



2010 年度
ぼっこ助産院
助産所評価報告書

特定非営利活動法人 日本助産評価機構

なぜ、いま助産所評価なのか？

現在、様々な分野で第三者による認証評価が行われています。

医療施設ではこれまで病院医療機能評価が行われていますが、助産所に対して第三者による評価は実施されていませんでした。

地域における助産師の活動が、いま広く人々の期待を集めています。助産所における助産実践が社会の理解と信頼を得るには、とくに客観的・中立的な立場からの認証評価を受けることが必要です。

助産所が評価を受ける最大の意義は、助産師ひとりひとりが、「助産所はどうあるべきか」「そのために助産師は何をすべきか」などを深く考えるきっかけになることです。改善項目に助産所のスタッフが一丸となって取り組むことで、結果として、真の意味での「質の向上と安全」につなげることができるのです。

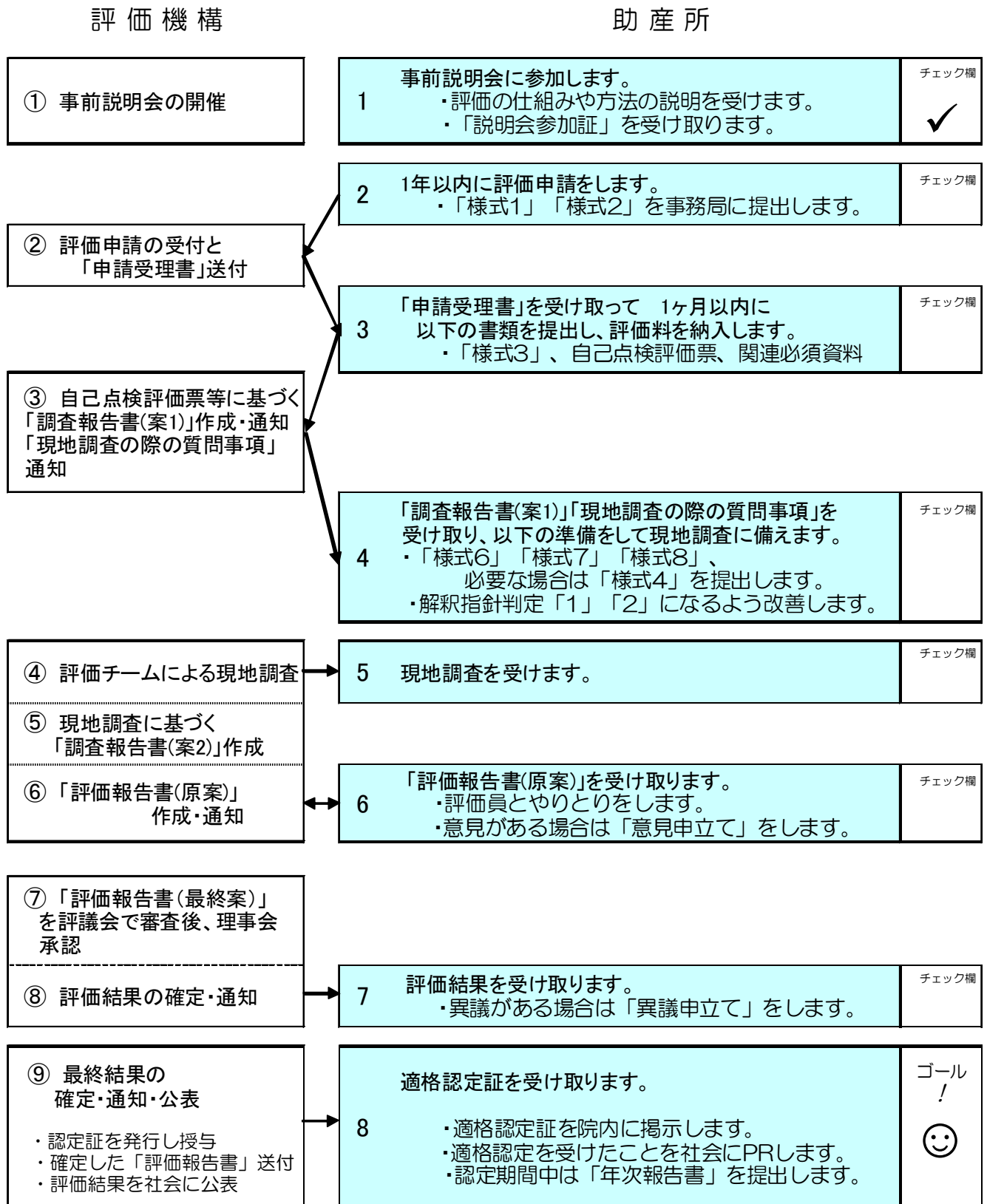
当機構による助産所評価は、2010年2月から実施されています。

特定非営利活動法人日本助産評価機構
助産実践評価部

目次

評価のスケジュール	5
ぽっこ助産院評価報告書	7
自己点検評価票	31
提出資料一覧	47
助産所適格認定マークについて	48
助産所適格認定マークの使用要綱	50
名簿(評議会、役員、評価委員会、評価チーム)	53

評価のスケジュール



ぼっこ助産院評価報告書

全体の評価

貴助産院は平成18年（2005年）に特定非営利活動法人（NPO法人）「いのちの応援舎」を設立し、応援舎「ひなた」と出産施設「ぼっこ助産院」、子育て中の親と子どもを支援する「おやこ広場・ひなたぼっこ」が同居する全国でも希少な活動を担う助産院である。

「ぼっこ助産院」は老人施設に加え助産院を建てることで、かつて日本にあった大家族の雰囲気の中で命を大切にするという信念、子どもから老人までを見守り、虐待のなかった人間の原点である老人も赤ちゃんもいる施設を設立することを信念に、全国の助産師のみならず行政から注目されるモデルケースとなっており、地域に根ざした活動を職員一丸となって協力して実践し、成果を挙げている。

勸告

なし

改善を要する点

なし

第1章 助産所の理念

助産院の理念は「いのちの応援舎」設立時の2005年に策定され、基本方針である「利用者の立場に立った助産の実践」が明示されている。

管理者のリーダーシップのもと、諸問題の解決に率先して取り組むことによって適切に発揮されている。助産院の運営は規定に基づいて行われ、管理者の決定は全職員に円滑に伝達されている。現在、嘱託医療機関及び嘱託医が減っていくことが予想される中で嘱託医療機関と協同した事例検討会・研究会の定期開催や、助産師関連団体との勉強会や検討会が行われ、助産師の教育については充実した体制と実践があり、ぽっこ助産院の強みが評価される。

情報管理の整備と活用、関連法令の遵守、職員、職員の教育・研修など積極的な取り組みが適切である。助産サービスの評価と改善に向けた取り組みは、全職員参加型の活動が行われており評価される。地域の保健・医療・福祉施設との連携に努力されている。地域に開かれた助産院としての取り組みは、研修会や健康講座・広報活動などにも積極的に対応している。さらにボランティアによる活動も地域と助産院の関係を深めることに大きく関与しているものと評価される。

1-1 助産所の理念

基準1-1-1

助産所においては、その理念を明確に定め、それを基本方針や活動目標として、助産実践に反映している。

<根拠>

- ・助産所における理念は、特定非営利活動法人いのちの応援舎の基本理念「その人らしさに基づいて「その人らしいお産」をという理念を掲げ、母と子どもの安全を確保すること共に、親子の絆の大切さに地域に根差した助産を展開している。
- ・パンフレット及びホームページで、助産所の基本方針に基づいた具体的な活動計画を文化し、助産所を訪れる利用者への周知を図っている。

<評価結果>

評点 1

基準1-1-2

助産所においては、その理念を職員に周知し、利用者に公表している。

<根拠>

- ・パンフレット及びホームページで、助産所の基本方針に基づいた具体的な活動計画を文化し、助産所を訪れる利用者への周知を図っている。

- ・いのちの応援舎の職員として、より実践的な助産業務を目標に活動できるシステムになっている。
- ・理念は助産院の玄関や待合ホールに掲示されている。

<評価結果>

評点 1

1-2 事業計画

基準 1-2-1

助産所の理念や基本方針を具体化するための年間予算が立てられ、事業計画が作成され、職員に周知されている。

<根拠>

- ・各事業担当者のミーティングを通して活動目標の周知を図っており、適宜見直しの機会を設けている。
- ・安産管理基準で年間事業計画と予算案の作成を基準化し、月次決算を踏まえながら経営状況を確認している。人事管理は就業規則に基づいて適切に行われている。
- ・地域の偏在から常勤助産師の採用が困難であり、定員 7 名中 5 名が非常勤であるが、月間分娩件数 7 例程度に際しては定員を満たしている。
- ・「その人らしいお産」を提供するための事業目標に沿って、一線で働く助産師に責任と権限が与えられ意思決定が行われている。

<評価結果>

評点 1

1-3 管理体制

基準 1-3-1

助産所の組織が明確になっており、組織図がある。

<根拠>

- ・組織図が明確化されている。

<評価結果>

評点 1

基準 1-3-2

助産所全体の連絡調整会議を定期的に行っている。

<根拠>

・業務記録は大学ノートに記載され、各自がサインすることで内容を周知している。

<評価結果>

評点 1

1-4 職員の教育・研修

基準 1-4-1

助産所の理念を具現化するために、職員が研修を受けられる体制が整っている。

<根拠>

- ・研修等への参加記録は大学ノートに記録されている。
- ・スタッフの雇用形態が非常勤ということで研修に出やすい状況とはいえないが、連携医療機関を交えての勉強会などを密に開催し、助産師としてのキャリア開発を推進している。

<評価結果>

評点 1

基準 1-4-2

施設内で定期的に、あるいは必要に応じて、助産実践技術向上の研修伝達や検討が行なわれている。

<根拠>

- ・実践されている。

<評価結果>

評点 1

第2章 妊産婦及び新生児の権利と安全の確保

1) 妊産婦の権利を尊重する方針

常勤助産師2名、非常勤助産師5名で助産所の業務を担っており、一番経験の少ない人でも16年を経験している。管理者は、看護部長経験者であり、感染管理者の認定も受け、助産師としてのスーパーバイザーの役割も担い、毎日のカンファレンスで業務内容の充実や改善を指示し、情報の共有も図っている。助産所における分娩を受け入れるに当たり、助産所の特徴を説明した上で、夫をはじめ親の了解も確認しての受け入れをしている。妊婦健康診査は、1人1時間枠で組んでおり、バースプランも含め対象との対話や説明の時間は十分取っている。助産所業務における内容や費用はホームページで公開しており、必要なパンフレットは助産所内に備えている。助産所の質の評価に関する研究も進めており、

妊産婦の権利を尊重する言動が伺えた。

2-1 妊産婦の権利を尊重する方針

基準 2-1-1

助産所で行われる妊産婦への全ての助産行為に対して、事前に説明が行なわれている。

<根拠>

- ・妊産婦や家族などの説明に必要なパンフレットは整備され、利用者への説明は適宜に実施されている。

<評価結果>

評点 1

基準 2-1-2

妊産婦に説明された内容は、日付とともに書面に記載され、妊産婦は同意の署名を行なっている。

<根拠>

- ・カルテ等の書類から、同意の署名は適切に処理されている。

<評価結果>

評点 1

基準 2-1-3

職員が、妊産婦や家族への説明と同意の必要性を理解している。

<根拠>

- ・助産所責任者がスーパーバイザーの役割を担っており、院長と助産所責任者のどちらかが在駐し、スタッフと共に業務に従事している。

<評価結果>

評点 1

基準 2-1-4

出産に際しては、妊産婦の意向が確認され、妊産婦との話し合いがもたれている。

<根拠>

- ・助産所分娩を決定する際、夫や両親の同意も確認しており、助産所分娩の説明は1日かけるなど納得ゆくまで説明する。
- ・バースプランも妊婦と共に考え作成している。出産後の利用者からの満足度は高い。

<評価結果>

評点 1

基準 2-1-5

妊産婦及び新生児の情報について、守秘義務が守られている。

<根拠>

- ・診察室及び入所室、指導室等は個室になっており、プライバシーの配慮がされている。
- ・記録類は保管場所が確保され、災害持出し用としてサマリーが別冊になっている。就業規則の中に明記されている。

<評価結果>

評点 1

基準 2-1-6

提供されるケアの料金が明確である。

<根拠>

- ・診察室に明記して示されている。

<評価結果>

評点 1

2-2 安全確保のための体制・手順

勤務助産師は、最低でも16年の臨床経験があるが、分娩には必ず常勤が一緒に対応する体制を整えている。常勤者2名は、365日、24時間拘束状況の中で、非常勤者との連携で安全な分娩管理体制への配慮がされている。常勤者（院長・助産所責任者）が2人であり、健康管理上の問題があるが、非常勤の助産師と勤務を調整しながら遂行しており何らかの対策が望まれる。医療法第6条の10に関する安全管理体制に関しては、管理者の氏名を明確に提示する事と医療機器の保守点検に関する書類は必要であるが、安全管理指針・感染予防マニュアル・薬剤管理手順は揃っている。

また、医療法第19条に関しては、嘱託医及び嘱託医療機関との合意書は整備されており、診察室にも明示されている。嘱託医や嘱託医療機関と良好な関係を維持し、搬送はスムーズに行われている。搬送ケースについては、検討会を開催し、適時、医師を招いての研修会に発展させている。事故事例の報告は、助産師会県支部へ適切になされており、ヒヤリ・ハットノートも設置されている。ただ、ヒヤリ・ハット事例の記載内容の充実が必要であり、具体的事例を挙げて記載内容の説明を管理者に行った。今後のヒヤリ・ハット事例の記載内容の充実は期待できる。

助産所業務ガイドライン及び嘱託医・嘱託医療機関からの指示は遵守している。“助産所業務ガイドライン”改正以前のもので整備されていたため、改正後の助産所業務ガイドラインへの変更を依頼した。改正点については承知しており、職員に伝達していた。

基準 2-2-1

医療法に基づく体制が整備されている。

<根拠>

- ・感染防止マニュアルが作成されている。管理者が病院勤務時代に感染管理者認定を受けており、細部にわたり感染防止に対する注意がされている。環境整備に関しても酸性水を使用しており、感染廃棄物も適正に処理されている。
- ・施設内に香川県助産師会支部の事務所があり、定期的に必要な研修会が開催されている。
- ・施設内に助産院管理者の明示がされておらず、規定に基づく掲示を依頼する。
- ・薬品管理に関しては、専用の冷蔵庫が設けられており、嘱託医や嘱託医療機関との合意のもと適正に管理されている。
- ・医療機器の仕様書は整備されている。
- ・保守点検はされているが、機種によっては記載がなく、保守点検日時や確認者名の記載を速やかに依頼する。
- ・医療法の改正、助産所業務ガイドライン改正等本部からの伝達事項は、助産師会支部事務所を併設しているため、連絡が入り次第スタッフに周知している。
- ・安全管理指針も整備されており、職員も承知している

<評価結果>

評点 1

基準 2-2-2

緊急時に用いる薬剤の使用に関して、関与する医療者間（嘱託医師等を含む）で検討される機会がある。

<根拠>

- ・緊急時に用いる薬剤は整備されている。
- ・嘱託医・嘱託医療機関との連携も良く、書類の整備もされている。搬送した場合等は、その都度事例検討がされている。必要によっては、医師を招き事例を元に研修会も開催している。

<評価結果>

評点 1

基準 2-2-3

施設の管理者名を施設利用者にわかるように、院内の適当な場所に明示している。

<根拠>

- ・施設の管理者名は施設利用者に分かるように表示され、記録類に明記されている。
カンファレンス時でも共有している。

<評価結果>

評点 1

基準 2-2-4

分娩時には、複数の助産師が関わる体制が整っている。

<根拠>

- ・助産録及び記録などに担当者が明示されている。
- ・常勤助産師と非常勤助産師で分娩を実施している。

<評価結果>

評点 1

基準 2-2-5

診察・ケア体制の責任が明確になっている。

<根拠>

- ・診察・入院における責任体制および責任者は明確に示されている。

<評価結果>

評点 1

基準 2-2-6

医療法第19条に基づく嘱託医師及び嘱託医療機関との連携が整っている。

<根拠>

- ・診察室に明示され、書類は整備されている。

<評価結果>

評点 1

基準 2-2-7

医療法第 19 条に基づく嘱託医師及び嘱託医療機関以外の医療機関や保健所等、必要な関連施設との連携が整っている。

<根拠>

- ・一覧表が診察室に明示されている。

<評価結果>

評点 1

基準 2-2-8

自宅分娩等、在宅支援を行なう場合の安全が確保されている。

<根拠>

該当しない

<評価結果>

評点 1

基準 2-2-9

他施設へ紹介する妊産婦・新生児の転院や搬送の手順が整っている。

<根拠>

- ・手順が整備されている。
- ・搬送事例は、助産師会支部へ報告しており、その控えは保管されている。
- ・搬送事例は、その都度ケースカンファレンスを実施している。

<評価結果>

評点 1

基準 2-2-10

助産所業務ガイドライン及び遵守すべきものに沿った助産業務を行っている。

<根拠>

- ・嘱託医及び嘱託医療機関との搬送基準は明確にされている。
- ・搬送基準はスタッフが確認できる場所に掲示され、文章化されている。

<評価結果>

評点 1

基準 2-2-11

分娩件数の報告や転院／異常報告を適切に行なっている。

<根拠>

- ・分娩件数・搬送件数とも助産師会に報告しており、その控えは整理されている。
- ・転院／搬送報告書の控えは、整理され保存している。

<評価結果>

評点 1

2-3 事故への責任と対応

安全管理指針は整備されており、災害に関しては、(社)日本助産師会作成の災害マニュアルを基本に安全管理指針に災害時の対応として記載されており、災害時の避難経路も各部屋に明示されている。搬送事例は医療機関との連携も良くスムーズに行われていた。医療事故に関しては、事故後速やかに事例検討がされており、事例によっては、医師を講師とした勉強会が開催されていた。賠償責任保険・産科医療補償制度に加入しており、医療事故への対応に備えていた。災害時の水と分娩セットの備蓄をしており、災害時の対応は安全管理基準に記載されている。ただ、食糧の備蓄はされておらず、助産所は、母子の避難所になることもある為、食糧に関しては今後検討が必要と考える。

基準 2-3-1

安全管理指針に基づく医療事故発生時の対応が整っている。

<根拠>

- ・医療事故発生時の手順は明文化されている。
- ・出産時の突発的なアクシデントにも適切に搬送しており、その際の記録も整理されている。搬送後の事例検討もスムーズに検討され、助産院では適宜に産科医を交えた勉強会を開催している。

<評価結果>

評点 1

基準 2-3-2

災害等に備えて、防災・防犯・安全対策に関する妊産婦や新生児への対応が検討されている。

<根拠>

- ・防災に関しては、避難経路も明確にされており各入所室等に掲示されている。

- ・防災責任者は建物の入り口に掲載されていたが、施設内の所要箇所に明示されていなかった。
- ・防災マニュアルは作成され職員は防災マニュアルを承知していた。
- ・安全管理上では、直接に入所施設に入ることはできず、防犯の面でも問題ない。さらに、近隣在住の職員が多く、常勤職員家族も含め支援体制は十分に整っている。

<評価結果>

評点 1

基準 2 - 3 - 3

医療事故への対応に必要な対策をたてている。

<根拠>

- ・常勤勤務者は保険に加入し診察室に掲示されている。

<評価結果>

評点 1

第3章 地域における役割

平成19年(2006年)より連携医療機関と協同して、産褥早期退院システムや産褥入院を実施しており、当該助産所の所在地近辺の褥婦に対する産褥期のケアや母乳育児相談、育児支援を行なっている。地域からの母乳育児支援の講演依頼への対応や母親が集える場所の提供など、地域に根ざし開かれた実践に取り組み、住民から選ばれる助産所として認められている様子が利用者の発言からも見受けられる。学生実習生や助産師研修生も受入れており、専門職の人材育成に貢献している。地域における役割として、香川県助産師会のすこやか助産センターの運営への協力など、高松市にとどまらず香川県下の助産師活動の拠点として、場の提供・人の連携・情報の共有に貢献しており評価できる。管理者が中心となり助産師として院外でも精力的に教育活動を行い、またこうした活動ができるように職員全員が協力体制をとっていることが評価できる。災害時の体制については、地域での災害の歴史に則り防災に努めていることは適切である。ぽっこ助産院の施設設備を利用した助産師研修生や見学者の受け入れによって、地域の助産師のスキルアップや地域助産活動を牽引している点で、機能を十分に発揮しており評価できる。また教育・研修の地域への公開は、職員に助産所の地域における役割や機能を周知し広く検討する機会ともなっており互惠的效果があがっている。

3-1 助産所の地域における役割機能

基準 3 - 1 - 1

地域における母子保健の動向を把握し、施設の活動に関連付けている。

<根拠>

- ・ 県の人口動態資料が保管されており、近辺市部も合わせて把握している。
- ・ 香川県助産師会事務所が同じ建物内にあり、助産師会活動に積極的に参加している。香川県の助産師との関連を深め、助産所運営の効率化を推進している。

<評価結果>

評点 1

基準 3-1-2

助産所の地域における役割や機能を施設内で検討している。

<根拠>

- ・ 院長は地域の保健衛生向上にかかわり、特に性教育の講演等による保健文化賞を受賞し福祉分野に貢献している。一方、助産所責任者のM助産師2人の活動は画期的で、ホームページやマスコミ誌でも紹介されている。
- ・ 助産師の仕事として、子どもから老人までの支援は香川県全体に及んでいる。それらの活動は上記の管理者および責任者としてのリーダーシップの役割を十分に発揮し、助産所内の業務を圧迫することなく責務をこなしている。このことは非常勤の助産師の面接で院長の果たす役割を十分に理解し、その意義を十分に理解し、そのことがスタッフの理想的な助産師像に連動している事実を知ることができた。

<評価結果>

評点 1

基準 3-1-3

地域住民に対する健康支援活動（教育・相談等を含む）を施設内外で行っている。

<根拠>

- ・ 活動をまとめた冊子や記事が保管されている。

<評価結果>

評点 1

基準 3-1-4

地域における災害時の緊急活動に参加する体制が整えられている。

<根拠>

- ・ 対応マニュアルが保持されている。ただし、想定されている災害が限定的である（歴史的・地形的に優先される者が中心）ので、日本助産師会の防災マニュアルなどを参照

されることを勧めた。

<評価結果>

評点 1

3-2 教育・研修の地域への公開

基準3-2-1

助産所での研修会や研究会を地域に公開している。

<根拠>

- ・業務日誌及び研修記録に記録され保管されている。

<評価結果>

評点 1

基準3-2-2

学生の実習や研修、卒後研修を受け入れている。

<根拠>

- ・業務日誌及び研修記録に記録され保管されている。

<評価結果>

評点 1

第4章 妊産婦及び新生児へのサービス

妊産婦及び新生児に対する利便性への配慮やサービスの充実、継続ケアや家族への支援は、ぼっこ助産院の理念に基づき、理念を具現化したものとなっている。

またサービス・ケア・支援の方法や内容は、ぼっこ助産院の妊娠期から老年期までのサービス機能を持つという強みを活かしており、地域社会のニーズにも適合している。助産師活動の核心である妊産婦及び新生児へのサービス・ケア・支援の内容において妊産婦やその家族から支持されている体制を構築・維持している点は高く評価できる。サービスの内容やその向上にかかわる研修や会議記録等の文書の保存をシステムティックに行うことが、将来的にも良いサービスを維持できることにつながることを、管理者自身が強く意識して努め、その姿勢が職員にも浸透している。

4-1 利便性への配慮

基準4-1-1

妊産婦や新生児が受診する際の利便性が図られている。

- ・外来診察では、1人1時間の診察時間が守られており、急な来診でも院内設備・部屋を利用し、外来担当をしていない院長や助産師が適切に対応している。時間が取れない場合には、圏内の助産院を紹介し、連携システムが機能している。また妊婦のヒアリングでも、連携システムが細かな配慮のもとに実施されていることが伝わってきた。
- ・近隣の大学病院との連携についても、館内掲示物や情報提供書などで確認した。
- ・その他、個人病院との連携についても、母親のインタビューから、妊産婦の不安解消に寄与している旨を把握できた。

<評価結果>

評点 1

4-2 サービスの充実

基準4-2-1

施設利用者に対するサービス内容がわかりやすくなっている。

<根拠>

- ・院内掲示の表示の文字は併設している老人施設の利用者にも見やすいように明示され、妊産婦とその家族に反映され助産所の理解が深まるように取り組んでいる。
- ・助産所は十分な施設面積があり、10畳ほどの入院室やその他の部屋・スペースを使い十分配慮されている。

<評価結果>

評点 1

基準4-2-2

サービス改善に取り組んでいる。

<根拠>

- ・書面および管理者・職員側からのヒアリングを行い、双方が接遇の意識をもっていること、管理者がさらに高いものを目指し比較的若い職員を指導するよう毎日声をかけていることなど、やる気と働きがいの向上に取り組んでいた。
- ・実際の診察場面ではほとんど待ち時間がないことを確認できた。
- ・業務管理では、リネン類の交換を行う職員を毎朝確認し、手が空いている職員も手伝うなどの協力体制が見られた。また病後児保育を担当した者は入院室への出入りやリネン類の接触をしない等の点も徹底されている。
- ・食事は、利用者にヒアリングし、産地の農村部の利も活かした野菜などを工夫した献立を提供していることを確認した。助産所の特徴が反映されていた。
- ・意見箱の活用について承知した。

<評価結果>

評点 1

基準4-2-3

情報開示ができる体制が整備されている。

<根拠>

- ・カルテの保管状況と利用者へのヒアリングで確認できたが、これまで開示が要求された事例はなかった。助産録の開示規程を策定している。

<評価結果>

評点 1

4-3 継続ケアの実施

基準4-3-1

継続ケアの実施体制が整っている。

<根拠>

- ・外来を主に担当する者と、分娩を主に担当する者が決まっており、かつ双方の申し送り
と妊娠期から子育て期まで一貫して全員の助産師で見守る体制がとられている。診察者・
ケア実施者は署名し明確に記録されている。また利用者からのヒアリングで利用者からも
こうした体制が評価されている。

<評価結果>

評点 1

4-4 家族への支援

基準4-4-1

妊産婦及び新生児の家族への支援体制が整備されている。

<根拠>

- ・診察の実際を見学し、妊婦とその家族へのヒアリングから支援体制を確認した。
- ・入院中の母児はいなかったため、産後健診の母児とその家族への育児相談・退院後のフ
ォロー体制を確認した。
- ・1時間の時間をとり、妊婦の外来とは別の部屋も用いながら（十分な広さの部屋で）相
談にのり、母親やその家族からも不安がないことが伝わってきた。

<評価結果>

評点 1

第5章 ケアの適切な提供

ケアの適切な提供のために、チーム体制を確立し協同してケアの評価を行っている。ぽっこ助産院はその理念からいのちの応援舎としての組織が根本となっていることから、人的資源の活用は一般の助産所より広範となるため、助産所の機能評価以外の基準（NPO）によっても点検されており透明性・適切性が高められている。

助産師の能力開発は管理者が中心となって実践し、職員のロールモデルとなっている点が評価できる。ケア提供のための環境整備については、図書や物品の整備を定期的に行うよう努めている点が適切である。

5-1 組織の整備

基準5-1-1

助産所の方針を達成するために、必要な人的資源（栄養士・鍼灸師等）を活用している。

<根拠>

- ・組織図は人員配置や役割・機能などを明記してある。
- ・職員は合同の朝礼で各々の仕事の確認をし、お互いにその情報を共有している点が評価できる。

<評価結果>

評点 1

5-2 チーム体制の確立

基準5-2-1

ケアの充実のためのマニュアルを作成し、それに基づいたケアを提供している。

<根拠>

- ・ケアマニュアルがある。その実行と見直しについて、実際のケア場面を現地調査で確認した。
- ・職員へのヒアリングの結果、見直しは新たな事例ごとに行われており、ノートでその共有がなされている。

<評価結果>

評点 1

5-3 ケアの評価

基準5-3-1

妊産婦の経過等について、適宜、嘱託医師等との検討を行い、ケアの内容を見直している。

<根拠>

- ・ガイドラインを活用して定期的に嘱託医との検討会を実施していることを事例の記載か

ら確認した。

<評価結果>

評点 1

基準5-3-2

助産所全体としてのケアの評価を行っている。

<根拠>

- ・カルテで確認した。指針よりも細かな点について、毎事例ごとに受持った助産師と管理者が話し合い、変更点があればノートで周知していることを確認した。
- ・アンケート等は実施されていないが、意見箱の設置及び、利用者からのヒアリングで常に聞く姿勢を示しているという評価を得ている。

<評価結果>

評点 1

基準5-3-3

評価を活用したケアを提供している。

<根拠>

- ・基準5-3-2と同じ。

<評価結果>

評点 1

基準5-3-4

施設において定期的に事例検討会を行っている。

<根拠>

- ・事例検討会が日常的に行われていることで記録整備がなされにくいことがヒアリングで把握できた。

<評価結果>

評点 2

基準5-3-5

助産所機能について、毎年自己評価を行っている。

<根拠>

- ・事前資料の内容から、病院機能評価を参考に、従来から資料の準備などを行ってきたと思われたが、そのことを現地調査で書類・管理者ヒアリングにより確認した。

<評価結果>

評点 1

5-4 助産師の能力開発

基準5-4-1

職員が学会や研修会に参加している。

<根拠>

- ・研修記録を確認した。

<評価結果>

評点 1

基準5-4-2

職員の研究や研修の成果について公表に努めている。

<根拠>

- ・発表資料等を事前資料と確認した。

<評価結果>

評点 1

5-5 ケア提供のための環境整備

基準5-5-1

ケア提供のための図書・雑誌が整備され、職員に利用されやすくなっている。

<根拠>

- ・書籍も最新のものが購入されていない点があるが、診察室・待合室を中心に頻繁に用いる書籍などを備えているなど工夫がみられる。

<評価結果>

評点 2

基準5-5-2

ケアの提供に必要な器材や備品を適切に管理している。

<根拠>

- ・薬剤の管理表などを確認した。
- ・更新の頻度が明記されていなかった。

<評価結果>

評点 2

第6章助産所運営管理の合理性

助産院部門の体制は確保され、管理・責任体制も明確である。管理上の基本方針や目標については明文化されている。助産の質を改善する仕組みは、院長の講演のテーマである“夢、理念、経営、人”を大事にするが多くの助産師や政経塾、学校などからの評価を受けている。具体的には、院長および助産院責任者の2人が補い合うことでの評価は大きい。

2人の助産師が病院にいた頃から、某大学病院（ぼっこ助産所から救急車で10分の距離）の教授たちとの協力関係が築けたことで、嘱託医療機関として大学病院の協力で連携医療を維持し、信頼関係を作っていく基礎が築かれている。

人事、業務管理体制では必要な人材も確保されている。一方、常勤助産師である院長および助産所責任者の取得休暇について、年休などが取れるよう労働状況に見合った体制に改善できることが望まれる。財務・経営管理、入院管理は適切である。施設・設備の管理も計画的に整備されている。医療機器の管理、薬品管理は責任者の明確化が望まれる。給食施設・設備については調理室内の温度管理と配膳の衛生管理も適切である。廃棄物の処理は適切に行われている。

災害時の対応・体制はマニュアルが整備されているが、夜間を想定した訓練の実施を計画されたい。財務管理は管理会計士による帳簿が整理されている。助産院の財務運営は適切で「いのちの応援舎」全体の財務を健全に導いている。

6-1 情報管理の合理性と適切性

基準6-1-1

個人情報保護法に準じて、個人情報（電子情報を含む）の管理体制が整っている。

<根拠>

- ・助産録は保管・管理され、個人情報の管理も取り扱い規定（助産録開示など）に基づいて適切に管理されている。
- ・利用者情報は紙媒体で保管され、看護室で適切に保管されている。
- ・電子カルテ化はされていないが、メール、医療記録（助産録）などの管理は適切に処理されている。

<評価結果>

評点 1

基準6-1-2

保健師助産師看護師法第42条に基づいた助産録の内容と保存が守られている。

<根拠>

- ・適切に管理されている。規定に基づいて作成されている。

<評価結果>

評点 1

6-2 人事管理の合理性と適切性

基準6-2-1

職員の必要人数が確保されている。

<根拠>

- ・常勤2名、非常勤5名で業務上の支障はないが、業務量に対応した適正な構成の確立では常勤助産師の積極的な増員が望まれる。

<評価結果>

評点 1

基準6-2-2

職員の勤務評定を行うように努めている。

<根拠>

- ・勤務評定はされていないが、業務評価として講習会などへの参加の推進などで反映されており、昇進の基準はないが能力が評価されている。

<評価結果>

評点 1

基準6-2-3

職員が退職を希望している際に、その理由を把握している。

<根拠>

- ・退職に関する記録の保存は特はないが面接で確認できた。

<評価結果>

評点 2

基準6-2-4

労働基準法に準じた労務管理が行われている。

<根拠>

- ・就業規則、賃金規定に基づいている。

<評価結果>

評点 1

基準6-2-5

職員の採用時には、管理者（院長）及び被雇用者が、面接によって相互の条件を確認している。

<根拠>

- ・適正である。

<評価結果>

評点 1

基準6-2-6

職員は定期的に健康診断を受けている。

<根拠>

- ・定期健康診断は適正に実施されている。

<評価結果>

評点 1

6-3 財務管理の合理性と適切性

基準6-3-1

収益や費用に関する分析を必要に応じて行っている。

<根拠>

- ・会計士により管理され、年毎に経理簿として整理されている。

<評価結果>

評点 1

基準6-3-2

予算計画を立てる際に、職員の意見を聞いている。

<根拠>

- ・職員の意見は反映されていないが、日常を通して職員の要望を聞き入れている。

<評価結果>

評点 1

基準6-3-3

職員の求めに応じて収支の状況を提示できるよう努めている。

<根拠>

- ・いのちの応援者として財形管理されており、各事業の仕分けが適切にされている。

<評価結果>

評点 1

基準6-3-4

内部監査等によって財務や会計に複数の人が目を通して

＜根拠＞

- ・職員に周知されている

＜評価結果＞

評点 1

基準6-3-5

財務状況を示す資料等が整備されている。

＜根拠＞

- ・適切に管理されている。

＜評価結果＞

評点 1

6-4 業務管理の合理性と適切性

基準6-4-1

管理者等が、施設及び利用者の状況を把握している。

＜根拠＞

- ・院長、助産院管理者で実践している。
- ・連絡網の作成及び平常時及び休日の管理責任体制について明文化され、適切に記録されている。

＜評価結果＞

評点 1

基準6-4-2

コンピュータ等の情報機器の導入に努めている。

＜根拠＞

- ・将来性において必要と考える

＜評価結果＞

評点 1

基準6-4-3

入院室管理を円滑に調整する体制が整っている。

＜根拠＞

- ・適正に管理されている。

<評価結果>

評点 1

基準6-4-4

助産所の広報活動を適切に行っている。

<根拠>

- ・助産所の基本方針の周知を図るために整備され見直されている。

<評価結果>

評点 1

基準6-4-5

情報公開のための体制が整備されている。

<根拠>

- ・パンフレットやインターネットのホームページで情報公開されている。
- ・広報担当者を決めており、担当者を中心に内容の見直しが行われている。
- ・分娩件数や連携医療機関が明示されているとさらに良いと考える。

<評価結果>

評点 1

基準6-4-6

過去の活動を評価する資料のまとめを行い、その記録が保管されている。

<根拠>

- ・適宜まとめられている。

<評価結果>

評点 1

自己点検評価票

審査結果評点

第1章 助産所の理念と管理運営の基本的事項

評価項目	評価基準	評価	点数
1-1 助産所の理念	<p>基準 1-1-1 助産所においては、その理念を明確に定め、それを基本方針や活動目標として、助産実践に反映している。</p> <p>基準 1-1-2 助産所においては、その理念を職員に周知し、利用者に公表している。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 助産所における理念は、特定非営利法人のちの応援者の基本理念「その人らしさ」に基づいて「その人らしいお産」をという理念を掲げ、母と子どもの安全を確保すること共に、親子の絆の大切さに地域に根差した助産を展開している。 パンフレット及びホームページで、助産所の基本方針に基づいた具体的な活動計画を成文化し、助産所を訪れる利用者への周知を図っている。 いこのちの応援者の職員として、より実践的な助産業務を目標に活動できるシステムになっている。 理念は助産院の玄関や待合ホールに掲示されている。 	1
1-2 事業計画	<p>基準 1-2-1 助産所の理念や基本方針を具体化するための年間予算が立てられ、事業計画が作成され、職員に周知されている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 各事業担当者のミーティングを通して活動目標の周知を図っており、適宜見直しの機会を設けている。 安産管理基準で年間事業計画と予算案の作成を基準化し、月次決算を踏まえながら経営状況を確認している。人事管理は就業規則に基づいて適切に行われている。 地域の偏在から常勤助産師の採用が困難であり、定員7名中5名が非常勤であるが、月間分娩数7例程度に際しては定員を満たしている。 「その人らしいお産」を提供するための事業目標に沿って、一線で働く助産師に責任と権限が与えられ意思決定が行われている。 	1

1-3 管理体制	基準 1-3-1 助産所の組織が明確になっており、組織図がある。	1	<ul style="list-style-type: none"> 組織図が明確化されている。
	基準 1-3-2 助産所全体の連絡調整会議を定期的に開催している。		<ul style="list-style-type: none"> 業務記録は大学ノートに記載され、各自がサインすることで内容を周知している。
1-4 職員の教育・研修	基準 1-4-1 助産所の理念を具現化するために、職員が研修を受けられる体制が整っている。	1	<ul style="list-style-type: none"> 研修等への参加記録は大学ノートに記録されている。 スタッフの雇用形態が非常勤ということで研修に出やすい状況とはいえませんが、助産師としてのキャリア開発を推進している。
	基準 1-4-2 施設内で定期的に、あるいは必要に応じて、助産実践技術向上の研修伝達や検討が行われている。		<p>基準 1-4-1 と同じ。</p> <ul style="list-style-type: none"> 実践されている。

第2章 妊産婦及び新生児の権利と安全の確保

項 目 評 価	評 価 基 準	評 価	点 数
2-1 妊産婦の権利を尊重する方針	<p>基準 2-1-1 助産所で行われる妊産婦への全ての助産行為に対して、事前に説明が行なわれている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・毎朝、始業前、スタッフ全員でカンファレンスを実施している。前日前夜の実施事項、当日実施予定の業務の伝達がなされ、カンファレンスノートに記載されている。また、伝達事項に関しては、確認サインを行っていた。 ・妊産婦や家族などの説明に必要なパンフレットは整備され、随時持ちかえることができる。 	1
	<p>基準 2-1-2 妊産婦に説明された内容は、日付とともに書面に記載され、妊産婦は同意の署名を行なっている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・カルテ等の書類から、同意の署名は適切に処理されている。 	1
	<p>基準 2-1-3 職員が、妊産婦や家族への説明と同意の必要性を理解している。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・助産所管理者がスパーバイザーの役割を担っており、理事長と管理者のどちらかが必ず在住し、スタッフと共に業務に従事している。 	1
	<p>基準 2-1-4 出産に際しては、妊産婦の意向が確認され、妊産婦との話し合いがもたれている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・助産所分娩を決定する際、夫や両親の同意も確認しており、助産所分娩の説明は1日かけるなど納得ゆくまで説明する。 ・バーズプランも妊婦と共に考え作成している。出産後の方からの満足度は高い。 	1
	<p>基準 2-1-5 妊産婦及び新生児の情報について、守秘義務が守られている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・診察室及び入所室、指導室等は個室になっており、プライバシーの配慮がされている。 ・記録類は保管場所が確保され、災害持出し用としてサマリーが別冊になっている。就業規則の中に明記されている。 	1
	<p>基準 2-1-6 提供されるケアの料金が明確である。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・診察室に明記され掲示されている。 	1

<p>2-2 安全確保のための体制・手順</p>	<p>基準 2-2-1 医療法に基づく体制が整備されている。</p> <p>基準 2-2-2 緊急時に用いる薬剤の使用に関して、関与する医療者間（嘱託医師等を含む）で検討される機会がある。</p> <p>基準 2-2-3 施設の管理者名を施設利用者には、院内の適当な場所に明示している。</p> <p>基準 2-2-4 分娩時には、複数の助産師が関わる体制が整っている。</p>	<p>・感染防止マニュアルが作成されている。管理者が病院勤務時代に感染管理者認定を受けており、細部にわたり感染防止に対する注意がされている。環境整備に関しても酸性水を使用しており、感染廃棄物も適正に処理されている。</p> <p>・施設内に助産師会の事務所もあり、定期的に必要な研修会が開催されている。</p> <p>・施設内に助産院管理者の明示がされおらず、規定に基づく掲示を依頼する。</p> <p>・薬品管理に関しては、専用の冷蔵庫が設けられており、嘱託医や嘱託医療機関との合意のもと適正に管理されている。</p> <p>・医療機器の仕様書は整備されている。</p> <p>・保守点検はされているが、機種によっては記載がなく、保守点検日時や確認者名の記載を速やかに依頼する。</p> <p>・医療法の改正、助産所業務ガイドライン改正等本部からの伝達事項は、助産師会支部事務所を併設しているため、連絡入り次第スタッフに周知している。</p> <p>・安全管理指針も整備されており、職員も承知していた。</p> <p>・緊急時に用いる薬剤は整備されている。</p> <p>・嘱託医・嘱託医療機関との連携も良く、書類の整備もされている。搬送した場合等は、その都度事例検討がされている。必要によっては、医師を招き事例を元に研修会も開催している。</p> <p>・施設の管理者名は施設利用者に分かるように表示され、記録類に明記されている。カンファレンス時でも共有している。</p> <p>・助産録及び記録などに担当者が明示されている。</p> <p>・常勤助産師と非常勤助産師で分娩を実施している。</p>
--------------------------	---	---

基準 2-2-5 診察・ケア体制の責任が明確になっている。	<ul style="list-style-type: none"> ・診療・入院における責任体制および責任者は明確に示されている。 	1
基準 2-2-6 医療法第 19 条に基づく嘱託医師及び嘱託医療機関との連携が整っている。	<ul style="list-style-type: none"> ・診察室に明示され、書類は整備されている。 	1
基準 2-2-7 医療法第 19 条に基づく嘱託医師及び嘱託医療機関以外の医療機関や保健所等、必要な関連施設との連携が整っている。	<ul style="list-style-type: none"> ・一覧表が診察室に明示されている。 	1
基準 2-2-8 自宅分娩等、在宅支援を行う場合の安全が確保されている。		非 該 当
基準 2-2-9 他施設へ紹介する妊産婦・新生児の転院や搬送の手順が整っている。	<ul style="list-style-type: none"> ・手順が整備されている。 ・搬送事例は、助産師会支部へ報告しており、その控えは保管されている。 ・搬送事例は、その都度ケースカンファレンスを実施している。 	1
基準 2-2-10 助産所業務ガイドライン及び遵守すべきものに沿った助産業務を行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ・嘱託医及び嘱託医療機関との搬送基準は明確にされている。 ・搬送基準はスタッフが確認できる場所に掲示され、文章化されている。 	1
基準 2-2-11 分娩件数の報告や転院／異常報告を適切に行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ・分娩件数・搬送件数とも助産師会に報告しており、その控えは整理されている。 ・転院／搬送報告書の控えは、整理され保存している。 	1

	<p>基準 2-3-1 安全管理指針に基づく医療事故発生時の対応が整っている。</p>	<p>1</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療事故発生時の手順は明文化されている。 ・出産時の突発的なアクシデントにも適切に搬送しており、その際の記録も整理されている。搬送後の事例検討もスムーズに検討され、助産院では適宜に産科医を交えた勉強会を開催している。
<p>2-3 事故への責任</p>	<p>基準 2-3-2 災害等に備えて、防災・防犯・安全対策に関する妊産婦や新生児への対応が検討されている。</p>	<p>1</p> <ul style="list-style-type: none"> ・防災に関しては、避難経路も明確にされており各入所室等に掲示されている。 ・防災責任者は建物の入り口に掲載されていたが、施設内の所要箇所に明示されていないかった。 ・防災マニュアルは作成され職員は防災マニュアルを承知していた。 ・安全管理上では、直接に入所施設に入ることではできず、防犯の面でも問題ない。さらに、近隣在住の職員が多く、常勤職員家族も含め支援体制は十分に整っている。
	<p>基準 2-3-3 医療事故への対応に必要な対策をたてている。</p>	<p>1</p> <ul style="list-style-type: none"> ・常勤勤務者は保険に加入し診察室に掲示されている。

第3章 地域における役割

評価項目	評価基準	評価	点数
	<p>基準 3-1-1 地域における母子保健の動向を把握し、施設の活動に関連付けている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・県の人口動態資料が保管されており、近辺市部も合わせて把握している。 ・香川県助産師会事務所が同じ建物内にあり、助産師会活動に積極的に参加している。香川県の助産師との関連を深め、助産所運営の効率化を推進している。 	1
<p>3-1 助産所の地域における役割機能</p>	<p>基準 3-1-2 助産所の地域における役割や機能を施設内で検討している。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・院長は地域の保健衛生向上にかかわり、特に性教育の講演等による保健文化賞を受賞し福祉分野に貢献している。一方、助産所責任者のM助産師2人の活動は画期的で、ホームページやマスコミ誌でも紹介されている。 ・助産師の仕事として、子どもから老人までの支援は香川県全体に及んでいる。それらの活動は上記の管理者および責任者としてのリーダーシップの役割を十分に発揮し、助産所内の業務を圧迫することなく責務をこなしている。このことは非常勤の助産師の面接で院長の果たす役割を十分に理解し、その意義を十分に理解し、そのことがスタッフの理想的な助産師像に運動している事実を知ることができた。 	1
<p>基準 3-1-3 地域住民に対する健康支援活動(教育・相談等を含む)を施設内外で行っている。</p>		<ul style="list-style-type: none"> ・活動をまとめた冊子や記事が保管されている。 	1
<p>基準 3-1-4 地域における災害時の緊急活動に参加する体制が整えられている。</p>		<ul style="list-style-type: none"> ・対応マニュアルが保持されている。ただし、想定されている災害が限定的である(歴史的・地形的に優先される者が中心)ので、日本助産師会の防災マニュアルなどを参照されることを勧めた。 	1

3-2 地域教育への研修公開の	基準3-2-1 助産所での研修会や研究会を地域に公開している。	<ul style="list-style-type: none"> ・業務日誌及び研修記録に記録され保管されている。 	1
	基準3-2-2 学生の実習や研修、卒後研修を受け入れている。	<ul style="list-style-type: none"> ・業務日誌及び研修記録に記録され保管されている。 	1

第4章 妊産婦及び新生児へのサービス

項目評価	評価基準	評価	点数
4-1 利便性への配慮	<p>基準 4-1-1 妊産婦や新生児が受診する際の利便性が図られている。</p>	<p>・外来診察では、1人1時間の診察時間が守られており、急な来診でも院内設備・部屋を利用し、外来担当をしていない院長や助産師が適切に対応している。時間が取れない場合には、圏内の助産院を紹介し、連携システムが機能している。また妊婦のヒアリングでも、連携システムが細かな配慮のもとに実施されていることが伝わってきた。</p> <p>・近隣の大学病院との連携についても、館内掲示物や情報提供書などで確認した。・その他、個人病院との連携についても、母親のインタビュアーから、妊産婦の不安解消に寄与している旨を把握できた。</p>	1
4-2 サービスの充実	<p>基準 4-2-1 施設利用者に対するサービス内容がわかりやすくなっている。</p>	<p>・院内掲示の表示の文字は併設している老人施設の利用者にも見やすいように明示され、妊産婦とその家族に反映され助産所の理解が深まるように取り組んでいる。</p> <p>・助産所は十分な施設面積があり、約10畳ほどの入院室やその他の部屋・スペースを使い十分配慮されている。</p>	1
4-2 サービスの充実	<p>基準 4-2-2 サービス改善に取り組んでいる。</p>	<p>・書面および管理者・職員側からのヒアリングを行い、双方が接遇の意識をもっていきること、管理者がさらに高いものを目指し比較的若い職員を指導するよう毎日声をかけていることなど、やる気がいいの向上に取り組んでいた。</p> <p>・実際の診察場面ではほとんど待ち時間がないことを確認できた。</p> <p>・業務管理では、リネン類の交換を行う職員を毎朝確認し、手が空いている職員も手伝うなどの協力体制が見られた。また病後児保育を担当した者は入院室への出入りやリネン類の接触をしない等の点も徹底されている。</p>	1

		<ul style="list-style-type: none"> ・食事は、利用者にヒアリングし、産地の農村部の利も活かした野菜などを工夫した献立を提供していた。助産所の特徴が反映されていた。 ・意見箱の活用について承知した。 	
	基準 4-2-3 情報開示ができる体制が整備されている。	<ul style="list-style-type: none"> ・カルテの保管状況と利用者へのヒアリングで確認できたが、これまで開示が要求された事例はなかった。助産録の開示規程を策定している。 	1
4-3 継続 ケア の実 施	基準 4-3-1 継続ケアの実施体制が整っている。	<ul style="list-style-type: none"> ・外来を主に担当するものと、分娩を主に担当するものが決まっておろりかつ双方の申し送りや妊娠期から子育て期まで一貫して全員の助産師で見守る体制がとられている。診察者・ケア実施者は署名し明確に記録されている。また利用者からのヒアリングで利用者からもこうした体制が評価されている。 	1
4-4 家 族 へ の 支 援	基準 4-4-1 妊産婦及び新生児の家族への支援体制が整備されている。	<ul style="list-style-type: none"> ・診察の実際を見学し、妊婦とその家族へのヒアリングから支援体制を確認した。 ・入院中の母見はなかったため、産後健診の母見とその家族への育児相談・退院後フォロー体制を確認した。 ・1時間の時間をとり、妊婦の外来とは別の部屋も用いながら（十分な広さの部屋で）相談にのり、母親やその家族からも不安がないことが伝わってきた。 	1

第5章 ケアの適切な提供

項目	評価基準	評価	点数
5-1 組織整備	基準 5-1-1 助産所の方針を達成するために、必要な人的資源(栄養士・鍼灸師等)を活用している。	<ul style="list-style-type: none"> ・組織図あり。 ・職員は合同の朝礼で各々の仕事の確認をし、お互いにその情報を共有している点が評価できる。 	1
5-2 体制の確立	基準 5-2-1 ケアの充実のためのマニュアルを作成し、それに基づいたケアを提供している。	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマニュアルあり。その実行と見直しについて、実際のケア場면을現地調査で確認した。 ・職員へのヒアリングの結果、見直しは新たな事例ごとに行われており、ノートでその共有がなされている。 	1
5-3 ケアの評価	基準 5-3-1 妊産婦の経過等について、適宜、嘱託医師等との検討を行い、ケアの内容を見直している。	<ul style="list-style-type: none"> ・カルテで確認した。 	1
	基準 5-3-2 助産所全体としてのケアの評価を行っている。	<p>基準 5-3-1 と同じ。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・カルテで確認した。指針よりも細かな点について、毎事例ごとに受持った助産師と管理者が話し合い、変更点があればノートで周知していることを確認した。 ・アンケート等は実施されていないが、意見箱の設置及び、利用者からのヒアリングで常に聞く姿勢を示しているという評価を得ている。 	1
	基準 5-3-3 評価を活用したケアを提供している。	<p>基準 5-3-2 と同じ。</p>	1

	<p>基準 5-3-4 施設において定期的に事例検討会を行っている。</p>	<p>1</p> <ul style="list-style-type: none"> 事例検討会が日常的に行われていることで記録整備がなされにくいことがヒアリングで把握できた。
	<p>基準 5-3-4 助産所機能について、毎年自己評価を行っている。</p>	<p>1</p> <ul style="list-style-type: none"> 事前資料の内容から、病院機能評価を参考に、従来から資料の準備などを行ってきたと思われたが、そのことを現地調査で書類・管理者ヒアリングにより確認した。
5-4 助産師 能力 開発	<p>基準 5-4-1 職員が学会や研修会に参加している。</p>	<p>1</p> <ul style="list-style-type: none"> 研修記録を確認した。
	<p>基準 5-4-2 職員の研究や研修の成果について公表に努めている。</p>	<p>1</p> <ul style="list-style-type: none"> 発表資料等を事前資料と確認した。
5-5 ケア提供 環境 整備 のための	<p>基準 5-5-1 ケア提供のための図書・雑誌が整備され、職員に利用されやすくなっている。</p>	<p>2</p> <ul style="list-style-type: none"> 書籍も最新のもものが購入されていない点があるが、診察室・待合室を中心に頻繁に用いる書籍などを備えているなど工夫がみられる。
	<p>基準 5-5-2 ケアの提供に必要な器材や備品を適切に管理している。</p>	<p>2</p> <ul style="list-style-type: none"> 薬剤の管理表などを確認した。 更新の頻度が明記されていないかった。

第6章 助産所運営管理の合理性

項目評価	評価基準	評価	点数
6-1 情報管理の適切性と合理性	<p>基準 6-1-16 個人情報保護法に準じて、個人情報(電子情報を含む)の管理体制が整っている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 助産録は保管・管理され、個人情報管理も取り扱い規定(助産録開示など)に基づいて適切に管理されている。 ・ 利用者情報は紙媒体で保管され、看護室で適切に保管されている。 ・ 電子カルテ化はされていないが、メール、医療記録(助産録)などの管理は適切に処理されている。 	1
	<p>基準 6-1-2 保健師助産師看護師法第 42 条に基づいた助産録の内容と保存が守られている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 適切に管理されている。規定に基づいて作成されている。 	1
6-2	<p>基準 6-2-1 職員の必要人数が確保されている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 常勤 2 名、非常勤 5 名で業務上の支障はないが、業務量に対応した適正な構成の確立では常勤助産師の積極的な増員が望まれる。 	1
	<p>基準 6-2-2 職員の勤務評定を行うように努めている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 勤務評定はされていないが、業務評価として講習会などへの参加の推進などで反映されており、昇進の基準はないが能力が評価されている。 	1
	<p>基準 6-2-3 職員が退職を希望している際に、その理由を把握している。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退職に関する記録の保存は特にないが面接で確認できた。 	2
	<p>基準 6-2-4 労働基準法に準じた労務管理が行われている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 就業規則、賃金規定に基づいている。 	1
	<p>基準 6-2-5 職員の採用時には、管理者(院長)及び被雇用者が、面接によって相互の条件を確認しあっている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 適正である。 	1
	<p>基準 6-2-6</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 定期健康診断は適正に実施されている。 	1

	職員は定期的に健康診断を受けている。		
6-3 財務管理の合理性・適切性	基準 6-3-1 収益や費用に関する分析を必要に応じて行っている。	1	・会計士により管理され、年毎に経理簿として整理されている。
	基準 6-3-2 予算計画を立てる際に、職員の意見を聞いている。	1	・職員の意見は反映されていないが、日常を通して職員の要望を聞き入れている。
	基準 6-3-3 職員の求めに応じて収支の状況を提示できるよう努めている。	1	・いのちの応援者として財形管理されており、各事業の仕分けが適切にされている。
	基準 6-3-4 内部監査等によって財務や会計に複数の人が目を通している。	1	・職員に周知されている。
	基準 6-3-5 財務状況を示す資料等が整備されている。	1	・適切に管理されている。
6-4 業務管理の合理性と適切性	基準 6-4-1 管理者等が、施設及び利用者の状況を把握している。	1	・院長、助産院責任者で実践している。 ・連絡網の作成及び平常時及び休日の管理責任体制について明文化され、適切に記録されている。
	基準 6-4-2 コンピュータ等の情報機器の導入に努めている。	1	・将来性において必要と考える。
	基準 6-4-3 入院室管理を円滑に調整する体制が整っている。	1	・適正に管理されている。
	基準 6-4-4 助産所の広報活動を適切に行っている。	1	・助産所の基本方針の周知を図るために整備され見直されている。
	基準 6-4-5 情報公開のための体制が整備されている。	1	・パンフレットやインターネットのホームページで情報公開されている。 ・広報担当者を決めており、担当者を中心に内容の見直しが行われている。

		分婉件数や連携医療機関が明示されているとさらに良いと考える。	
基準 6-4-6 過去の活動を評価する資料のまとめを行い、その記録が保管されている。		<ul style="list-style-type: none"> ・ 適宜まとめられている。 	1

ぼっこ助産院 提出資料一覧

(評価項目)		(評価基準)		解釈指針 No.	チェック欄	解釈指針No.に該当する資料
1-1	助産所の理念	1-1-1	助産所においては、その理念を明確に定め、それを基本方針や活動目標として、助産実践に反映している。	1-1-1-1	○	助産所の理念・年毎の活動目標等が明文化された資料
				1-1-1-2	○	
1-3	管理体制	1-3-1	助産所の組織が明確になっており、組織図がある。	1-3-1-1	○	助産所の組織図
2-1	妊産婦の権利を尊重する方針	2-1-1	助産所で行われる妊産婦への全ての助産行為に対して、事前に説明が行われている。	2-1-1-2	○	説明に必要なパンフレット等の資料
		2-1-6	提供されるケアの料金が明確である。	2-1-6-1	○	提供されるケアの料金が細目に分けて明示してある資料
2-2	安全確保のための体制・手順	2-2-1	医療法に基づく体制が整備されている。	2-2-1-1	○	安全管理指針、機器の保守点検指針、薬剤管理指針、感染対策指針の資料。 会議録・研修会参加記録、改善方策がわかる資料等は現地確認。
				2-2-1-2	○	
				2-2-1-3	○	
		2-2-2	緊急時に用いる薬剤の使用に関して、関与する医療者間（嘱託医師等を含む）で検討される機会がある。	2-2-2-1	○	包括指示によって用いる薬剤の種類と用途を記載した資料
		2-2-6	医療法第19条に基づく嘱託医師及び嘱託医療機関との連携が整っている。	2-2-6-2	○	嘱託医師及び嘱託医療機関との契約・合意内容が明記された資料
		2-2-8	自宅分娩等、在宅支援を行う場合の安全が確保されている。	2-2-8-1	該当しない	在宅支援が可能な妊産婦の基準が記載された資料
				2-2-8-2	○	後方支援の医療機関の一覧表
2-2-10	助産所業務ガイドライン及び遵守すべきものに沿った助産業務を行っている。	2-2-10-1	○	医師と共同管理すべき妊産婦・新生児の基準と対応の記載資料		
2-2-11	分娩件数の報告や転院／異常報告を適切に行っている。	2-2-11-2	○	助産師会に報告した母体及び新生児の転院／異常報告書		
2-3	事故への責任と対応	2-3-1	安全管理指針に基づく医療事故発生時の対応が整っている。	2-3-1-1	○	事故発生時の対応手順を明文化した資料
		2-3-2	災害等に備えて、防災・防犯・安全対策に関する妊産婦や新生児への対応が検討されている。	2-3-2-2	○	防災・防犯等の安全対策に関する妊産婦や新生児の対応マニュアル
		2-3-3	医療事故への対応に必要な対策をたてている。	2-3-3-1	○	助産所賠償責任保険の保険証の写し
				2-3-3-2	該当しない	助産所勤務助産師が加入した責任保険の写し
2-3-3-3	○	産科医療補償制度の加入証の写し				
3-1	助産所の地域における役割機能	3-1-1	地域における母子保健の動向を把握し、施設の活動に関連付けている。	3-1-1-1	○	地域の母子保健統計が把握できる資料
4-2	サービスの充実	4-2-2	サービス改善に取り組んでいる。	4-2-2-4	○	入院中の妊産婦に提供された食事の献立表（一部）
5-1	組織の整備	5-1-1	助産所の方針を達成するために、必要な人的資源（栄養士・鍼灸師等）を活用している。	5-1-1-1	該当しない	助産所が活用している専門職の活動状況が記載された資料
5-2	チーム体制の確立	5-2-1	ケアの充実のためのマニュアルを作成し、それに基づいたケアを提供している。	5-2-1-1	○	ケアマニュアルや指針、及び見直し日時がわかる資料
6-1	情報管理の合理性と適切性	6-1-2	保健師助産師看護師法第42条に基づいた助産録の内容と保存が守られている。	6-1-2-2	○	助産録を含む医療記録一式（記載のないもの）
6-2	人事管理の合理性と適切性	6-2-4	労働基準法に準じた労務管理が行われている。	6-2-4-2	○	就業規則（人事規定・職務規定・給与規定等）が記載された資料
6-4	業務管理の合理性と適切性	6-4-4	助産所の広報活動を適切に行っている。	6-4-4-2	○	助産所の広報のためのパンフレット、ホームページのコピー（一部）等
		6-4-5	情報公開のための体制が整備されている。	6-4-5-1	○	情報公開（助産所の理念、助産所で対応可能な妊産婦・新生児の基準、助産所組織、業務内容、分娩統計、連携医療機関等）の状況を示すパンフレット、ホームページ等の資料

助産所適格認定マークについて

2010年10月29日 理事会承認

1. 助産所適格認定マーク

助産所評価で認定された助産所のみが使用できる助産所適格認定マークです。

注) 助産所適格認定マークの使用には制限があり、WEBサイトから複製することを禁止します。また、実際の助産所適格認定マークに『COPY』の文字は含まれません。

2. 助産所適格認定マーク使用規則について

当機構が行う助産所評価事業において、認定証が発行された助産所（以下認定助産所）は、当機構が発行する助産所適格認定マークを使用するにあたって、以下のことを遵守してください。

1) 使用・表示可能媒体

- (1) 認定助産所のパンフレットなど広報活動媒体
- (2) 認定助産所の名称が記載されている封筒や用紙類
- (3) 認定助産所に従事する者が業務範囲で使用する名刺や名札
- (4) 認定助産所が開設しているwebサイト



2) 使用・表示許可期間

- (1) 認定助産所は、当機構が設定している認定有効期間においてのみ、助産所適格認定マークを使用することができます。
- (2) 認定助産所は、認定有効期間が終了後、直ちに助産所適格認定マークの使用を中止しなければなりません。

3) 認定停止・取り消し時の取り扱い

- (1) 当機構が、助産所評価手続規則 第17条に定める「認定の取り消し」が発生した場合には、当該認定助産所は、直ちに助産所適格認定マークの使用を中止しなければなりません。

4) 助産所適格認定マークの取り扱い

助産所適格認定マークの取り扱いにおいては、別途定める認証評価認定マーク使用要綱に従ってください。

使用目的	認定評価認定マーク使用要綱(収録CD-ROMに添付)に従い使用		
データ形式	jpg.形式	納品媒体	CD-ROM

5) 助産所適格認定マークの使用許諾

助産所適格認定マークは、認定証が発行された特定の一助産所のみが使用できます。

認定証が発行された場合であっても、他の助産所が助産所適格認定マークを複製して使用することはできません。

助産所適格認定マークの使用要綱

2010年10月29日 理事会承認

第1条 趣旨

本要綱は、日本助産評価機構（以下「機構」という。）が発行する助産所適格認定マークを、適正に使用するために定めるものである。

第2条 定義

本要綱において、助産所適格認定マークとは、機構の認定評価を受けた助産所が機構の定めた認定評価基準（以下「基準」という。）を満たしたことをよりわかりやすく社会に示すために発行するものである。

第3条 適用範囲

機構の認定評価を受け、評価基準を満たし認定証を受領した助産所（以下「当該助産所」）に適用する。

第4条 助産所適格認定マークの提供など

- (1) 機構は、当該助産所に認定マークを電子的画像データで提供する。
- (2) 認定マークの提供を受けた当該助産所は、本要綱により認定マークを適切に使用すること。

第5条 助産所適格認定マークの構成

助産所適格認定マークには、認定証を発行した年月日および助産所名を表示する。

第6条 助産所適格認定マークの使用表示可能媒体

当機構が発行する認定証および助産所適格認定マークの使用・表示可能媒体は、次の通りである。

- (1) 認定助産所のパンフレットなど広報活動媒体
- (2) 認定助産所の名称が記載されている封筒や用紙類
- (3) 認定助産所に従事する者が業務範囲で使用する名刺や名札
- (4) 認定助産所が開設しているwebサイト

第7条 使用・表示許可期間

当機構が制定する認定書および助産所適格認定マークの使用期間は、5年間である。

第8条 認定マークの表示方法

- (1) 認定証マークのデザイン、色、使用書体は、提供したデータを使用し、改変を行わないこと。

- (2) 認定証マークのサイズは、拡大または縮小して使用できるが、その際の各部の比率を変更しないこと。また、最小サイズは、欄内にある機構ロゴマークが10mm以下にならないようにすること。
- (3) 認定証マークの一部のみの使用や認定マークの変形、または他の図形や文字と重ねて使用しないこと。

第9条 認定マークの管理

- (1) 提供されたデータの解像度を低下させるなど画像を劣化させる改変をしてはならない。
- (2) 機構から提供された電子的画像データの保護および漏洩防止のため適切な管理を行うこと。
- (3) 外部の業者にデータを提供する場合も、上記(1)(2)の内容を遵守させること。

第10条 認定マークの禁止

- (1) 認定マークは、当該助産所が評価基準を満たしたと認定されたことの広報などに活用するものであるが、以下に該当する場合は、使用を禁止するものとする。
 - ア、法令及び公序良俗に反し、又はそのおそれがある場合
 - イ、機構の信用やイメージを失墜させると認められる場合
 - ウ、認定マークを自己の商標・意匠として使用、又はそのおそれがある場合
 - エ、特定の政治、思想、宗教などの活動の目的に利用しようとする場合
 - オ、その他、使用要綱に反すると認められた場合
- (2) 機構は、使用条件に違反した場合に使用を禁止することができる。この場合の使用物件の回収等、使用禁止に伴い発生する費用の一切は、認定マークの使用者が負担することとする。
- (3) 認定マーク受領後に使用者が第三者との間に起こしたトラブル等については、機構は一切の責任を負わない。

付 則

この要綱は、2010年10月29日から施行する。

特定非営利活動法人日本助産評価機構

助産実践評価部・評議会

評議員名簿

2011年1月24日現在

開業助産師

- 岡本 喜代子 (社)日本助産師会 専務理事
- 神谷 整 子 みづき助産院 院長
- 山本 詩 子 山本助産院 院長

勤務助産師

- 鈴木 久美子 山梨大学医学部附属病院 看護部長
- 福井 トシ子 杏林大学病院 看護部長

教 育

- 島田 啓 子 金沢大学 教授
- 平澤 美恵子 日本赤十字看護大学 教授

有 識 者

- 井上 裕 美 湘南鎌倉総合病院 副院長
- 北村 理 産経新聞社 記者

(五十音順、敬称略)

※ ○は議長

特定非営利活動法人日本助産評価機構

役員名簿

2011年1月24日現在

理事長	恵美須 文枝	愛知県立大学大学院 教授
副理事長	武田 智子	武田助産院 院長
副理事長	五十嵐(加納)尚美	茨城県立医療大学 教授
理事	市川 香織	(社)日本助産師会 事務局長
理事	江藤 宏美	聖路加看護大学 准教授
理事	岡本 喜代子	おたふく助産院 院長
理事	北川 真理子	名古屋市立大学 教授
理事	平澤 美恵子	日本赤十字看護大学 教授
理事	堀内 成子	聖路加看護大学 教授
理事	村上 明美	神奈川県立保健福祉大学 教授
理事	村上 睦子	前日本赤十字看護大学 教授
理事	毛利 多恵子	毛利助産院 院長
監事	小田切 房子	(社)日本助産師会 埼玉県支部長
監事	近藤 潤子	天使大学 理事長

(五十音順、敬称略)

特定非営利活動法人日本助産評価機構

助産実践評価部・評価委員会

評価委員名簿

2011年1月24日現在

部長：村上 睦子 前日本赤十字看護大学 教授
委員長：毛利 多恵子 毛利助産院 院長

開業助産師

多賀 佳子 多賀助産院 助産師
中島 桂子 中島助産院 院長
山田 美也子 ホームバースなごみ 助産院 院長

勤務助産師

石川 紀子 総合母子保健センター愛育病院 助産師長
黒川 寿美江 聖路加国際病院 助産師
山岸 由紀子

教 育

野口 恭子 岩手県立大学 准教授
村上 明美 神奈川県立保健福祉大学 教授

有 識 者

小谷 博子 東京電機大学先端工学研究所 研究員
白井 千晶 早稲田大学 非常勤講師

(五十音順、敬称略)

特定非営利活動法人日本助産評価機構

助産実践評価部・評価チーム

評価員名簿

2011年1月24日現在

< ぽっこ助産院評価チーム >

主査	村上 睦子	前日本赤十字看護大学 教授
副査	江角 二三子	高崎市医師会看護専門学校
評価員	藤井 ひろみ	神戸市看護大学 講師

.....

有森 直子	聖路加看護大学 准教授
石川 紀子	総合母子保健センター愛育病院 助産師長
黒川 寿美江	聖路加国際病院 助産師
小谷 博子	東京電機大学先端工学研究所 研究員
白井 千晶	早稲田大学 非常勤講師
多賀 佳子	多賀助産院 助産師
武田 智子	武田助産院 院長
中島 桂子	中島助産院 院長
野口 恭子	岩手県立大学 准教授
村上 明美	神奈川県立保健福祉大学 教授
毛利 多恵子	毛利助産院 院長
柳澤 美香	ちほ助産院 助産師
山岸 由紀子	
山田 美也子	ホームバースなごみ 助産院 院長

(五十音順、敬称略)

ぽっこ助産院 助産所評価報告書

2011年2月28日

〒111-0054 東京都台東区鳥越2丁目12-2 日本助産師会館3階

特定非営利活動法人日本助産評価機構 助産実践評価部

電話&Fax : 03-3866-3180 メール : office@josan-hyoka.org

ホームページ : <http://josan-hyokka.org>