

黄疸	<ul style="list-style-type: none"> • 生後24時間以内に認められる • 生理的範囲を逸脱する • 光線療法の基準に達する
排泄の異常	<ul style="list-style-type: none"> • 尿性状の異常、出血など • 24時間以内に排尿がない • 便の性状の異常 • 24時間以内に排便がない • 下痢が続き脱水症状がある • 体重減少が続く
哺乳力の不良	左記の症状が認められる場合
体重増加不良	
活気不良	
なんとなくおかしい (not doing well)	

退院診察では、上記内容をもとに総合的に判断する。報告の目安に該当する症状が予測される、あるいは出現している場合には医師に報告する。

2-3 院内助産における分娩監視装置の装着基準

分娩時の胎児心拍数モニタリングが、間歇的胎児聴診法に比較して産科予後を大きく改善したとのエビデンスは存在しないといわれている。そのため、院内助産における産婦への分娩監視装置の装着基準（ローリスク妊婦に限る）を以下に示した。

入院時

分娩監視装置を装着し、胎児がreassuring status（状態良好）であることを確認する。

分娩室入室時

子宮口が全開し分娩室に入室した時点、LDRにおいては分娩介助の準備を始める時に分娩監視装置を装着する。

上記以外、急に陣痛が強くなった時や破水時など担当助産師の判断において適宜装着する。

分娩監視装置を装着しない場合の間歇的胎児聴診法による胎児心拍数の観察は、産婦と助産師の1対1の対応で頻回に聴診を行う必要がある（分娩第1期15分ごと、分娩第2期5分ごとに子宮収縮の1サイクル以上聴くことを原則とする）。また、パルトグラムへは、最低1時間ごとに記録しておく。

2-4 院内助産を担当する助産師の基準

助産師免許取得後3～5年以上の臨床経験をもつ助産師で100例程度の分娩介助経験があることが望ましい。両親学級、母親学級、母乳相談などの保健指導経験を有し、院内外で必要な研修を受講しており、以下の能力を有している助産師が望ましい。

- 確実な問診・聴診・触診技術
- 母体・胎児の健康状態のアセスメントとスクリーニング能力
- 産婦・褥婦のニーズの把握と情報の選択能力
- 分娩期・産褥期のトラブルやリスクへの対応能力
- 異常発生時の対処能力
- 産婦・褥婦とその家族とのコミュニケーション能力
- 関係者・部署との連携能力

3 記録

記録は医師との共有を原則とし、情報の一元化をはかる。

また、保健師助産師看護師法第41条に助産録の記載及び保存に関する事項が示されている。