

社会福祉法人喜多方市社会福祉協議会
傾聴ボランティア事業実施要綱

(平成26年3月1日制定)

(目的)

第1条 この要綱は、近年高齢者等の孤立や孤独死が問題視されている中で、これらの方々に傾聴ボランティアを実施することにより、孤独感や不安感の軽減を図り、精神的健康維持や回復を支援することを目的に実施する。

(資格)

第2条 この要綱において「傾聴ボランティア」とは、喜多方市社会福祉協議会（以下「社協」という。）が行う養成講座の修了者及び養成講座修了者と同等の経験・知識を有していると社協会長（以下「会長」という。）が認める者で、傾聴ボランティア台帳に登録をした者をいう。

(社協の役割)

第3条 社協は、目的達成のため傾聴ボランティア台帳を整備し、市内福祉施設等（以下「福祉施設」という。）の申込みに応じて傾聴ボランティアとのコーディネートを行う。

2 社協は、台帳に登録した傾聴ボランティアに対し、登録証を交付する。

(傾聴ボランティアの登録等)

第4条 傾聴ボランティア活動を希望する者は、別紙様式1により会長に台帳への登録を申込む。

2 傾聴ボランティアは、申込み事項に変更が生じたとき、または申込みの解除を求めるときは、会長に届け出る。

3 この要綱の定めに対し、逸脱した行為があると認められる場合は、会長は登録を取り消すことができる。

(傾聴ボランティアの活動等)

第5条 傾聴ボランティアは、社協のコーディネートにより福祉施設において相手の話を受け止め、話し手がより多くのことを話せるように傾聴活動を行う。

2 傾聴ボランティアは、福祉施設職員の指示に従い活動するものとし、利用者からの福祉施設に関する意見や要望は当該施設に申し出ないこととする。ただし、特に福祉施設から求められた場合は、この限りでない。

3 傾聴ボランティアは、その活動にあたって必要な知識の習得及び理解に努めるとともに、高齢者等の心身の状況、ニーズ、環境等に十分配慮し、福祉施設との信頼関係を保ちながら活動するよう努めなければならない。

- 4 傾聴ボランティアは、傾聴ボランティア活動で知り得た利用者や施設の状況等を、外部に洩らしてはならない。
- 5 傾聴ボランティアは、社協から交付を受けた登録証を着用し活動する。
- 6 傾聴ボランティアは、その活動を行った場合は別紙様式2を社協に提出する。
- 7 傾聴ボランティアの活動は、無報酬とする。

(ボランティア活動保険への加入)

第6条 傾聴ボランティア台帳の登録者について、社協はボランティア活動保険に加入する。

(傾聴ボランティア活動の申込み)

第7条 福祉施設は、傾聴ボランティア活動の受入れを希望する場合は、別紙様式3の申込書を会長へ提出する。

- 2 福祉施設は、申込み事項に変更が生じたときは、速やかに届け出る。

(傾聴ボランティアの受入れ)

第8条 福祉施設は、傾聴ボランティアが円滑に活動できるよう協力する。

(その他)

第9条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、会長が別に定める。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成26年 3月 1日から施行する。

別紙様式1

傾聴ボランティア台帳登録申込（変更）書

氏名		性別	男・女
生年月日			
住所	(〒 -)		
連絡先			
傾聴ボランティア 活動希望日等	・週 () 回 ・月 () 回	活動希 望時間	時から 時の間
	※希望する曜日があれば () 曜日		
資格・経験等	<input type="checkbox"/> ボランティア養成講座修了者 (<input type="checkbox"/> 喜多方市社協 <input type="checkbox"/> 他機関) <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師、准看護師、保健師 <input type="checkbox"/> 社会福祉士、社会福祉主事 <input type="checkbox"/> 臨床心理士 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士、訪問介護員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 福祉施設等でのボランティア活動の経験者 () 年 <input type="checkbox"/> その他、上記と同等の資格を有する者 (資格の名称 :)		

別紙様式 3

傾聴ボランティア活動申込（変更）書

施設名		種 別	
代表者氏名			
所在地			
連絡先		担当 者名	
傾聴ボラン ティア希望日	<input type="checkbox"/> 月（ ）回 <input type="checkbox"/> 週（ ）回 希望する曜日があれば（ ）曜日		
傾聴ボラン ティア希望時間	時 分 から 時 分まで		
備 考			

傾聴ボランティア実施要綱にかかる取扱いについて

- 1 養成講座修了者と同等の経験・知識を有していると会長が認める者とは、下記のことをいう。

記

- 1 医師
- 2 看護師、准看護師
- 3 保健師
- 4 理学療法士
- 5 作業療法士
- 6 社会福祉士
- 7 臨床心理士
- 8 精神保健福祉士
- 9 介護福祉士
- 10 社会福祉主事
- 11 介護支援専門員
- 12 訪問介護員
- 13 福祉施設等でのボランティア活動の経験者
- 14 その他、1 から12と同等の資格を有すると認められる者

FAX 喜多方市社会福祉協議会福祉課地域福祉係 あて
 FAX番号 0241(23)3296

別紙様式2

傾聴ボランティア実施報告書

活動年月：平成 年 月分

氏名 _____

No.	活動日	活動時間	活動内容	特記事項
1	平成 年 月 日 ()	: ~ : 所要 時間 分	男性 人 女性 人 計 人	活動場所:
2	平成 年 月 日 ()	: ~ : 所要 時間 分	男性 人 女性 人 計 人	活動場所:
3	平成 年 月 日 ()	: ~ : 所要 時間 分	男性 人 女性 人 計 人	活動場所:
4	平成 年 月 日 ()	: ~ : 所要 時間 分	男性 人 女性 人 計 人	活動場所:
5	平成 年 月 日 ()	: ~ : 所要 時間 分	男性 人 女性 人 計 人	活動場所:
6	平成 年 月 日 ()	: ~ : 所要 時間 分	男性 人 女性 人 計 人	活動場所:
7	平成 年 月 日 ()	: ~ : 所要 時間 分	男性 人 女性 人 計 人	活動場所: