人の参加意思、研修状態、交接、公式な活動責任者への連絡を改めて確認する。患者対応に空白が生じる場合は正式な担当部署へ速やかに相談する。

(1168) （安全・相談事案の正式な引継ぎ）

未終結の安全、感染、医療行為、患者相談、個人情報漏えい又はハラスメント関係の事案を、前任者の個人メモのみで引き継いではならない。所定の窓口・権限管理・報告記録を介し、誰が受領し、どの判断が残っているかを確認する。後任者に必要なのは必ずしも当事者の全情報ではなく、業務継続に必要な対応状態と、正式資料にアクセスする権限・経路である。情報の共有範囲は所管の判断に従う。

(1169) （教育、同行及び後任者の判断可能性）

引継ぎの品質は、資料の数量だけで測れない。後任者が活動募集の予定と実績、研修中と独立資格、患者相談と活動員相談、図書室の公開予定と実開室及び正式な手続と個人提案を区別できるかを、担当部署の許可する範囲で確認する。新任者に患者・活動員の機微資料を無差別に閲覧させる研修は避け、公開事例、合成データ、承認された模擬ケースによる学習を優先する。

(1170) （引継ぎ完了の判断と残存事項）

引継ぎが完了したかは、資料を送信した事実ではなく、正式な受領、必要な業務上の権限、未完了案件の所管、継続する患者サービス及び次の確認予定が理解されたかによって判断することを提案する。移管できない情報や所管が未確定の事項は、理由を付した未完了項目として保留する。受領印や引継ぎ期限の院内正式様式が公開されていない場合、独自の受領記録を正式な院内制度として表示しない。

21.9. 本指針の版管理、出典更新および改訂手続

(1171) （改訂対象と版の同一性）

本指針の改訂対象は本文、条項番号、章間参照、数式、表・図、脚注・参考文献、倫理開示、公開資料の確認日並びに修訂履歴から成る。版の識別には、作成日、改訂番号、変更した範囲、変更理由及び基線となるソースを記録する。**草稿の TeX、コンパイル済み PDF 及び配**

布用 ZIP は別々の成果物であるため、同一版として示す場合には由来と更新時点を一致させる。未コンパイルの TeX を既存 PDF の内容と偽って示さない。

(1172) （出典と主張の地位の分類）

本指針は、病院の公開告知、公表組織・施設案内、法令・行政指針、国際倫理文書、学術研究、判例の二次資料、執筆者の推論及び実務上の提案を異なる根拠群として扱う。検証時には、発行主体、対象、掲載日、実際の施行・適用時点、後日の改訂、対象職務との関連及び当該資料から言える命題を確認する。たとえば、病院のボランティア紹介に過去の活動が記載されていても、同じページで現在中止と示された活動を現行の配置対象へ算入できない。また、判例表に要約の相違がある場合、原判決の確認なしに見出しのみから一般的な法的義務を確定できない。数学的に成立する配置案、院内で承認された実施及び効果が実証された活動はそれぞれ別に示す。出典 URL の到達可能性と、引用された具体的主張の証拠妥当性も分けて評価し、未確認項目は保留として追跡する。

(1173) （制度変更と旧資料の有効範囲）

病院の名称、募集要件、活動時間、休止対象、利用施設、相談窓口、個人情報方針並びに医療情報関連法令・指針の変動を追跡する。東京大学病院は 2026 年 10 月 1 日に「東京大学医学部附属病院」から名称変更したが、病院の公式 FAQ は旧名称の診察券・予約票及び旧表記の印刷物が一定の範囲で引き続き利用される旨を説明している²⁸³。旧名称を持つ資料を一律に無効とすることも、名称が継続することを理由に募集条件・取扱手続が不変であると推認することも適切ではない。募集期、様式のリンクとファイル版、医療情報の制度改訂並びに担当窓口の更新を独立して確認する。歴史資料は当該時点の制度を示す証拠として保存し、現在の業務判断には最新の所管確認を要する。

施行日基準の法令版、発行日基準の病院広報、承認日基準の部署内決定、実施日基準の配置・記録を別の系統として追跡する。e-Gov の改正履歴は適用時点の特定に資するが、法令改正の存在から個別部署の通知済み・研修済み・権限設定済みまで証明できない。新しい規範と既存業務が衝突する疑いがある場合には、暫定的な業務停止・代替案と正式照会の要否を所管へ確認する。

(1174) （改訂案の提出、審査及び採否の記録）

改訂を提案する際には、修正箇所、提案理由、根拠、影響を受ける他章、法・倫理・情報上の含意、未解決の疑問及び修正しない場合の影響を整理する。個人作業ノートの改訂採否は執筆者の編集判断であるが、正式な病院業務手順への反映は院内の所管と決裁に従う。病院が個人案を検討した、承認した又は共同作成したとの表示は、確認された事実に基づく場合に限る。変更理由と反対・保留意見を可能な範囲で保存する。

(1175) （訂正、撤回及び失効資料の管理）

引用元の誤記、無効化された規程、誤った部署名、未確認の内部手続の断定、モデル式の不整合又は非公開情報の混入が発覚した場合は、影響範囲を確認して改訂を行う。重大な誤認を含む版については新しい版への移行だけでなく、当該旧版の使用を停止する必要もあり得る。記録上は旧版の存在と訂正理由を残しつつ、患者・活動員に関する秘密を変更履歴に再掲しない。個人資料の訂正と病院正式記録の訂正は別の手続である。

²⁸³ 東京大学病院「病院名称変更に関する FAQ」<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/about/faq/>（2026 年 10 月 8 日確認）。

21.10. 全書の整合性、倫理性および技術的品質保証

(1176) （全章の概念及び職務境界の一貫性）

第 1 章の目的から第 20 章の改善までを通覧し、次の区別が一貫しているかを確認する。

- 一 活動の存在意義、個別企画の目的、募集の目的及び日常運営の目的。
- 二 志願者の登録状態、研修状態、役割別資格、本人の参加意思及び実際の活動状態。
- 三 企画上の需要、配置可能人数、実配置、活動実績及び患者に生じた変化。
- 四 連絡、正式な受領、判断、実施、相談・事故案件の終結。
- 五 個人提案の実行可能性、病院による許可、正式手続及び現場での実績。

これらの混同は、患者安全の問題のみならず、数理モデルの誤入力、統計の意味の変化及び責任分散の原因にもなり得る。横断点検では、同じ「意思」「同意」「資格」「記録」「責任」という語が、倫理的判断、法的要件、院内の活動許可、数理モデル上の変数及び評価資料において異なる意味を持つ場合を抽出する。異なる水準間を移る推論には、必要な事実・権限・実施条件を明示して接続する。

(1177) （GR 三層と関係性の記述に関する限界）

本指針における GR 的分析は、究極的な本体状態を留保し、歴史的に形成された主体と関係の現実を扱い、観測・記録・指標の表現形式を区別する。志願者と患者の偶然の出会い、相互承認及び活動員同士の協働は、企画の重要な価値の候補となる。しかしその理論的可能性は、個別の活動の有効性を証明したことにはならない。患者が望まない援助を正当化せず、活動員の欲望構造を選考・評価・配置のために推測しない。哲学上の議論を運営上の権限と混同しない。

(1178) （数式、図表及び参照の点検）

数理的記述について、記号の定義域、添字、時間単位、資格条件、制約の必要性、目的関数の重み及び結論の射程を点検する。第 11 章の配置モデルと第 15 章の開室カバレッジ、第 20 章の評価モデルとの相互関係を確認し、可行解と最適解、数理的予測と実証された患者サービスを区別する。図表には対象年度と出典を示し、法令・院内公開資料を模型の仮定と混同しない。L^AT_EX の参照ラベル、番号、脚注及び文字の重なりは、配布用 PDF を生成する際に別途確認する。

特に第 11 章の変数 b_{vs} は参加枠の計画選択、 x_{vzrt} は担当案を表すため、本人の再承諾、院内決裁、現場での実施の真偽を単一の $x = 1$ から導かない。モデルの各不等式について必要条件なのか十分条件なのかを説明し、権限が未確認の場合の保守的な射影、時間粒度と移動時間の差、事後訂正が過去の状態を改変しない性質を反例で試験する。評価章で用いる因果効果の推定と、配置章で得られる最適値も推論の種類を分離して記す。

論理検査では、 $x \leq K$ 型の必要条件、 j を共在の論理積と定義する場合に必要な上下両側の制約、 u の最小化が不足量の意味を支える条件、および実施時の権限再判定を区別する。第 11 章の移動式における時刻セルの添字が同日・等間隔であるか、第 6 章の潜在的結果に他区域への干渉があるか、第 12・17・18 章の正式引受けが単なる送信又は共在から推論されていないかを、反例で確かめる。個別の数理的不変条件を満たすことと、病院現場の承認、法的適合性、患者安全及び価値評価の十分性を区別する。

R38 の検証項目として、 $\mathcal{F}(\mathcal{C}') \subseteq \mathcal{F}(\mathcal{C})$ の成立条件、 $u = \max\{0, d - c\}$ の等価線形化、 $o = 1$ が外生的要件でないときの閉室による可行性、包含極小な不可行部分集合と最小要素数の不同一性を追加する。併せて、反例が証明する対象を「局所的な形式命題」「当該スナップショ

ットの求解結果」「現場の制度的事実」に区分する。可行性から受諾を導いた推論、送信から終結を導いた推論及び数理的最適性から患者利益を導いた推論を、それぞれ独立して排除する。PDF の見た目の検査は TeX コンパイルを正式に指示された回に別途実施する。

(1179) （公開可能性、倫理開示及び著作物の帰属）

本指針の封面に置く日英両語の倫理開示は、応募者個人による準備資料であり、病院の正式な見解、認可、共同制作又は委託を示さないことを明記する。公開する場合には院内非公開の情報、実患者・活動員データ、第三者の著作物及び許可のない写真・記録の混入を点検する。研究論文や歴史資料からの引用は、正確な帰属及び利用条件の範囲で行う。技術的に公開可能な合成コードであっても、病院の運用環境への導入許可を意味しない。

(1180) （最終品質点検と未完了事項の残し方）

全書の完成度を判断する際、本文の存在、条項の連続性、出典の検証、権限境界、用語の整合、モデルの検証、PDF の可読性及び未確認事項の一覧を個別に点検する。**未確認事項が残ること自体は、虚偽の確実性を与える理由にはならない。**判断可能な範囲を示し、必要な所管・資料・手続を引継ぎ課題として残す。本章の記載により、本指針全体が病院の公認業務手順になったと表示しない。

(1181) （国際医療倫理に係る版次及び妥当性の検証）

国際的な倫理・人権文書は、文書の原名称、採択・改訂年、名宛人、対象となる行為、国内法上の位置づけ及び本指針が行う翻訳の論証を、一組の検証単位として管理する。2026 年 10 月 8 日に確認した WMA 「国際医療倫理綱領」は 2022 年改訂で医師の職業的責任を扱い、WMA 「台北宣言」は 2002 年採択・2016 年改訂で個別診療を超える健康データベース等を対象とする²⁸⁴。UNESCO 宣言は国家に向けた生命倫理の原則を示す。WHO 資料及び障害者権利条約等についても、採択主体と条約・宣言・専門職倫理・政策資料の別を明示する。個別の規定から導いた提案を病院が既に採択しているかのように記さず、更新時は文言、対象、適用時点と根拠の変動を相互に確認する。公開資料の閲覧だけで現場の権限又は倫理審査の承認を獲得したとは扱わない。

(1182) （規範参照の出所表及び時間的妥当性の点検）

国際倫理宣言、条約、国内法、行政通知、院内の公開方針、歴史的活動記録及び執筆者の暫定提案について、発出主体、対象者、規範的性格、施行・公表・参照時点、直接の実務権限、未確認事項を対照できるよう記録する。将来の版での更新は、単に新しい引用を加えるだけでなく、以前の記述が適用時点又は法的効果を誤認させないかを確認する。具体的な病院の承認・安全連絡・研究倫理審査・情報処理権限が未確認の事項は、明示された留保を消さず、実地確認後に根拠とともに改訂する。

(1183) （法的論証の射程、証拠水準及び責任認定の留保）

本指針の法律に関する各記述は、次の区分を明示して定期的に検証する。

- 一 法令上明文で定められた要件及びその基準日。
- 二 判例・公的解釈等による適用の具体化。該当資料の特定と射程の確認を要する。
- 三 東京大学病院が一般向けに公表した制度と、公開されていない内部運用。
- 四 具体的な行為に対する適法性・賠償責任等の法的評価。事案情報と権限を要する。

²⁸⁴WMA, *International Code of Medical Ethics*, <https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics/>; 同 *Declaration of Taipei*, <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-taipei-on-ethical-considerations-regarding-health-databases-and-biobanks/>（2026 年 10 月 8 日確認）。

五 執筆者の GR・EBPM・運営方法論上の提案。

法的可能性を病院における実際の責任成立事例として表示せず、逆に実践上の意義から法的効力を導出しない。必要な場合は院内法務その他の専門家への確認事項として整理する。出典階層の点検では、例えば病院の FAQ は受診者に向けて公表された受付・予約の運用を説明する一次資料である一方、その URL だけから職員の内部決裁権限、歴史的に異なる時点の取扱い、個別患者の法的請求権は確定できない。また、病院の年次計画に掲げられた課題と当該活動の実施命令、研究倫理宣言と研究開始承認、個人情報上の法定利用根拠と外部 AI への投入許可をそれぞれ異なる命題として登録する。こうした区分が守られているかを次回改訂時の検証項目とする。

(1184) (判例の原資料と要約の差異に関するレビュー基準)

判例を参照するときは、裁判所、判決年月日、事件番号、裁判例の公刊先をまず同定する。判決全文、判例集又は裁判所公開資料を一次資料とし、専門誌の解説、研究報告の表、判例要約を二次資料として区別する。同一判決の要約に相反する表現がある場合は、結論を恣意的に選択せず、差異と全文未確認の限界を記す。具体的事案への類推では、受入主体、支援行為、監督、本人の状態、場所及び適用時点の規範を比較し、類推できない部分を明示する。

21.11. 継続的な実施体制と本指針の今後の運用

(1185) (改訂の契機と点検周期の考え方)

改訂は暦上の定期日だけでなく、募集期の変更、年度更新、感染対策・情報規範の改訂、患者サービスの改善結果、組織上の担当変更及び重要な相談・安全上の指摘によって必要となり得る。法令・公式資料の確認と、独自の企画仮説・数理モデルの改訂は、同一の周期に固定する必要はない。病院における正式な改訂周期や業務改善会議の設置は、公開資料から推定せず院内規程に従う。

(1186) (業務上の継続的学習と反省)

経験から学ぶ際、成功と評価された活動だけでなく、募集しても参加につながらなかった例、帯同の不足、閉室、患者の拒否、活動員の相談及び評価で説明できなかった変化を検討対象に含める。これらは必ずしも個人の失敗ではなく、企画と制度の条件を知る入口となり得る。必要以上に当事者の個人情報を蓄積することなく、再発防止と企画改善に利用可能な一般化された条件を保存する。

(1187) (後任者、他部署及び社会への説明可能性)

業務説明は、読み手が有する権限と目的に応じて調整する。後任の担当者には正式な業務フローと未完了事項を、関係部署には必要な調整状態を、活動員には参加の選択に必要な説明を、患者及び来院者には適切な支援の範囲と相談先を明らかにする。社会一般に共有する場合には、公開資料に依拠した知見及び許可された匿名的・一般化された成果に限定する。各説明が相互に矛盾しないよう、出典と有効時点を管理する。

(1188) (本指針の価値と限界)

本指針は、患者と活動員、専門職と市民社会、組織と制度の間で生じる異なる目的・権限・情報・関係を、判断可能な形式で表現するための方法論的足場である。標準化は、人を指標や配置資源へ還元するための目的ではなく、自主性、患者安全、制度的責任及び質的な支援関係を守るための補助として位置づける。未知の条件及び現場の判断を消去できる完成済みの体系を主張せず、実践から学び続ける可訂正的な資料として運用する。

9460 (1189) **（最終的な引継ぎと改訂の責務）**

9461 本指針を将来更新する者は、第一に公開された制度と現行の法令・院内規程を確認し、第
9462 二に具体的な活動目的及び業務条件を把握し、第三に倫理・安全・情報・権限の限界を点検
9463 し、第四に提案の実行可能性と証拠の不足を明記し、第五に改訂を後の検証と引継ぎに開く
9464 ことを基本姿勢とする。この順序は唯一の正式な院内手順ではなく、執筆者が採用する学習
9465 と品質管理の指針である。活動に参加する人々の意思と尊厳を尊重しつつ、正式な組織の判
9466 断に従い、必要に応じて本指針そのものを再検討する。