

# NICU に入院した新生児のための 母乳育児支援ガイドライン (解説編)

日本新生児看護学会 日本助産学会  
平成 22 年 4 月

平成 18 年度・19 年度 NICU 入院児の母乳育児支援委員会

日本新生児看護学会

横尾京子(委員長) 宇藤裕子 木下千鶴

長内佐斗子 村木ゆかり

日本助産学会

栗野雅代 岡永真由美 高田昌代

## I. はじめに

母乳育児は栄養学的、免疫学的に、また母子関係形成上も優れており、NICUでは積極的に母乳育児支援に取り組んでいる。その取り組みの骨子は、1) 直接授乳(直接母親の乳房から授乳すること)ができない間は、搾乳し、母乳を栄養チューブから与える、2) 直接授乳が可能となるまで母乳分泌を維持する、3) 直接授乳を成功に導くである。これらの取り組み、特に、直接授乳を成功に導くには、看護者による出産直後からの精神的サポート、情報提供や助言が不可欠であり、特別な技術が必要である。

平成20年度診療報酬改定に際して、看護系学会等社会保険連合は保険点数化を希望する医療技術を募集した。そこで、日本新生児看護学会診療報酬検討委員会は、既述の理由から、ハイリスク新生児の直接授乳指導料を申請することにした。そのためには、母乳育児支援内容が標準化され、技術の有効性・技術の成熟度・普及性において一定のレベルが必要とされた。

NICUにおける母乳育児支援内容の標準化には、産科棟や外来の助産師との連携・協働が不可欠であるため、日本助産学会に協力を要請し、NICU入院児の母乳育児支援委員会を立ち上げることになった。第1回委員会を平成18年9月5日に開催し、第11回委員会(平成20年2月17日)において、「NICUに入院した新生児のための母乳育児支援ガイドライン」を完成させた。さらに、第12回委員会(平成20年4月27日)では、本ガイドラインに基づいた研修内容を作成した。

「NICUに入院した新生児のための母乳育児支援ガイドライン」が新生児に係わる人々に受け入れられ、NICUに入院した新生児と母親が、どの施設においても一定水準の標準的な支援が受けられることを願うものである。

## II. ガイドラインの目的

看護者は、すべての新生児が母乳で育てられるよう、特に、NICUに入院した新生児とその母親に対しても、一定水準の専門知識と技術を用いて、母乳育児を開始、継続できるよう支援する責任がある。

本ガイドラインは、このような考えのもと、NICUに入院したすべての新生児とその母親が、搾乳に始まり、可能な限り早期に直接授乳の経験を重ね、NICU退院後も、母親が主体的に、出来る限り長期に母乳育児を継続することができるよう、看護者に必要な標準的な考え方や方法を提示するものである。

## III. ガイドライン作成の手順

本ガイドラインは、NICUに入院した新生児の母乳育児支援のために必要とされている多数の項目の中から、EBMを用いた診療ガイドライン作成・活用ガイド<sup>注)</sup>を参考に、論文の科学的根拠の強さや推奨度等を考慮しつつ、NICUにおいて励行されるべき事項について整理し記述した。

本ガイドラインは10項から成るが、各項には解説をつけ、推奨する理由、背景となる理論やエビデンス、さらに、参考となる資料や図書を示した。具体的な手順等は除外したが、一部、資料として加えた。

注) 中山建夫, 金原出版株式会社, 2004

### 1. 論文の調査方法

論文の調査は、わが国およびWHOやUNICEF、国際認定ラクテーション・コンサルタントなどからの資料や欧米の母乳育児支援に関する主要な勧告や著書、Medline/Pubmed、Cochrane Library、Best Evidence、医学中央雑誌などのコンピュータ化されたデータベース、Evidence Based Medicine、ACP Journal Clubなどの2次情報雑誌を対象とした。さらに、必要に応じてハンドサーチも行った。

### 2. 科学的根拠の強さと推奨度

論文の科学的根拠の強さおよび推奨度は、Agency for Health Care Policy and Researchの基準を参考にランク付けをした(表1、表2)。推奨のランク付けは、4段階のところを、「強く推奨しない」というDレベルをAレベルに踏襲して3段階とした。それに合わせて、BおよびCレベルも肯定と否定の両方の表現とした。

論文の科学的根拠の強さと推奨度は必ずしも一致しない。Randomized Controlled Trial（無作為化比較対照試験、RCT）によらなくてもその研究結果が明白である場合は、例えば III-A というように扱った。科学的根拠の強さおよび推奨度は、委員会メンバーの合議によって決定した。

表1. 論文の科学的根拠のランク

レベル	内容
I	最低1つのRCTやメタ・アナリシスによる実証
II	RCTではない比較試験、コホート研究による実証
III	比較試験や相関研究などよくデザインされた非実験的研究、症例集積研究による
IV	専門家委員会の報告や意見、権威者の臨床経験

表2. 推奨のランク

レベル	内容	表現
A	強く推奨する	～する（～しない）
B	一般的に推奨する	～するほうがよい（～しないほうがよい）
C	任意でよい	不明である、～してもよい（～しなくてもよい）

### 3. 作成したガイドラインの評価

本ガイドライン内容全般については井村真澄氏（助産師・IBCLC）、大山牧子氏（小児科医師・IBCLC）から、カウンセリングの項は五十嵐祐子氏（IBCLC）から専門的助言を得た。

### 4. 定期的見直しの必要性

本ガイドラインに基づく支援によって、1) 看護者自身の知識や技術が向上する、2) 全国のNICUにおけるケア内容が一定水準に維持される、3) NICUに入院した新生児と母親が、いずれの施設においても、一定水準の標準的な支援が受けられる、4) 母乳育児状況を向上させる、ことが期待される。これらの期待については調査・研究によって実証し、その結果に基づき、ガイドラインを修正する必要がある。

## IV. 推奨の要点

ガイドライン推奨の要点は、以下に示した10項目である。これらは、NICUに入院した新生児の母乳育児を支援するうえで強く推奨し得ると考えたものであり、推奨度はすべてAとした。科学的根拠については、各項を実施することが、結果的に、母乳育児状況の向上（母乳率の上昇・継続期間の延長・母親の満足・新生児の罹患率の低下等）に繋がるか否かという観点から、IIIまたはIVとした。この種の実証研究が見当たらなかったからである。解説においては、各項を支持する論文を明記した。

看護者は次のことを行う：

1. 母親を精神的にサポートする。III-A
2. 母親の母乳育児に関する意思や自己決定を尊重する。IV-A
3. 母乳の特性や母乳育児の意義を十分理解したうえで、支援する。III-A
4. 直接授乳の方法に関する基本的な情報を提供し、実行できるよう支援する。III-A
5. 搾乳の必要性と方法に関する情報を提供し、実行できるよう支援する。III-A
6. 直接授乳を成功に導く方法に関する情報を提供し、実行できるよう支援する。III-A
7. 新生児の状態にあわせ、母乳育児の過程を個別的に説明し、情報を提供する。III-A
8. 新生児の入院中の生活に関する情報を提供し、母乳育児を継続できるよう支援する。IV-A
9. 母乳育児ができない母親を精神的に支え、必要とする情報を提供する。IV-A
10. 母乳育児に関する図書や社会資源を紹介し、活用できるよう支援する。IV-A

## V. 推奨の要点解説

核家族、情報過多の現代に生きる母親にとって、母乳育児を継続していくことは容易ではなく、専門家による優れた支援が必要である。特に、子どもがNICUに入院した母親の場合には、様々な困難に直面することが予想される。しかし困難な状況においても、母親が母乳育児の重要性を認識し継続していくには、看護師が母親を心身ともに支え、かつ、母乳育児の方法を学ぶ機会を積極的につくり、自立して母乳育児ができるよう援助することが不可欠である。

この解説では、各項目がNICUに入院した新生児の母乳育児支援になぜ必要であるか（必要性）、どのように行うか（方法）について、標準的な考え方、知っておくべき知識、獲得すべき技術について説明している。また、具体的な手順や重要事項については、資料として提示した。

しかし、これだけでは優れた援助者になることはできない。推奨図書の講読、本ガイドラインを基に構成された「NICUに入院した新生児のための母乳育児支援セミナー」への参加等に加え、日常の臨床経験の一つひとつを貴重な事例ととらえ、母乳育児の支援者としての自己研鑽を勧めたい。

### 1. 母親を精神的にサポートする（III-A）

**必要性：**母乳産生は乳腺のプロラクチン受容体数に左右され(Zuppa, 1988)、プロラクチン受容体の発現は吸啜によって促される(de Carvalho, 1983)。さらに、プロラクチン受容体の数は、出産後1～2日に増加し、その後は一定となる(Hinds et al, 1982; Sernia C, 1979)。また、強いストレスは乳汁生成のプロセスを遅らせ(Chen, 1998)、オキシトシンの分泌を抑制する(Riordan, 2010)。

母親が必要以上にプレッシャーやストレス、不安を感じたりすることで、母乳が出にくくなることがある。反対に、リラックスして快適に過ごすことが、オキシトシンによる射乳反射を助け、乳汁分泌を助ける。直接授乳ができない場合には、直接授乳に代わる方法、すなわち搾乳法、によって乳汁が産生されるようにしていく必要がある。辛いだろうという理由から、母乳育児の開始を遅らせてはならない。たとえ母親が悲嘆にくれていたとしても、精神的にサポートしながら、母乳育児に取り組めるよう支えることが看護師の重要な役割である。

**方法：**母親を精神的にサポートするには、看護師に傾聴、受容、共感、支持的態度が求められる。

1) 母親の持つ関心に耳を傾け、母親や家族の精神的な状況を知るように心がける。

早産児やハイリスク新生児が生まれた場合、両親が最初に示す反応は、普通ショックや「信じられない」という感情であり、その事実を受け入れがたいと感ずることが多い。また、とらえどころのない悲しみや喪失感、挫折感を感じる母親も多い。これらの感情をもつことは、ごく当たり前の反応であるが、それを乗り越えるには専門家や家族の支えや助けが必要である(William & Lewis, 1985/1990)。

また、先天奇形を持つ子どもを出産した母親においては、悲嘆反応がある中でも、早期に子どもへの肯定的感情を持つが、適応・再起に至るまでの1年間は不安定であり、先天奇形がもつ特性によってその反応は特異的である(深谷ら, 2006)。看護師は個別性を忘れず、母親の言葉に耳を傾け、肯定的に受けとめながら、不安や自責の気持ちを持ちながらも、子どもとの人生を積極的に生きようとする姿勢を支えることが必要である。

2) 精神的サポートは、受容、共感、配慮を含んだ支持的な態度で臨む。

看護師は前述した両親の複雑な気持ちを理解するように努め、時には不安定になりやすい心の動きに寄り添いながら支援する姿勢が必要となる。そのような場面では、まず母親の声に耳を傾け、信頼関係(rapport)を築き、母親の感情をそのまま受け止め、「共感」(Mackay, Hughes & Carver, 1989/1991)、あるいは「居合わせる」(Benner & Wubel, 1989/1999)ことから始める。

前述のように、母乳分泌は母親の精神的な状態に左右されることがあるため、母乳育児中の母親は安心し、リラックスした状態で母乳育児を続けることが望ましい。つまり、生理学的にも出産後の母親に精神的サポートが必要であるといえる。

精神的サポートは、母親が「自分自身や自分の気持ちが大切にされている」、「自分の育児を応援してもらっている」と感じるような支援である。母乳育児が続けられるかどうかは、母親が十分な情報を得て、自分の選択に自信が持てるような環境にあることが必要である。看護師が母親の感情を受け止め、十分な情報を提供し、母親の選択を信頼することで、母親はエンパワーされ、自ら成長していく（五十嵐, 2009）。これら精神的サポートを行う際は、カウンセリングの基本技術を用いる。

カウンセリングについて、Lauwers は「情緒的に支えて欲しい」「身体的に楽にして欲しい」「何が起きているのか、どうすればいいのかを知りたい」「自ら積極的に行動できるようになりたい」という母親のニーズを段階的に満たしていくものであると定義している（Lauwers, 1989）。カウンセリングによって母親は、①自分自身や問題や悩みに対する自分の感情、②問題そのもの、③問題を引き起こしたできごとや行動、④問題を解決する方法などをはっきりと理解し、必要な判断を行うことができるようになっていく（五十嵐, 2009）。

カウンセリングの基本技術の詳細を資料1に示した。参考図書として、母乳育児スタンダード(NPO 法人日本ラクテーション・コンサルタント協会, 2007)や、母乳育児支援ブック(涌谷, 2009)などがある。

## ケア・ポイント

母親が出産後早期から母乳育児を開始するには、まず、看護師が母親の気持ちに配慮し、精神的サポートに努めながら、母乳育児の必要性や搾乳法など、母乳育児に必要な情報を提供する。

## 2. 母親の母乳育児に関する意思や自己決定を尊重する。(IV-A)

**必要性：**自己決定は患者の権利の一つであり、倫理原則である自立の原則や真実の原則と関係する。また、看護師の倫理綱領 第4項では「看護師は、人々の知る権利及び自己決定の権利を尊重し、その権利を擁護する」とある（日本看護協会, 2003）。このように、母乳育児においても例外なく、自己決定を尊重するということは、看護実践上の倫理的概念の一つとして認識されている（Fry, 1994/1999）。

**方法：**看護実践上の倫理的概念には、患者の人権や権利を守り、患者がニーズを満たし、関心を持ち、選択できるよう援助し、看護師が代理人としての役割を果たすこと（擁護）、看護師自らの責任・選択や行為について説明と根拠を示すこと（責任・責務）、質の高いケア提供のために看護師間で協力すること（協力）、他者の体験に関心をもち、共感、尊重すること（ケアリング）が含まれる（Fry, 1994/1999）。看護師が「母親の意思や自己決定を尊重する」ということは、これらのことを実際に行うということである。

### 1) 母親の母乳育児に対する意欲や意思を確認する。

母乳栄養はNICUに入院している乳児にとってきわめて重要な利点があるが、母親にとっては非常に複雑な問題に直面することになる（William & Lewis, 1985/1990）。看護師は母乳育児の利点を理解しているが、母親は最初から看護師と同様にそれらを理解しているわけではない。母親は、新生児の状態によっては、母乳を与えることを躊躇するかもしれない。看護師は、まず母乳育児への意欲や意思を母親に確認する必要がある。

### 2) 母乳育児への意欲が高まるよう支援する。

母親の意欲や意思を把握したうえで、母乳や母乳育児に関する情報を提供する。この場合、看護師は専門的

立場から母乳育児を一方向的に強く勧めたり、強制したりせず、母親の意思や価値観を尊重し、疑問に答えながら情報を提供し、母乳育児への意欲が高まるよう心がける (Mohrbacher, 2003)。

### ケア・ポイント

看護者は、「母乳育児は良い」という理由から一方的に勧めるのではなく、まず、母親の気持ちや計画に耳を傾け、母乳育児に関する情報を提供し、また、その内容を十分理解できるよう助け、最終的に母親自身が決定できるよう支える。

## 3. 母乳の特性や母乳育児の意義を十分理解したうえで、支援する。(III-A)

**必要性:** 母乳には人工乳に含まれない様々な物質が含まれている、母乳中には人工乳に含まれない多くの物質が存在する、早産した母親の母乳には、未熟な状態で生まれた児に必要な成分、がより多く含まれている。これらのことから、早産児にとっての母乳は、単なる「栄養食品」ではなく、早産児を体系的に育て、支える物質を持った「高機能食品」であるともいえる。そのため、早産児やハイリスク児に対しては出来るだけ早期から、直接授乳や新生児の母親自身の搾母乳を使用することが推奨されている (AAP, 2005/2006)。

したがって、母親が、母乳栄養や母乳育児の利点、母乳と人工栄養との違いについて理解していれば、母親が母乳育児を選択する助けとなる。

**方法:** 母親には、まず、出産までに子どもの栄養 (法) についてどのような情報を得、考えていたかを尋ねる。次に、母乳栄養と母乳育児の利点や母乳と人工栄養との違いなどについて情報提供し、NICUに入院した子どもが母乳を与えられることによって得られる利益や母乳育児の重要性を理解できるよう助ける。そのうえで、現在の母親の母乳育児への意思を確認する。母親には、母乳育児は母親の意欲があってはじめて開始・継続できるものであることを伝えておく。

### 1) 母乳と母乳育児の利点について理解し、母親にわかりやすく説明する。

早産児や低出生体重児の場合は消化管も未熟なことが多く、このような乳児にとって母乳は非常に重要な栄養学的・免疫学的な利点がある (Lawrence, 2005)。母親には最初に母乳の利点について説明し、NICUに入院した新生児にとっての母乳栄養の重要性が理解できるようにする。

#### 早産児にもたらす母乳栄養の利点

- ①腸管の発達を促進し、早期に栄養を確立できる
- ②腸管透過性が低く、新生児-乳児消化管アレルギーの予防効果がある
- ③栄養学的にも優れており、胃内停滞時間が短い
- ④壊死性腸炎・後天性感染症の頻度を減少させる
- ⑤網膜症の予防効果がある
- ⑥認知 (視覚) 能力を向上させる
- ⑦再入院のリスクを減らす

### 2) 母乳栄養と人工栄養の違いを知り、母親にわかりやすく説明する。

母乳中には、人工乳に含まれない多くの物質が存在する。例えば、免疫物質 (抗体、マクロファージ、メモリーT細胞、ラクトフェリン、リゾチーム)、抗炎症・抗酸化物質、成長因子/修復因子 (インシュリン様成長

因子、上皮成長因子、神経成長因子、TGF- $\beta$ 、ヌクレオチド)、ホルモン類(甲状腺ホルモン、コルチゾール、消化管ホルモンなど)などである。これらが多く含まれることで、本来ならば妊娠後期に子宮内で獲得すべきものの多くを、出生後、母乳から得ることができる(水野ら, 2007)。

また、母乳中の白血球の90%が貪食細胞である。母乳中の貪食細胞は活性化されており、微生物を貪食する働きで知られている。室温に置かれた人工乳は腐敗するが、母乳は生きた液体なので腐敗しにくい。これは母乳中の細菌数が3-4時間までは貪食細胞の働きで低下することからもわかる(北島, 2006)。

3) 早産した母親の母乳の特徴を知り、母親にわかりやすく説明する。

早産した母親の母乳の特徴は、「未熟な状態で生まれた児に必要な成分」がより多く含まれていることである。正常産母乳と比較して、たんぱく質、ナトリウム、クロール/カリウム、乳糖、中鎖脂肪酸、窒素、脂肪酸、ビタミン、DHAなどが多く含まれ、早産児の出生後の成長を助ける(水野ら, 2007)。

#### 情報収集の手段

- ① 推薦図書を読む
- ② 本セミナーの受講
- ③ JALC (<http://www.jalc-net.jp/>) のその他の学習会やセミナーに参加する
- ④ 学会参加により新たな知見を得る

母乳哺育学会 (<http://square.umin.ac.jp/bonyuu/>)

International Society for Research in Human Milk and Lactation (<http://www.isrhml.org.umu.se/>)

#### 看護者向け推薦図書

- ① NICU スタッフのための母乳育児支援ハンドブック (第2版) : 大山牧子. メディカ出版, 2010.
- ② 母乳育児支援ガイド (ベーシック・コース) : UNICEF/WHO, BHI2009 翻訳編集委員会, 医学書院, 2009.
- ③ 母乳育児支援スタンダード : 編集 NPO 法人日本ラクテーション・コンサルタント協会, 医学書院, 2007.
- ④ Breastfeeding and Human Lactation Forth ed. : Riordan J. Jones and Bartlett Publishers, MA, 2009.
- ⑤ Lawrence RA (2005). Breastfeeding: A guide for the medical profession 6ed., PA: Mosby.
- ⑥ 母乳だけで育てるための臨床ガイドライン (JALC) : 国際ラクテーション・コンサルタント協会 (ILCA), 日本ラクテーション・コンサルタント協会翻訳・発行, 医学書院, 2005.
- ⑦ WHO「カンガルー・マザー・ケア実践ガイド」: 日本ラクテーション・コンサルタント協会訳, JALC 出版, 2004.
- ⑧ 小さく生まれた赤ちゃん-低出生体重児を母乳で育てるために- : ラ・レーチェ・リーグ・インターナショナル. ラ・レーチェ・リーグ日本, 2007.
- ⑨ よくわかる母乳育児 : 水野克己, 水野紀子, 瀬尾智子. へるす出版, 2007
- ⑩ The Breastfeeding Answer Book. Third Revised Edition. La Leche League International, IL, 2003.
- ⑪ 涌谷桐子 編 (2009). 母乳育児支援ブック. 日本ラクテーション・コンサルタント協会, 大阪: MC メディカ出版.

#### ケア・ポイント

母乳育児の確立と継続には母親自身が適切な知識や技術を習得する必要があるため、看護者がまず母乳の特性や母乳育児の利点を十分に理解し、母親の既存の知識やニーズに応じて知識と技術を提供する。

#### 4. 直接授乳に関する基本的な情報を提供し、実行できるよう支援する。(Ⅲ-A)

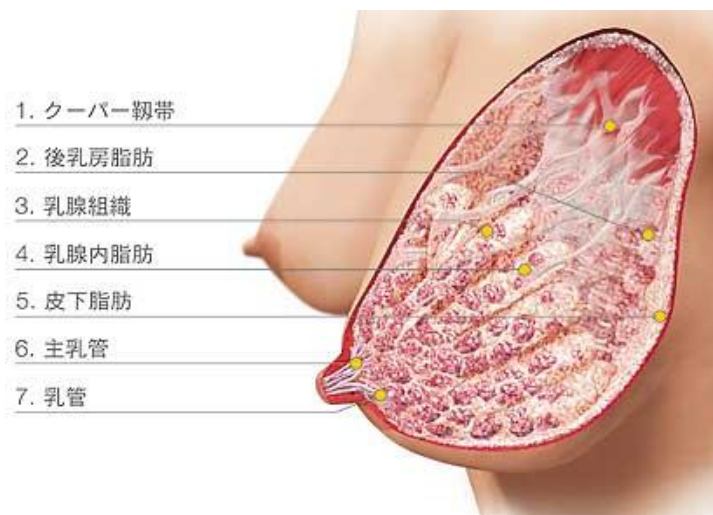
**必要性:** NICUに入院した新生児の母乳育児は、多くの場合、搾乳した母乳を与えられることから始められる。直接授乳開始の時期は新生児の病態によって異なるが、可能な限り直接授乳が速やかに経験できるようにすることが重要である(項目6参照)。そのためには、看護者が直接授乳に関する知識を持つ必要がある。直接授乳においても、その新生児固有の病態を考慮する必要があるが、直接授乳の基本は、ハイリスク新生児であれ、ローリスク新生児であれ変わりはない。直接授乳に関する情報提供や支援をするためには、看護者自身が、直接授乳に関する基本知識を習得しておくことが不可欠である。

**方法:** 前項3で述べたように、NICUに入院した新生児においても、母乳育児によってさまざまな恩恵をうける。しかし、母親には母乳育児を強制するのではなく、母親自身が母乳育児の重要性をよく理解したうえで、新生児の栄養方法が選択できるように、十分な情報を提供することが大切である。

母親には、子どもが小さく生まれたから、病気があるからという理由で母乳育児ができないと思わせることのないよう、出産直後から搾乳を開始し、前向きな姿勢で母乳育児に臨むことができるよう支援する。母親には、時期がくれば直接授乳が可能となることを説明し、そのためには乳汁分泌を良好に保つことが重要であることを伝える。搾乳を早期から開始する重要性は、母乳分泌のしくみを理解すれば容易に説明がつく。母親には、早期からの母乳育児の意義とともに分泌生理や搾乳の必要性について十分に説明し、その方法も教える。

##### 1) 母乳分泌の生理機序を説明する(Hartmann, 2003/2005)

出産によって胎盤が娩出されホルモンの変化(プロゲステロン・HPL・エストロゲンのレベル低下)が起こることにより、乳汁産生に関わるプロラクチンの作用が顕著になる。その結果、出産後30~96時間に乳汁生成が開始する(乳汁生成Ⅱ期)(コラム1参照)。この時期を逃さずに搾乳を開始し、乳汁産生機能の高まりに合わせて搾乳量を増やしていくことで、以後の乳汁分泌量が増加する。



これまで、乳輪の下部辺りに「乳管洞」があると信じられてきた。しかし今日では、「乳管洞」は存在しないことが明らかになった。

上図はメデラ公式webサイトより、許諾を得て転記 <http://www.medela.com/J/breastfeeding/knowhow/breastanatomy.php>

## コラム 1. 乳汁生成の時期 (涌谷ら, 2007)

### 1) 乳汁生成Ⅰ期 : Lactogenesis I <妊娠中期～産後2日頃まで>

乳腺が分泌を開始する妊娠中期から後期、そして産後2日目頃までをさす。

妊娠16週頃には初乳の分泌が始まり腺房内に脂肪滴やカゼイン様分泌物が見られるようになる。妊娠後期には、血中プロラクチン濃度が高まり乳汁産生の準備が整うが、多量のエストロゲンとプロゲステロンなどの働きにより、乳汁は本格的には分泌されない。この時期の乳汁は初乳とほぼ同じ成分で、ラクトース（乳糖）濃度は低くカゼインは含まれず、ナトリウムやクロール、感染防御のための免疫グロブリン、ラクtofフェリンなどが多く含まれている。出産直後から本格的に乳汁が産生される産後2日までは、乳児の吸啜刺激が無くても初乳が分泌される。

### 2) 乳汁生成Ⅱ期 : Lactogenesis II <産後2～3日頃～8日頃>

胎盤娩出による血中プロゲステロンの急激な減少が引き金となり、抑制されていたプロラクチンが作用しはじめて乳汁生成Ⅱ期が開始される。

産後1日目後半から4日目（36-96時間）にかけて、乳汁分泌量が急速に増加する。産後4日目までに初乳が移行乳に代わり、産後8～10日目頃には成乳になる。乳汁成分も大きく変化し、産後2日目以降は初乳中に多く含まれていたナトリウムやクロールが減り、ラクトース（乳糖）と乳脂質が増えてくる。産後早期の初乳の産生量は7-123ml/日で平均37ml/日であるが、3日目から4日目にかけて急増し5日目には500mlの母乳が分泌される。

出産直後から十分に授乳していれば乳房は軽く緊満する（生理的緊満）程度で、母乳は日を追うごとに増加してくる。しかし乳児が乳房から効果的に母乳を飲み取っていない（または、母子分離ケースの場合に搾乳していない）場合には、腫脹・痛み・熱感を伴った乳房の緊満（病理的緊満）がおこり、直接授乳が難しくなることもある。また、この時期に授乳をしないと1週間でプロラクチンは非妊時の値まで低下し、乳汁は初乳のようになり数日間で分泌が停止することもある。出産直後からの1～2週間は乳汁分泌を確立するきわめて重要な時期なので、乳児の効果的な吸啜（それが不可能な場合には搾乳）により初乳・移行乳を確実に乳房から取り出すことが、乳汁分泌増加を促す鍵になる。

### 3) 乳汁生成Ⅲ期 : Lactogenesis III <産後9日頃から乳房退縮期の始まりまで>

分娩後9日以降の成乳分泌が維持される段階をさす。産後継続的に授乳を続けていても、血中プロラクチンの基礎値は分娩後から徐々に下がる。しかし、乳児が乳房を吸啜する刺激によって一時的にプロラクチン濃度が上がり、母乳が分泌される。これに加えて、この段階の乳汁産生量は、授乳（搾乳）により乳房から取り除かれる乳汁量によって乳汁産生量が決まる—乳房内の局所的で短期的なオートクリン・コントロールによって調整されている。つまり、乳児と母親の乳房の精密な需要—供給のバランスシステムによって、母乳分泌が調整され続けている時期といえる。

この時期の母乳量は徐々に増えて、産後6ヵ月には1日550-1150ml、平均800mlの母乳が分泌される。

- 2) 直接授乳の基本事項を理解したうえで、授乳の観察・アセスメントを行い、それらの情報を母親にわかりやすく伝える。

#### 授乳の際の具体的支援

授乳の環境を整えたり、新生児の「欲しがるサイン」に合わせた授乳の方法を教えたり、ポジショニング（抱き方）とラッチ・オン（含ませ方・吸着）などについて説明する。

授乳は可能なかぎり、「時間を決めて行う」のではなく、新生児の「欲しがるサイン」に合わせて授乳を行うよう説明する（ILCA, 2005/2008）。

KMC をするような環境下では、新生児の自然な探索行動を誘発して自発的吸着を試みる機会を提供することも重要である。このような「新生児の、生まれながらの力」によって哺乳する過程を見守りながら授乳を支援する「赤ちゃんがリードする母乳育児（Baby-Led Breastfeeding）」が注目されている（Smillie, 2007）。

授乳支援に関する具体的な説明内容は、次の通りである（水井, 2007）。（資料2～4 参照）

- ①ポジショニング（抱き方）とラッチ・オン（含ませ方・吸着）
- ②ラッチ・オン（吸いつかせ方・吸着）の手順
- ③効果的な吸啜のための吸着のサイン
- ④効果的な授乳ができていないサイン
- ⑤眠りがちな乳児を起こす方法
- ⑥乳房から直接哺乳する際のアセスメント
- ⑦授乳を終える時の留意点

#### ケア・ポイント

看護師は母親が直接授乳を開始するために基本的な授乳支援に関する知識と技術を習得し、母親の既存の知識やニーズに応じて適切な支援を提供する。また母親が授乳技術を学ぶ際には、ハンズ・オフの手法を活用する。

### 5. 搾乳の必要性と方法に関する情報を提供し、実行できるよう支援する。（Ⅲ-A）

**必要性：**母乳育児は、NICU に入院した新生児にとっても重要である（項目3参照）。しかし、吸啜力の未発達や治療などのために、新生児は出生直後から母親の乳房から母乳を飲むことができないことが多い。そのような場合に、母親が搾った母乳はチューブを介して摂取させる。母親が母乳を搾って与えることによって、新生児は生存に必要な優れた栄養源を摂取することができる。

また、搾乳を行うということは、医療チームの方針である「母乳育児の推進」に積極的に参加することであり、かつ「栄養・食事」という子どもの基本的なニーズを満たすという親役割を果たすことにもなる。こうしたことは「親として何もしてやれない」という不全感を緩和する一助にもなる。

**方法：**搾乳に関する以下の情報を提供し、その理解を助けることに加え、適切に実施できるようデモンストレーションやフィードバックを行う。看護師や医療者は、自らが持つ価値観の押し付けにならないよう留意する。

- 1) 搾乳の必要性を説明する。

搾乳の必要性を説明するにあたり、看護師は母乳育児に対する母親の意思や考え方を知り、一方的に薦めることがないように留意する（項目2参照）。また、母乳育児ができない母親への配慮も持ち合わせておく（項目9参照）。

搾乳の必要性は、①子どもの優れた食料・栄養源の確保、②医療への参加、③親役割を果たすうえでの努力の一方法といえる。①については、母乳の特性や母乳育児の意義を十分に理解したうえで、母親の疑問に答えながら行う（項目3参照）。②については、医療方針の実現のためには、医療者と親のパートナーシップが重要であり、親の努力なしでは成立しないことを伝える。③については、母親だけでなく父親にも役割があり、協力しながら行うことを強調する。父親の役割として考えられることは、日常生活での精神的な支え、搾乳の手助け、母乳の運搬などであり、計画していることを確認する。

2) より効果的な搾乳法を説明し、デモンストレーションする。

より効果的に搾乳ができるよう理論的に説明し（項目3と項目4を参照）、母親が自分なりに工夫できるようにしておくことが重要である。また、いつ、どこで、だれが（母乳専門家・母乳育児支援研修を修了した看護師など）、どのように具体的に指導するのか、その内容も施設毎に明確に決めておくことよ。

①出産後早期に開始する（プロラクチン受容体理論）：乳汁産生は、乳腺のプロラクチン受容体数で調整され、受容体数は乳汁生成初期に増加しその後は一定であり、吸啜は受容体の発現を促す（Zuppa, 1988）。

②乳房を空にする・頻繁に搾乳する（乳汁産生の内分泌調整と自己分泌調整）：母乳が貯留すると、腺房細胞へのプロラクチンの取り込みが抑制され、また、FIL（乳汁産生抑制因子）が腺房細胞に取り込まれ、乳汁産生を抑制する（涌谷ら, 2007）。

③前乳と後乳を使い分ける（クリマトクリット法）：クリマトクリットとは「母乳中の資質が占める割合」であり、前乳よりも後乳のほうが脂肪や熱量は高い（水野ら, 2007）。

搾乳方法と回数やタイミング、分泌を増やすためのコツ（Lawrence, 2005）

①搾乳開始時期：出産後6時間以内のできるだけ早い時期から搾り始めると、ほぼ24時間目頃に少なくともにじむ程の母乳が分泌されるようになる。最初の1週間の分泌増加がその後の搾乳量を維持させる。

②搾乳の回数：できれば3時間毎、あるいは乳房が張ってきた感じがある毎に2〜3時間毎に、1日8回以上搾乳することが望ましい。乳児の1日あたりの必要量が少ないからと、搾乳量を制限しその時の必要量しか搾乳しなかったり、1日の搾乳回数が5回未満になったりすると、乳汁分泌不足傾向となりやすい。搾乳回数は分泌過多でない限りは、できれば3時間ごと、あるいはそれより短くても乳房が張ってきた感じがある時に搾乳を行うように勧め、母親には搾乳回数や時間、量などについて毎日1回は確認する必要がある。また、母親が入院中の産後7〜10日間に1日500ml以上の母乳分泌が得られると、その後の母乳分泌維持が容易になる。1日1000〜1500ml以上の分泌過多でない限り、母親が入院中は、1日8回以上の搾乳を勧める。母親が退院する頃に分泌がよければ、夜間の1回を省くことを提案してみる。

コラム2：母乳塗付による新生児の正常口腔内菌叢の確立（北島, 2006）

正常腸内細菌叢は、腸管での病原菌の定着や増殖を制御し、宿主の免疫能に関与する。生後早期の早産児への母乳の口腔内塗布は正常口腔内菌叢の確立やMRSA保菌に対して予防効果がある。その理由として、母乳中に存在する母親乳頭付近の皮膚常在菌が、新生児の常在細菌叢として確立しMRSA定着を阻止する可能性と、母乳中の分泌型IgAの口腔内への投与がMRSA定着を阻止する可能性が考えられている。初乳中には高濃度の分泌型IgAが含まれており、母乳中のIgAには細菌のDNA破壊作用があり、ある種の細菌の特異的IgAには細菌の食菌作用がある。可能なかぎり早く、少量であっても母乳を新生児の口腔内の塗布することが奨められる。

### 搾乳法の選択をサポートする際の留意点

搾乳法には、手による方法（用手搾乳法）と搾乳器を用いる方法があり、搾乳器には手動式と電動式がある。搾乳法の選択サポートする場合には、次の点に留意する：①搾乳器について熟知している人が情報を提供する、②個人のニーズに基づく、③心地よく、痛くない方法、④全自動で圧調整ができない搾乳器の使用は避ける。

### 用手搾乳法

用手搾乳はいつでも実施できる、また電動搾乳器を使用する場合でも搾乳開始時に行う必要があるため、必ず母親が実施できるようにしておく。具体的には、次のように助言する（UNICEF/WHO, 2009）。

- ①母乳を出やすくするために、ゆったりと座り赤ちゃんのことを想う、乳房を温める、自分で乳房をマッサージしたりさすったり、指で乳頭をつまんでやさしく刺激する、他の人に背中をマッサージしてもらう。
- ②乳房を乳頭から周囲に向かって触れ、感触が異なる場所をみつける（搾乳時に圧迫するとよい場所）。
- ③乳管の上から乳房を圧迫する（親指とそれ以外の指を胸壁に向かって押し、そのまま乳房をはさんで圧迫し、乳汁を乳頭の方に押し出す）。
- ④乳房のあらゆる部分で繰り返す。

### 電動搾乳器の使用

用手搾乳で肩こりや手首の痛みを感じる、うまく搾乳できない、搾乳する期間が1ヵ月以上になることが予測される、あるいは、母親が搾乳器を使用することを希望するような場合には、高品質（上記④で、病院仕様）の電動搾乳器の使用を勧める（横尾, 2003）。

電動搾乳器の使用方法や消毒法について、実際に示しながら具体的に情報を提供する。搾乳はシングルポンプよりもダブルポンプのほうがプロラクチンの分泌が上昇し（Hill, 1996）、また搾乳時間の短縮にもなるため、ダブルポンプの使用を勧める。電動搾乳器の使用法は、各機種の使用説明書を熟読したうえで母親に説明する。

### 3) 搾母乳の保存・管理・運搬の方法を説明し、デモンストレーションする

母乳は何の手も加えず、そのまま直接飲む方法が最善だが、NICUでは搾母乳を与えることが多い。母乳の保存方法や温め方によって成分に違いが出るので、母乳を適切に扱う方法を熟知しておく必要がある。

保存母乳には、新鮮母乳（搾乳したばかりの新鮮な母乳や搾乳後、冷蔵保存中の母乳）と冷凍母乳（搾乳後すぐに冷凍した母乳、解凍後に使用）がある。新鮮母乳と冷凍母乳の違いは細胞成分にあり、この細胞成分を摂取するためにも新鮮母乳が欠かせない。若い乳児ほど重要と考えられている。

直接授乳に最も近い成分の母乳を与えるには、搾乳した母乳を冷蔵や加温をせずに、そのまま直ぐ与える方法がよい。初乳には特異的および非特異的免疫物質が多く含まれているので、乳児に与える母乳の優先順位は、初乳（新鮮・冷凍いずれも）、新鮮母乳、冷凍母乳の順である（大山, 2010）。

### 母乳中の細菌数を減らす方法（Gotsch, 2002/2007）

- ①電動搾乳器の部品の扱いに気をつける（説明書を読むこと）。
- ②搾乳前に完全に手を洗い、爪をきれいにする。
- ③搾乳容器や搾乳器のカップの内側を触らない。
- ④搾乳開始後、最初の10mlを捨てても細菌を減らす効果はない。
- ⑤乳頭や乳輪を石鹸で洗う必要はない。

### 推奨される搾母乳の保存期間

母乳を8日間冷蔵冷凍した後、室温に6時間まで置くことによる細菌数の変化をみたところ、4時間の時点

で、病原菌を含んだ冷蔵母乳、雑菌あるいは病原菌を含んだ冷凍母乳においては、開始時よりも著明に増加し、6時間の時点では、病原菌を含んだ冷凍母乳はさらに増加した(Pardou, Serruys & Maascart-Lemone, 2004)。

搾乳後1時間以内に授乳する場合には冷蔵せずにそのまま用い、24～48時間以内に授乳する場合には搾乳後直ちに冷蔵、搾乳後24時間以内に授乳の予定がない、あるいは病院に母乳を届けられない場合には冷凍する(Riordan, 2010)。解凍後は冷蔵庫に保存し、24時間以内に使い切ることが望ましい(大山, 2010)。

推奨される母乳の保存期間(大山, 2010)

方法	健康な乳児	NICU入院児
新鮮母乳 室温(26℃)	4時間未満	4時間未満*
新鮮母乳 冷蔵庫(4℃)	8日未満 <sup>2*</sup>	8日未満 <sup>2*</sup>
新鮮母乳 クーラーボックス(15℃)	24時間未満	勧めない(運搬はよい)
冷凍母乳 (1ドア冷蔵庫製氷室)	2週間	勧めない
冷凍母乳 (2ドア冷凍冷蔵庫, -20℃)	12ヵ月 <sup>3*</sup>	12ヵ月 <sup>3*</sup>
解凍母乳 (4℃)	24時間未満	24時間未満

\* 冷蔵する予定の母乳は、搾乳後直ちに冷蔵する

<sup>2\*</sup> 細菌数は8日以降も減少するが、栄養的、免疫的な質は長期冷蔵で損なわれる可能性あり  
(したがって、従来どおり48時間を目安とすることが望ましい)

<sup>3\*</sup> ただし、3ヵ月未満が理想

(大山, 2010より転載)

#### 冷凍母乳の解凍と加温方法

冷凍母乳の解凍は、冷蔵庫内の自然解凍、または流水・微温湯解凍が望ましい。これらの解凍方法ではIgA濃度の変化はほとんど認めない(Sigman, Burke & Swarner, 1989)。

解凍・冷蔵母乳の加温方法は、母乳由来リパーゼを保つため、室温が望ましく、温める場合は37℃未満(体温程度)とする。電子レンジの使用は不適切であり、また、加温後与えなかった母乳は廃棄する(大山, 2010)。

#### ケア・ポイント

子どもが入院している間、母親が搾乳を続けることは、母乳育児の確立と継続には必須である。看護者は、搾乳や母乳育児に関する最新の知識と技術を、母親の既存の知識やニーズに応じて適切に提供する。

### 6. 直接授乳を成功に導く方法に関する情報を提供し、実行できるよう支援する。(III-A)

**必要性:** 母乳育児とは、母乳で育てることを意味し、直接授乳に限定するものではない。しかし、母乳の質(鮮度)、感覚を介したコミュニケーションや情緒的体験は代償可能であったとしても、直接授乳に勝るものはない。したがって、どのような状態で児が生まれたとしても、直接授乳による母乳育児を継続できるように支えられなければならない。

**方法:** 直接授乳を成功に導くには、①母親の直接授乳へのニーズや気持ちを確認しておく、あるいは、直接授乳実現への目標を共有する、②母乳分泌維持に向けて最大の努力を母親・家族と共に行う、③KMCを母子にとって直接授乳の準備段階の経験として位置づける、④母親の体臭や母乳の匂いを日常的に経験できるようにする、⑤直接授乳に代わる授乳法を情報提供する(Tube feeding, Syringe feeding, Finger feeding, Cup feeding, Bottle feeding, スプーン、スポイド)など、母親や児の状況に合わせ、個別的な対処が必要である。

## 1) NICU 入院中の乳児が母乳育児を開始する際の一般的な注意

### 哺乳びんによる授乳と直接授乳の違い

本来乳児にとっては、母親の乳房から直接母乳を飲むのが最適の方法である。しかし、NICU に入院した乳児の場合には哺乳びんでの授乳が行われることが多い。哺乳びんによる授乳と直接授乳を比較すると、吸啜行動に多くの違いがある。直接授乳の場合は、哺乳開始時に非栄養的吸啜 (non-nutritive sucking) と呼ばれる「チクチク」とした 1 秒に数回の素早い吸啜を行う。この吸啜によって母親に射乳反射がおこる。射乳反射が起こった後に、母乳が乳児の口腔内に流れ始めると、1 秒間に 1 回のゆっくりとしたリズムに変化する (水野, 2006)。

また、びん哺乳による授乳と直接授乳を比較した場合、直接授乳の方が哺乳時の徐脈・酸素飽和度の低下が少ない (Riordan, 2005)。同様に低出生体重児においても、哺乳びんで授乳したときよりも直接授乳のほうが、経皮酸素分圧の低下が低い (Meier, 1988)。

### 直接授乳を開始する時期

妊娠 12~14 週ころから、胎児は羊水を飲み始め、飲み込んだ羊水が腸に到達すると腸管は蠕動運動を行う。また乳児が口に入ったものを吸う「吸啜反射」は 28 週頃から認められるが、これがただちに経口哺乳と結びつくわけではない。経口哺乳が確立するためには、母乳を飲み込んだ際に起きる「嚥下反射」の確立が必要であり、修正 32~34 週で完成する。

また、吸啜と嚥下と呼吸が協調してくるのは 34 週を過ぎてからなので、この時期以降であれば、ほぼ安全に経口哺乳が可能となることが多い (Wolf & Glass, 1992 ; Walker et al, 2007; Kenner & Lott, 2003)。

ただし、早産児では 36~37 週頃までは吸啜と呼吸の協調運動が困難であるため、哺乳時にチアノーゼが出現することが多いので、モニタリングが必要なこともある。

NICU における標準的な直接授乳の開始基準は、次のように考えることができる (水野, 2006)。

- ①修正 32~33 週以降
- ②呼吸障害があっても軽度であり、必要な酸素濃度が 25% 以下
- ③無呼吸発作が 1 日 5~6 回以下

このような状態であれば、母親と相談し、カンガルーケアを導入する。2~3 回カンガルーケアを行い、母親が子どもを抱くことに慣れていけば、覚醒状態を確認し、乳頭・乳輪を含ませしてみる (最初は、搾乳後の乳頭・乳輪を含ませしてみる)。

### Non- Nutritive Sucking (NNS, 非栄養的吸啜) について

母乳など栄養物を伴わない吸啜や空乳首、おしゃぶりによる吸啜を指す。人工乳首は口唇の開きが大きく噛みつくような形で、陰圧吸啜がない調査報告がある (林, 2000)。NNS には、酸素化の促進、深い睡眠を促す、痛みの緩和や自身の鎮静、経口哺乳の準備に活用できるなどの効果がある。現時点で明らかで短期的な害は報告されていないが、これらの効果を目的におしゃぶりを使用することは慎重に考えたい。おしゃぶりを安易に使用するよりも、ポジショニングや乳児を抱く事などで愛着への欲求を満たすことが大切である。

### 哺乳量が不足する場合の主な原因と対処

NICU に入院している乳児が直接授乳開始となっても、すぐに順調に哺乳ができるようになるわけではない。看護師は、母親が時間をかけてゆっくりと直接授乳に慣れていくように援助できるとよい。以下に直接授乳で十分な哺乳量が得られない場合の原因を示す。(奥, 2000 一部改変)

### ①吸いつきかたの問題

- ・ポジショニング（抱き方や姿勢）が適切でない
- ・ラッチ・オン（吸わせ方や吸着）の不適切（乳頭のみを吸い、深くくわえない）
- ・巻き舌（舌の上に乳頭がのらず、舌が上方か後方に後退している）

### ②乳頭の問題（陥没・扁平乳頭など伸展性の悪い乳頭、大きすぎる乳頭）

### ③哺乳びんなどの使用により乳頭混乱

### ④早産児、先天性疾患（神経・筋疾患、先天性心疾患、ダウン症などの染色体異常ほか）、脳障害（脳室周囲白質軟化症などを含む）

### ⑤他の疾患の初期症状（鼻炎や他の感染症など）

### ⑥薬の影響（乳児が服用している場合、母親が服用し母乳を通じて移行する場合）

### ⑦口蓋裂、または口腔内の形態以上などの解剖学的異常（口唇裂がない場合は見逃されやすい）

### 補足の方法（スポイト、スプーン、カップ、シリンジ、哺乳びんなどの使用）

直接授乳が可能となった乳児は、母親の胸に抱かれて直接授乳を開始するが、最初は十分な量を哺乳できないことが多い。そのような場合には、あらかじめ搾っておいた搾母乳（搾乳）、あるいは搾母乳の量が不足している場合は人工乳を与える。これを「補足」というが、搾乳を補足する方法にはスポイト、スプーン、カップ、シリンジ、哺乳びんなどがある。

乳児への補足の際に哺乳びんを使用すると哺乳びんの飲み方に慣れてしまうため、直接授乳が困難になることから哺乳びん以外の方法が勧められている（水野，2006；Mannel，2007）。その一方で、カップ・フィーディングと哺乳びんでの授乳方法を比較したシステマティック・レビューでは、どちらの哺乳方法でも乳児の退院後3ヵ月、6ヵ月の母乳栄養率には有意な差がなく、また、カップ・フィーディングを行っていた乳児は哺乳びんで授乳していた乳児と比較し、入院期間が10日間長かったことから、カップ・フィーディングは必ずしも母乳の長期継続にはつながらないという報告もある（Flint，2007）。

## 2) KMC(カンガルー・マザー・ケア)の効果

### 母乳育児への効果

KMCを行うことで、体温調整が効果的になされ、低体温のリスクが減少することや、乳児の心拍数、呼吸数、呼吸状態、酸素化、酸素消費量、血糖、睡眠パターンが改善されること、母親に対してもKMCを行う事で母親の不安感が軽減し、自信が向上し、母親の達成感も高まることがわかっている（UNICEF/WHO，2009）。また、早産であっても、出産後早期から入院中に頻回にKMCを行うことで、18ヵ月間の母乳栄養率がコントロール群に比べて高いことが明らかになっている（Hake-Brooks & Anderson，2008）。

また、これまでの研究や経験により、母親はいったんKMCに馴染んでしまえば、KMCを気にいるようになることがわかっている。ゆえに、早産児が生まれたらできるだけ早くKMCについて母親と話し合い、乳児の状況が整い次第、従来のケアに代わってKMCを提供する必要がある。KMCでは母親が乳児と一緒にいなくてはならないため、母親にその利点について説明し、乳児のケアに関する可能な選択肢について母親と話し合う必要がある。母親はこれまでのやり方に比較して病院に長く滞在する必要があるあったり、KMCを家庭でも続けたり、フォローアップを受ける必要があるかもしれない。つまり母親はKMCの実施について家族と相談する時間を持つ必要がある。もし、問題が生じた場合には、すぐにKMCを止めてしまうのではなく、障害となるものについて話し合い、家族と共に解決法を見いだすように努める。小さく生まれた乳児のケアについての責任を母親に徐々に引き継いでいくためには、医療者が母親を十分に支援する必要がある。

## 感染防御の効果 (北島, 2006)

分娩時からの早期母子接触は、新生児の咽頭正常常在菌叢を早く確立させ、早期産児への早期のカンガルーケアは児の咽頭正常常在菌（特に緑連菌）の定着を促し、MRSAの保菌予防効果がある。

正常常在菌叢は病原微生物の転移増殖に対する防御機能を有しているが、新生児は出生時には正常常在菌叢を持たないために病原微生物が転移増殖しやすい。通常、新生児は産道通過中に母体細菌叢の初期増殖を受けるが、母親から分離され新生児室の入院管理が長くなると腸内細菌科細菌の新生児室株を獲得し、しかもその細菌は乳幼児期の感染症の起炎菌となることがある。

一方、分娩時から母親と接触した新生児は腸内細菌科細菌の母親由来株を獲得し、咽頭には $\alpha$ -streptococcus、 $\gamma$ -streptococcusなど緑連菌を中心とする正常常在菌叢が早期に定着する。さらに早期に正常常在菌叢を獲得した新生児にはMRSAをはじめとする病原微生物が定着しにくく入院中の感染症発症が抑えられる。

母親から分離されNICUに入院する早期産児であってもカンガルーケアによる母子接触を早期に行なうことにより正常細菌叢を確得する。しかもカンガルーケアを早期に行なうほど早期に獲得する。正常細菌叢を獲得した早期産児ではMRSA保菌率が低下し感染症発症を予防する効果がある。

### 3) KMCの具体的な支援方法

母子双方にとって都合の良い時間帯を決める。室温やプライバシーなどに留意し、環境の調整を密に行う。KMCの開始は症状安定後とし、また、母親の状況も十分に考慮する。

新生児の修正齢や体重で一律に開始するのではなく、呼吸循環が安定すれば個別に開始する。看護スタッフ数や熟練度、設備状況などによって、呼吸循環系の集中管理中でも開始できる場合もあれば、無呼吸がほぼコントロールでき、点滴が不要になった時点で開始されるなど様々である。施設のケア規準に準じて実施する。

### ケア・ポイント

直接授乳を成功に導くためには、哺乳びんによる授乳と直接授乳の違いや種々の補足の方法を理解し、前段階としてのKMCのための支援を行う。母親自身が直接授乳の意義をよく認識したうえで授乳の技術を習得する必要があるため、看護者は個々の母子に応じた情報を、適切かつ個別的に提供する。

## 7. 新生児の状態に合わせて、母乳育児の過程を個別に説明し、情報を提供する。(III-A)

**必要性:** NICUに入院する必要がある新生児は、未熟性や疾患によって哺乳の5つの要素（探索・吸着・吸啜・嚥下・呼吸）のいずれかに関連した課題（筋緊張低下や過度緊張・解剖学的異常・呼吸障害・覚醒不良・感覚異常など）を有することが多い。母乳育児の開始や継続には、母親の意欲や知識が重要である。したがって、看護者は新生児が個別にもつ病態や母乳育児上の課題を把握し、その対応策やケアに関する情報を提供し、母親自身が、母乳分泌維持を図ると共に、児の課題を理解し取り組めるように支援する。

**方法:** 母乳育児が順調に経過しているか否かを判断する方法として、PIBBS（低出生体重児における乳房からの哺乳行動の発達スケール、資料3参照）が有用である。これは早産児用ではあるが、NICU入院児に活用することも可能である。また、直接授乳をはじめても飲む量がなかなか増えない場合は、次に示したステップで的確に評価するとよい。このような方法は母親自身も実施できるよう情報提供と指導を行う（項目4参照）。

### 1) 直接授乳をはじめても飲む量が増えない場合

直接授乳が開始されても、なかなか飲む量が増えないことがある。このような場合、安易に吸啜に問題あり

と判断せず、次のステップを踏むと、どこに課題があるのかが分かりやすい(大山, 2006)。まず、母親の1回の母乳分泌量が乳児の1回哺乳量を上回っているか(ステップ1)、次に、直接授乳の様子を観察し、母親が適切な抱き方や含ませ方をしているか(ステップ2)、さらに、覚醒レベルが低くないか(ステップ3)、最後に吸啜(ステップ4)ということになる。これらの課題は、単独でみられることもあれば、2つ以上の状況が重なることもある。

#### 直接授乳をはじめても飲む量が増えない場合の考え方(大山, 2006)

- ステップ1. 母乳分泌は十分か
- ステップ2. 基本的な抱き方含ませ方は適切か
- ステップ3. 赤ちゃんの覚醒レベルは適切か
- ステップ4. 吸啜がうまくいかないのか
  - 筋緊張が低めの場合
  - 筋緊張が高めの場合
  - 口腔の運動機能異常

#### 2) 低出生体重児の場合

極低出生体重児(特に超低出生体重児)の場合、経口栄養が開始されても、1日に必要な栄養や水分を経口的に全量摂取することは困難なことが多いため、経管栄養が併用されることが多い。経口栄養の方法には、直接授乳の他に、哺乳びんやカップ、スプーンなどによる授乳がある(項目6参照)。

哺乳行動の発達に関する正しい知識に基づき、個別的な栄養や哺乳行動に関する情報を提供し、直接授乳が実施できるよう、長期間に渡る支援を行うことが重要である。

哺乳運動の発達と経口授乳の開始時期: 哺乳には吸啜・嚥下・呼吸の調整がうまくできる必要がある。低出生体重児においては、吸啜・嚥下パターンは32週、吸啜・呼吸パターンが同等にできるのが34~35週で、吸啜・嚥下・呼吸の完成は34~40週である(Mizuno, 2003)。しかし、直接授乳の場合や水圧をかけない方法であれば、吸啜・嚥下・呼吸の調和が完成するまで待つ必要はなく、経口的に摂取することができる(Nyqvist&Sjioden, 1999)。

NICUでは一般的に、哺乳びん授乳がうまくいけば直接授乳が開始される。しかし、咽頭に乳汁が注入されると閉塞性の無呼吸を起こしやすいので、哺乳瓶授乳が直接授乳よりも安全というわけではない。いずれの方法でも、経口授乳開始時には呼吸モニターを用いることが望ましい。

哺乳の特徴: 低出生体重児の口は小さく、大きく開けることができないので、舌が口蓋部に挙上していることが多い。口腔も小さく母親の乳頭を十分含めず、頬部の脂肪組織も少なく頬筋が疲労しやすいため、十分な陰圧を作れず、有効な吸啜が起こりにくい。このような特徴も、成長とともに解消されていく(水野ら, 2007)。

直接授乳の実際: 低出生体重児は、吸啜しても乳汁を飲んでいないことがある。哺乳量が少ない場合は吸啜・嚥下音を聞き取り難いので、効果的に乳汁を飲んでいるかを確かめるには哺乳量を測定するとよい(Meier, 2001)。

吸啜を休むとすぐに乳頭が口腔から外れたり、扁平乳頭や大きな乳頭のために吸着が上手くできなかつたりする場合は、極薄型のシリコン製のニップルシールドを使用すると乳良くなることもある(Meier, 2000)。ニップルシールドは、一時的な使用であれば問題ないと言われている。

なかなかうまく授乳できず、自信を無くす母親もいるが、看護者は予め、低出生体重児は吸着するのに時間がかかることを母親に説明しておくといよい。また、吸着や吸啜している時間は、繰り返すことで長くなるので、

摂取量にとらわれすぎないように助言しておく（PIBBS を活用すると、哺乳行動の変化を把握できるので助言しやすくなる）。

哺乳行動の発達や成長に合わせ、母親が病院に滞在している間は、直接授乳での自律授乳とし、新生児の退院に向けて準備をしていく。退院前に母子同室を行えば、哺乳をはじめ子どもの状態が改善することがあるので、退院後の不安の軽減につながる。

### 3) 心疾患がある新生児の場合

先天性心疾患は、主な病名だけでも約 30 種類におよび、ファロー四徴症、両血管右室起始症などのチアノーゼ性心疾患と、心室中隔欠損症、大動脈縮窄症などの非チアノーゼ性心疾患に分けられる。先天性心疾患の児は直接授乳ができない、してはいけないのではなく、どのタイプの先天性心疾患か、手術時期や治療予定、経口哺乳できるのはいつ頃になるかという見通しを立てる必要がある。そのためには、医療者が心疾患のタイプに応じた治療計画に沿って、母親への具体的な支援計画を立て直接授乳を進めることが重要である（大山, 2006）。

授乳方法：チアノーゼをきたすタイプでも、肺うっ血や心不全がない場合直接授乳が可能である。また、肺うっ血や心不全がある場合で呼吸が苦しいときは、哺乳びんから哺乳すると徐脈、多呼吸、SPO2 低下を来たしやすいが、直接授乳は児が飲めるだけしか乳汁移行しないため、児への負担が少ない方法である。呼吸状態やチアノーゼの状態を観察しながら直接授乳を薦めるが、必要な場合には医師の指示の下、酸素投与しながら直接授乳を行う。

啼泣時間を最小限にとどめる：チアノーゼ性心疾患の場合には、啼泣することでチアノーゼが増加することになるため、泣かせないことが重要である。ぐずりや啼泣が続く場合、その原因を探る必要があるが、空腹の場合でもいきなり経管栄養を実施するのではなく、乳房を含ませることでも満足感を得ることができる場合もあるので、直接授乳を薦める。

水分制限（強化乳について）：心負荷のために水分量を制限する 경우가多く、授乳前後に体重測定を実施し授乳量把握する必要がある。また、体重増加不良の場合には、母乳添加剤が必要な場合もある。

搾母乳を与えることも重要：呼吸が苦しい場合など、欲求はあってもうまく飲めない場合がある。しかし、搾母乳をカテーテルで注入したとしても、手術後や治療により直接授乳ができる可能性が十分あるため、それまで搾乳を続けることができるように支援する（大山, 2006）。

精神的支援：母親が母乳育児を続けられるように、スタッフが母乳育児を重要視し、母親を精神的に支えることが重要である。特に母子分離における母乳育児のためには、上記に述べたような具体的な方法を知ることが必要である。

### 4) 唇裂口蓋裂をもつ新生児の場合（ABA, 2003）

唇裂口蓋裂があると、吸着が弱い、口唇からの乳汁が漏れやすい、下顎と舌で乳頭を圧迫できない、空気の嚥下が多いなど、直接授乳が難しくなる状況が多々ある。しかし、直接授乳は滲出性・急性中耳炎の予防になり、母乳の体液は粘膜に対して刺激が少ない、顎顔面の筋肉の発達を促す、手術の前後の乳児の精神安定につながるなど利点も多い。

経口授乳の開始時期：唇裂のみか、口蓋裂を合併しているかの診断が必要なので、医師の診察後に授乳援助を行う。唇裂や口蓋裂の程度や、手術前後によって異なる。母親は早期から母乳分泌を促すようにすることが大切である。

母乳育児支援：産後早期から搾乳し、十分な乳汁量を確保する。授乳時には、授乳前に射乳反射が出てくるくらいまで搾乳し、乳汁がたやすく流れるようにしておくことがポイントである。乳頭を口唇裂のない方向にし、授乳中は常に乳汁が流れ続けるようにし、乳房を圧迫する。疲れやすいので空気の嚥下が多いため早く切り上げ、排気させる。授乳回数を多くして哺乳量を保つようにする。6ヵ月までは18g/日以上になるよう体重管理を行うため、体重計で哺乳量を測定する。哺乳床（ホッツ床：口蓋閉鎖装置）を用いることで哺乳がスムーズになることもある。

直接授乳だけで十分な体重増加が期待できない場合には、搾母乳を補足するよう助言する。哺乳にも搾乳にも時間がかかり、母親の負担は大きい場合は、用手搾乳法だけではなく、電動搾乳器を紹介し、搾乳が円滑に進むように支援する（項目5参照）。哺乳びんでうまくいかないときは、カップを使用することもよい。むせたり咳き込んだりしないよう、負担のない哺乳方法が重要であるため、授乳は1時間以内にする。1時間以上要するようであれば、乳首や哺乳びん等の工夫をする。

術後の母乳育児：直接授乳の場合は、乳房が柔らかいので創部を傷つけない、抱いて授乳するため乳児の精神的安定に繋がる。しかし、術後の直接授乳への方針は医師によって多様である。術前に直接授乳ができなかったとしても、術後から直接授乳を始めることが大切である。人工乳首に慣れている乳児は、乳房を吸啜しようとしなないことがあるので、一時的にニップルシールドを使うこともある。

#### ケア・ポイント

新生児の病態に応じ、哺乳行動の特性や変化を継続的に観察する。経過の判断や把握のためには、アセスメント・ツールを活用するとよい。

### 8. 新生児の入院中の生活に関する情報を提供し、母乳育児を継続できるよう支援する。(IV-A)

**必要性**：母親がたとえ毎日面会に来ていたとしても、24時間、毎日、子どもと一緒に過ごさなければ、子どもの行動や特徴を把握することは難しい。また、仮に一緒に過ごしたとしても、母親には子どもの行動の意味を理解するために助力が必要であるかもしれない。そこで、退院後、母乳育児が少しでも円滑に継続できるようにするには、母親が自分の子どものことをよく知り、退院に向けての問題や課題を明確にする必要がある。そのため看護師は、母親が子どもの入院中の生活に関する情報を入手できるよう助ける。

**方法**：退院に向けて、看護師や医師は母親と一緒に母乳育児計画を立てる必要がある。特に、母親が持っている心配や相談事に興味をもち、明確にされた問題や課題に対処できるよう、確認、保証、情報提供、助言などを行う。退院が決まり、本格的に退院の準備をしていく期間には、母児同室で過ごすことが推奨されている（ABM, 2008）。

退院後の計画を立てる場合には、現時点での栄養法ないしは哺乳状態を考慮する：①栄養の種類（人工乳・母乳・母乳の場合は強化乳の有無）、②哺乳量（摂取量、搾乳量、直接授乳の場合は24時間の哺乳量）、③哺乳方法（直接授乳、哺乳瓶、カップ、ナーシング・サプリメント）、④成長状態（入院中の体重増加率と身長増加率を計算し、成長曲線上にプロットする）（ABM, 2008）。

#### 1) 母乳育児を円滑に進めるための生活リズムの調整

退院後数日間は、母乳育児を中心とした生活リズムを獲得するうえで重要である。夫や家族の協力体制について確認し、その家庭の事情に合わせた個別の具体的な助言をする。また、母乳育児による疲労やストレスの緩和法についても話し合っておくとよい。(資料4参照)

#### 2) 直接授乳や自律授乳を継続するために、確認と助言を行う。

入院中の新生児の睡眠・覚醒のリズム、空腹時や授乳後の反応、授乳・哺乳行動を基に、退院後当面の間の①授乳間隔、②良好な哺乳サイン、③母乳分泌の維持や増量の方法(UNICEF/WHO, 2009)などについて、母親が知っておくと良い情報、考え方や知識についての確認や保証、個別の助言をし、母親が自立的に取り組めるようにする。(資料4参照)

#### 3) 退院後に予測される母乳育児上の問題への対処と助言

子どもが退院できる状態になっていたとしても、NICUに入院していたという理由だけで、過度に成長発達や育児への不安を持っているかもしれない。特に、成長発達には個人差があるので、他の成熟児と比較しないことを伝え、心配な時には誰に/どこに相談したらよいかの情報を提供する。

乳頭痛、母乳分泌不足感、子どもの泣きなどは、退院後の母乳育児の継続を阻害する可能性があると考えられている。これらの予測される問題と対処の方法(ILCA, 2005/2008)について知らせておくと、母親は早い時期に援助を受けるべきかどうかを判断することができる。(資料4参照)

#### 4) 子どもが充分飲めていないのではないかと不安

低出生体重児が予定日より前に退院する場合、筋緊張が低めの子どもの場合には、子どもが充分飲めているかどうか気になる。既述の効果的な吸啜のサインの確認とともに、退院後1ヵ月間は、外来や自宅で体重測定や哺乳量測定(2g単位の体重計を使用)を頻繁に行うことで、自信がついてくることが多い。

#### 5) 母乳育児に関する社会資源についての情報を提供する。

退院後も長期に母乳育児を継続するために、地域にある母乳外来や各施設などを活用できるように社会資源に関する具体的な情報を十分に把握して提供できるようにしておく。また、地域の施設などを紹介する際には、母親がその施設を受診した際に、期待していたような情報が得られない場合は他の選択肢があることも伝える。

#### 地域で援助を受けられる方法(越山, 2007 一部改変)

- ①家族、友人、近隣に住む女性たちに手伝ってもらう。
- ②母乳外来(自施設に母乳外来がない場合は、紹介できる母乳外来に関する情報を入手しておく)
- ③家庭訪問(未熟児訪問指導-都道府県保健所、訪問助産師や保健師の訪問システムなどを確認しておく)
- ④母親同士の支援グループ(ラ・レーチェ・リーグ日本:<http://www.lll.japan.com/> や地域の母親支援グループなど)
- ⑤母乳育児相談室(助産所、診療所など)の助産師、IBCLC(国際認定ラクテーション・コンサルタント  
<http://www.jalc-net.jp/resource.html>)
- ⑥各都道府県の助産師会(<http://www.midwife.or.jp/>) および子育て・女性健康支援センター
- ⑦保健所や母子センター主体の「子育て支援センター」や電話相談

#### ケア・ポイント

母乳育児が退院後も継続されるよう、看護者は母親が持っている心配や相談事に関心をもち、子どもの理解を通して母親が退院に向けての問題や課題を明確にし、対処できるよう支援する。

## 9. 母乳育児ができない母親を精神的に支え、必要とする情報を提供する。(IV-A)

**必要性:**ほとんどの女性は、生理学的に自分の子どもの欲求に見合った量の母乳を作ることができるといわれている。しかし NICU に入院となった場合は母乳育児に困難を伴うことが多く、例えば、母子分離による出産への実感が希薄であると、搾乳を勧められても感情的に受け入れられないこともある。

また、母乳分泌が低下し、母乳育児を続けたくても断念せざるを得ない、あるいは医学的適応により母乳育児をすることができない場合には、子どもに負い目を感じたり、自らの育児に対して否定的な感情を持ったりする母親もいる(本郷, 2002)。

新生児・乳児にとって母乳や母乳育児は、身体的・心理的・社会的に優れた側面をもつ。それが分かっているながら、母乳育児をしたくてもできない状況にある母親がいる。このことを看護師は認識し、母親が親としての自尊感情を保ち、自信をもって前向きに子育てができるよう精神的に支え、必要な情報を提供することは、看護師の重要な役割である。

**方法:**まず母親との信頼関係を結ぶために母親の気持ちを傾聴し、共感するなどのカウンセリング技術(項目1参照)を用いて精神的サポートに努め(本郷, 2006)、個別的、継続的に対応し、親としての自尊感情や自信を持てるよう支える。母乳育児ができなかった・選択しなかった母親へのカウンセリングの実際例を資料5に示した。

- ①出産後の心理的な危機体験により、母乳育児を受け入れられない場合:母乳育児を受け入れられない母親の気持ちを共感的に受け入れ、精神的なサポートを行う。(項目1参照)
- ②母乳分泌が少なく断念せざるを得ない場合:たとえ短期間であったとしても、あるいは全く母乳を与えることができなかったとしても、子どもに多くの愛情を注ぎ、母乳を与えようとした努力を認め、肯定することが大切である。また、母乳育児を断念したとしても、それが最善の選択であったことを伝え、親としての自信を築くことができるように支える(本郷, 2002)。
- ③医学的理由で母乳育児ができない場合:上記②の内容に加え、医師から母親側あるいは新生児側の理由について、十分な情報提供を受け、理解できるよう支援する。また、同様の体験をしているピアグループの紹介や、必要時にはカウンセリングが受けられるよう情報を提供する。参考となる書籍の紹介も有効であろう。

### ケア・ポイント

母乳育児をしたくてもできない母親が、自分のもつ課題を乗り越え、親としての自尊感情や自信を築き、自立していけるようカウンセリングや情報提供によって支える。

## 10. 母乳育児に関する図書や社会資源を紹介し、活用できるよう支援する。(IV-A)

**必要性:**本項目は、項目2「母親の母乳育児に関する意思や自己決定を尊重する」と関連する。自己決定には、母親自らが学習し、情報を入手することを保証する必要がある、その一つに、図書や社会資源を紹介し、活用できるようにすることがある。情報過多の時代では、適切かつ有用な情報の入手が困難なこともあり、看護師は積極的に関る必要がある。

**方法:**図書室や掲示コーナー等が施設内に設置され、母乳育児に関するすることが薦められる。社会資源については、居住地の情報を入手できるようにサポートする。

### 母親・家族のための推薦図書

- ①改訂版 だれでもできる母乳育児：ラ・レーチェ・リーグ・インターナショナル. メディカ出版, 2000.
- ②母乳育児のすべて-お母さんになるあなたへ：米國小児科学会編, 平林円訳. MCメディカ出版, 2005.
- ③新・母乳育児なんでも Q&A：山内逸朗, 山内芳忠. 日本母乳の会, 2004.
- ④小さく生まれた赤ちゃん-低出生体重児を母乳で育てるために-：ラ・レーチェ・リーグ・インターナショナル. ラ・レーチェ・リーグ日本, 2004.
- ⑤母乳育児シリーズ 離乳食 おっぱい, 混合, 人工乳：日本母乳の会, 2002.
- ⑥おっぱいでらくらくすくすく育児：北野寿美代. メディカ出版, 2002.
- ⑦続おっぱいだより集：母乳育児サークル編. メディカ出版, 1997.
- ⑧Loving HUG：橋本武夫. 母乳育児支援研究所編. 柳瀬ワイチ株式会社, 2004.
- ⑨NICUに赤ちゃんがいるお母さんのための搾乳ダイアリー：大山牧子, メディカ出版, 2008.

### 母乳育児に関する社会資源（項目8より再掲）

- ①家族、友人、近隣に住む女性たちに手伝ってもらおう。
- ②母乳外来（入院していた施設に母乳外来が開設されていないこともある。そのような場合は紹介できる母乳外来の情報を入手しておく）
- ③家庭訪問（未熟児訪問指導-都道府県保健所、訪問助産師や保健師の訪問システムなどを確認しておく）
- ④母親同士の支援グループ（ラ・レーチェ・リーグ日本：<http://www.111japan.com/> や地域の母親支援グループなど）
- ⑤母乳育児相談室（助産所、診療所など）の助産師、IBCLC（国際認定ラクテーション・コンサルタント <http://www.jalc-net.jp/resource.html>）
- ⑥各都道府県の助産師会（<http://www.midwife.or.jp/>）および子育て・女性健康支援センター
- ⑦保健所や母子センター主体の「子育て支援センター」や電話相談

### **謝辞**

本ガイドライン作成にあたり、井村真澄氏（助産師・IBCLC）、大山牧子氏（小児科医・IBCLC）には、内容全般にわたるアドバイスをいただき、また母乳育児カウンセリングの項では五十嵐祐子氏（IBCLC）にご協力をいただきました。ここに深く感謝申し上げます。

## 文献一覧

### 項目 1

- Benner P, & Wubel J (1989) / 難波卓志訳(1999). 現象学的人間論と看護. 17-26, 東京: 医学書院.
- Chen DC, Nommsen-Rivers L, Dewey KG, et al (1998). Stress during labor and delivery and early lactation performance, *Am J Clin Nutr*. 68(2): 335-44.
- De Carvalho M, Robertson S, Friedman A, et al (1983). Effect of frequent breast-feeding on early milk production and infant weight gain. *Pediatrics*, 72(3): 307-11.
- 深谷久子, 横尾京子, 中込さと子(2006). Drotar らの先天性奇形を持つ子どもを出産した親の反応仮説モデルの信頼性の検証. *日本新生児看護学会誌*, 12(2), 21-31.
- Hinds LA, Tyndale-Biscoe CH (1982). Prolactin in the marsupial *Macropus eugenii*, during the estrous cycle, pregnancy and lactation. *Biol Reprod*, 26(3): 391-8.
- 五十嵐祐子(2009). 母乳育児カウンセリング, 母乳育児支援ブック. 涌谷桐子 (編), 日本ラクテーション・コンサルタント協会, 10-18, 大阪: MC メディカ出版.
- Lauwers J, Woessner C, (1989) / 青野敏博 訳, 母乳育児カウンセリング. 434, 大阪: メディカ出版.
- Mackay RC, Hughes JR. & Carver EJ (1989) / 川野雅資, 長田久雄, 河合美子訳 (1991). 共感的理解と看護. 3-7, 東京: 医学書院.
- 日本ラクテーション・コンサルタント協会 (2007), 母乳育児支援スタンダード, エモーションナルサポート. 46-66, 東京: 医学書院.
- Riordan J (2010). *Breastfeeding and Human Lactation* 4<sup>th</sup> ed., 91, Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Sernia C, Tyndale-Biscoe CH (1979). Prolactin receptors in the mammary gland, corpus luteum and other tissues of the tamar wallaby, *Macropus eugenii*. *J Endocrinol*, 83 (1): 79-89.
- William A.H. S. & Lewis, J.M (1985) / 小林登, 竹内徹 監訳 (1990). 未熟児 その異なった出発. 20, 東京: 医学書院.
- 涌谷桐子 編集(2009). 母乳育児支援ブック. 日本ラクテーション・コンサルタント協会, 大阪: MC メディカ出版.
- Zuppa AA, Tomesello A, Papacci P, et al (1988). Relationship between maternal parity, basal prolactin levels and neonatal breast milk intake. *Bio Neonate*, 53(3): 144-7.

### 項目 2

- Fry, S.T. (1994) / 片田範子, 山本あい子 (1999). 看護実践の倫理. 39-51, 東京: 日本看護協会出版会.
- Mohrbacher, N. & Stock, J (2003): *The breastfeeding answer book* 3<sup>rd</sup> ed. 2-9, California: La Leche League International.
- 日本看護協会 (2003): 看護者の倫理綱領. <http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/rinri.html>
- William AHS, Lewis JM (1985) / 小林登, 竹内徹監 訳 (1990). 未熟児 その異なった出発. 20, 東京: 医学書院.

### 項目 3

- American Academy of Pediatrics(AAP)(2005)/ 日本ラクテーション・コンサルタント協会訳(2006). 「母乳と母乳育児に関する方針宣言」2005年改訂版, <http://jalc-net.jp/>.
- 北島博之(2006). NICU 感染予防対策ガイドライン, 第 2 章 感染予防への布石. 厚生科学研究費補助金 (医薬安全総合研究事業) 集中治療部門 (ICU, NICU) 等, 易感染性患者の治療を担う部門における院内感染防止対策に関する研究(第一試案).
- Lawrence RA (2005). *Breastfeeding: A guide for the medical profession* 6<sup>th</sup> ed., 217-9, PA: Mosby.
- 水野克己, 水野紀子, 瀬尾智子(2007). よくわかる母乳育児. 41-42, 東京: へるす出版.

### 項目 4

- Hartmann P (2003) / 横尾京子 (2005). 早産児の産婦における乳汁分泌の開始および母乳の確立—乳汁成分の変化および母乳

の強化について. 日本新生児看護学会誌, 11 (1), 23-31.

ILCA (2005)/JALK(2008). 母乳だけで育てるための臨床ガイドライン, 10, NC: ILCA

水井雅子(2007). ポジショニングラッチ・オン, 母乳育児支援スタンダード. NPO法人日本ラクテーション・コンサルタント協会編, 176-186, 東京: 医学書院

Newman, J. (2007). When Latching, <http://www.breastfeedingonline.com/whenlatchingpdf.pdf>

Page L (2000)/鈴木江三子監訳(2002). 新助産学. 401, 大阪: メディカ出版

Smillie CM (2007). How infants learn to feed: a neurobehavioral model. In: Supporting Sucking Skills in Breastfeeding Infants, CW Genna, ed. 79-95, Boston MA: Jones and Bartlett.

涌谷桐子, 所恭子(2007). 母乳分泌の解剖・生理, 母乳育児支援スタンダード. NPO法人日本ラクテーション・コンサルタント協会編, 101-2, 東京: 医学書院

## 項目 5

Gotsch G (2002) / 大山牧子訳(2007). 小さく生まれた赤ちゃん—低出生体重児を母乳で育てるために—. 22, 東京: ラ・レーチェ・リーグ日本.

Hill PD, Aldag JC, Chatterton RT (1996). The effect of sequential and simultaneous breast pumping on milk volume and prolactin level: a pilot study. *Journal of Human Lactation* 12:193-9.

北島博之(2006). NICU感染予防対策ガイドライン, 第2章 感染予防への布石. 厚生科学研究費補助金(医薬安全総合研究事業)集中治療部門(ICU, NICU)等、易感染性患者の治療を担う部門における院内感染防止対策に関する研究(第一試案).

Lewrence, RA. (2005). *Breastfeeding: a guide for the medical profession* 6<sup>th</sup> ed., 503, PA: Elsevier.

水野克己, 水野紀子, 瀬尾智子 (2007). よくわかる母乳育児. 130, 東京: へるす出版

大山牧子(2010). NICUスタッフのための母乳育児ハンドブック第2版. 74-79, 大阪: メディカ出版.

Pardou A, Serruys E. & Maascart-Lemone F, et al (1994). Human milk banking: influence of storage processes and of bacterial contamination on some milk constituents, *Biol Neonate*, 65, 302-9.

Riordan J (2010). *Breastfeeding and Human Lactation* 4<sup>th</sup> ed., 439, Boston: Jones and Bartlett Publishers.

Sigman, M., Burke, KI. & Swamer, OW., et al. (1989). Effect of microwaving human milk: changes in IgA content and bacterial count, *J Am Diet Assoc*, 89, 690-8.

涌谷桐子, 所恭子 (2007). 母乳分泌の解剖・生理, 母乳育児支援スタンダード. NPO法人日本ラクテーション・コンサルタント協会編 101-2, 東京: 医学書院

横尾京子, 中込さと子, 村上真理 (2003). ハイリスク新生児の母乳育児支援: 看護職者の認識からみた電動搾乳器の活用に関する課題. 日本新生児看護学会誌, 9(2), 25-34.

Zuppa AA, Tornesello A, Papacci P, et al (1988). Relationship between maternal parity, basal prolactin levels and neonatal breast milk intake. *Bio Neonate*, 53(3): 144-7.

UNICEF・WHO(1993)/BFHI 2009 翻訳編集委員会(2009). 母乳育児支援ガイド ベーシック・コース. 234-235, 東京: 医学書院

## 項目 6

Flint A (2007). Cup feeding versus other forms of supplemental enteral feeding for newborn infants unable to fully breastfeed. *Cochrane Database Syst Rev*. 18;(2): CD005092.

Hake-Brooks SJ, Anderson GC (2008). Kangaroo care and breastfeeding of mother-preterm infant dyads 0-18 months: a randomized controlled trial. *Neonatal Network*, 27(3), 151-9.

林良寛 (2000). おしゃぶりの吸啜と空乳首の吸啜の比較. *Neonatal Care*, 13(10), 50-53.

Kenner, Lott (2003). *Comprehensive neonatal nursing: A physiologic perspective* 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia, Sanders.

北島博之(2006). NICU感染予防対策ガイドライン, 第2章 感染予防への布石. 厚生科学研究費補助金(医薬安全総合研究事

業) 集中治療部門 (ICU, NICU) 等、易感染性患者の治療を担う部門における院内感染防止対策に関する研究(第一試案).  
Mannel R, Martens P, Walker M (2007). Core Curriculum for Lactation Consultant Practice. International Lactation Consultant Association, 396-400, MA: Jones and Bartlett Publishers.  
Meier P (1988). Bottle- and breast-feeding: effects on transcutaneous oxygen pressure and temperature in preterm infants. Nurs Res, 37(1): 36-41.  
水野克己, 水野紀子, 瀬尾智子 (2007) . よくわかる母乳育児. 138-141, 東京:へるす出版,  
奥起久子 (2000). 低出生体重児 Q&A, Neonatal Care 春季増刊. Vol.13, No4, 175, 大阪:メディカ出版.  
UNICEF・WHO(1993)/ BFHI 2009 翻訳編集委員会(2009).母乳育児支援ガイド ベーシック・コース. 208, 東京:医学書院.  
Wolf & Glass (1992). Feeding and Swallowing Disorders in Infancy. Tucson, AZ, Therapy Skill Builders.

## 項目 7

Australian Breastfeeding Association: ABA (2003). Breastfeeding with clefts of lip and/or palate, Australian breastfeeding Association booklet series.  
Meier PP (2001). Breastfeeding in the special care nursery. Prematures and infants with medical problems, Pediatr Clin N Am, 48(2) 425-42.  
Meier PP, Brown LP, Hurst NM, et al (2001). Nipple shields for preterm infants: Effect on milk transfer and duration of breastfeeding. J Hum Lact, 16(2) 106-114.  
Mizuno K (2003) . The maturation and coordination of sucking, swallowing, and respiration in preterm Infants J. Pediatric 142, 6-40.  
水野克己, 水野紀子, 瀬尾智子 (2007) . よくわかる母乳育児. 143, 東京:へるす出版,  
Nyqvist KH, Sjiöden PO (1999) . The development of preterm infants breastfeeding behavior, Early Human Development 55 : 247-264.  
大山牧子 (2006) . 個別的ケアからみた母乳育児支援, 直接授乳を始めても赤ちゃんの飲む量が増えないときステップごとに考えて対処しよう. Neonatal Care, 19, 495-692, 1105.

## 項目 8

ABM Clinical Protocol #12 (2008). Transitioning the Breast feeding/Breast milk-fed premature infant from neonatal intensive care unit to home.  
ILCA (2005)/JALK(2008). 母乳だけで育てるための臨床ガイドライン, 19-20, NC: ILCA.  
International Lactation Consultant Association: ILCA (1999)/日本ラクテーション・コンサルタント協会(2003). 生後 14 日間の母乳育児支援 エビデンスに基づくガイドライン. 18, 日本ラクテーション・コンサルタント協会.  
越山茂代 (2007). 退院後の地域での母乳育児支援, 母乳育児支援スタンダード. NPO 法人日本ラクテーション・コンサルタント協会編, 244-52, 東京:医学書院.  
UNICEF・WHO(1993)/ BFHI 2009 翻訳編集委員会(2009).母乳育児支援ガイド ベーシック・コース. 195-196, 東京:医学書院.

## 項目 9

本郷寛子(2002). 一人目の母乳育児がうまくいかなかった経験を持つ母親への援助. 助産雑誌, 56(7), 16-21.  
本郷寛子(2006). 母乳育児カウンセリング・実践編. 第二回 医師のための母乳育児支援セミナー. 日本ラクテーション・コンサルタント協会, 119-26.

## 項目 10

越山茂代(2007). 退院後の地域での母乳育児支援. NPO 法人日本ラクテーション・コンサルタント協会編, 母乳育児支援スタンダード, 244-52, 東京:医学書院.

## 資料1 カウンセリングの基本技術

カウンセリングとは、Lauwersは「エモーショナル・サポートをしてもらいたい」「身体的な心地よさを供給してほしい」「何が起きているのか、どうすればいいのかを理解したい」「自ら積極的な行動が取れるようになりたい」といった母親のニーズ（基本的欲求）を段階的に満たしていくものである、と定義している（Lauwers, 1989）。

カウンセリングによって、母親は①自分自身や問題や悩みに対する自分の感情、②問題そのもの、③問題を引き起こしたできごとや行動、④問題を解決する方法 などをはっきりと理解し、必要な判断を行っていく（五十嵐, 2009）。

### エンパワーし情報を提供するためのカウンセリング

- ①母親と同じ目線の高さに座って、適当な距離で話す。
- ②母親がどのような感情を持っているのかを自由に話すことができるように助ける。
- ③「問題」「失敗」といった言葉を使うことを避ける。
- ④母親から多くの感情・心情を理解するための情報を収集する。
- ⑤直接的な質問ばかりしない。
- ⑥あなたが彼女を好きで受け入れているのだと、その母親に感じてもらうようにする。
- ⑦母親に情報を提供し、限定した提案をする。
- ⑧母親のフォローアップをし、可能ならサポートグループを提供する。

### カウンセリングの実際の場面でのポイント

- ①共感を示す：「・・・のような気がするんですね。」 「・・・のように思えるんですね。」
- ②自由回答方式：「はい、いいえで」答えられないような質問。例えば、いつ、だれが、どこで、何をした、どのように、など。
- ③母親を受容する：自己開示することもある。
- ④情報提供と提案：求められているものを具体的に説明する。

### 母親への情報提供の際の留意点

- ①母親へアドバイスをしたり、教育したりするような場面では、母親が知りたいことは何かをはっきりさせるように、母親の話や言葉をよく聴く。
- ②看護者が母親の質問に答える際、あるいは、情報提供の場面では、助言は2つか3つにする。多くの助言を一度に与えることによって、母親を圧迫しないように気をつける。
- ③情報提供の際には、さらに、選択肢を母親に提示するようにし、母親が自分にとって何が有効か、母親自身が決められるように支える。

## 資料2 授乳の具体的な方法

### 1) ポジショニング (抱き方) とラッチ・オン (含ませ方・吸着)

ポジショニングの重要性 (水井, 2007) : 母乳育児支援の第一歩は、母親がリラックスして楽に授乳できるようにアドバイスすることと児が乳房から効果的に母乳を飲みとることができるようになることで、さまざまなトラブルの原因となる乳房の過度な緊満を回避することであると言われている。この鍵となるのが、適切なポジショニング (抱き方) とラッチ・オン (含ませ方・吸着) である。看護者は、授乳に際して母親がこれらを一人で出来るように支援するための知識と技術を備えている必要がある。

ポジショニング (抱き方) には、横抱き・ゆりかご抱き (Cradle hold)、交差横抱き (Cross cradle hold)、脇抱き (Clutch hold) や立て抱き (Straddle sit) などがある。

哺乳に時間がかかるような場合には、ダンサー・ハンド・ポジション (親指と人差し指の付け根で下顎を圧迫する) を試すとよい。ダンサー・ハンド・ポジション (Dancer-hand position) とは、米国の助産師 Sarah Danner と医師 Edward Cerutti にちなんだ名称である。

横抱き



交差横抱き



脇抱き



立て抱き



2) ラッチ・オン（吸いつかせ方・吸着）の手順（UNICEF/WHO, 2009）

- ①乳児の唇を乳頭で触れて、探索反射を誘発する。
- ②乳児が大きな口を開くまでまつ（あくびをしているほどの大きさ）
- ③乳児を乳房へ近づける、乳房を乳児に近づけるのではない。
- ④乳児のからだ全体を乳房のほうへ近づける。
- ⑤乳児が口いっぱい乳房をくわえていることを確かめる。
- ⑥吸着（吸いつき）を助けるために、授乳中は乳房を支える。
- ⑦乳房がうまく吸い付けない場合や母親が痛みを訴える場合は陰圧を抜いて（母親の指を児の口に挿入し）乳児を乳房から離し、もう一度はじめからやり直す。

3) 効果的な吸啜のための吸着のサイン（UNICEF/WHO, 2009）から一部改

乳児が効果的に吸啜できるように吸着していると以下の様子がみられる。

- ①乳児の口が大きく開いている
- ②乳児の下顎が乳房に触れている
- ③乳児の下唇が外向きに開いている
- ④乳児が吸啜して、少し休憩、そしてまた吸啜する－ゆっくりした、深い呼吸
- ⑤母親に乳児が嚙下している音が聞こえる
- ⑥乳頭・乳輪から乳房までの広い部分が乳児の口の中に入っており、授乳の途中で乳房を離そうとしても乳房は乳児の口内に強く引き込まれていて容易に離れない。
- ⑦効果的な吸着ができていれば、母親は授乳の際には乳房を吸われていると感じるが痛みを感じない。

4) 効果的な授乳ができているサイン（ILCA, 2005/2008）

- ①乳児は哺乳の初めは早く吸啜するが、射乳が起こると1秒間に1回ゆっくりとしたリズムで吸啜/嚙下し、時々休息しながら最初の乳房を約15～20分飲む。
- ②乳児の腕と手がリラックスし、嚙下音が聞こえる。24時間に6回以上、薄い尿でオムツを濡らし、3回以上の排便がある。
- ③母親は授乳の前には乳房の張りを感じ、授乳後には柔らかく感じる。乳房や乳頭に痛みはない。

5) 眠りがちな乳児を起こす方法（ILCA, 2005/2008）

乳児が哺乳できるような時（前回の授乳から2時間かそれ以上経過しているようなタイミング）でも、乳児が起きて飲もうとしなかったり、授乳を開始してもすぐに眠ったりするような乳児の場合は、母親が乳児を起こして授乳させる方法を知っているとよい。その具体的な方法を以下に記す。

- ①毛布や掛け物を外してみる
- ②オムツを替えてみる
- ③母親と肌と肌を触れ合わせてみる
- ④乳児の背中や腹部や手足などをマッサージしてみる

#### 6) 乳房から直接哺乳する際のアセスメント

授乳を見る際に「授乳観察表」などを利用すると、授乳観察・評価が効率よく実施することができる。ここでは、未熟児用・正常新生児用の授乳アセスメント表の例を付記する。(資料編、以下参照)

具体的には、母親が乳児に授乳している間、何が起きているか静かに観察し、それを記録する。

授乳が効果的におこなわれているかを観察し、評価、記録することで、授乳に関する問題点を見つけることが可能となり、看護者間での共通理解が得られやすく、指導の統一も図りやすくなる。

また、授乳に関してできている点や問題だと思われる点を母親に知らせることが可能となり、母親が状況を認識できれば、問題の改善へとつなぐことができる。

授乳の主な観察項目は以下の4要素からなる。<母親の行動(姿勢やポジショニング)、乳児の行動(吸着・吸啜の状態)、乳房と乳頭の状態(乳房緊満や乳頭損傷)、母親の母乳育児に対する態度と意欲>

また、授乳を見る際に「授乳観察表」を利用すると、授乳観察・評価が効率よく実施することができる。

#### 7) 授乳を終える際の留意点 (UNICEF/WHO, 2009)

- ①乳児が自分から乳房を離すまで授乳を続ける。
- ②乳児が最初に与えた方の乳房を飲み終わってから、次の乳房を与える。
- ③両方の乳房を次々と与え、乳児が望む限り長く授乳する。
- ④乳児が吸啜し、母乳を嚥下しているときには、乳房から離さないようにする。
- ⑤母乳を飲み終わってからも、長く乳房のところにいることを楽しむ乳児もいるが、母親がこのような楽しみのための吸啜を終わらせたいと思うのなら、乳児の口の端からやさしく指を入れて乳房から離すこともできる。

資料3 低出生体重児における乳房からの哺乳行動の発達スケール (PIBBS)  
 覚醒状態・抱き方・姿勢チェック表 (大山, 2008)

当てはまる赤ちゃんの覚醒状態を番号で

覚醒状態	1;睡眠 2;うとうと 3;覚醒 4;啼泣							
抱き方/姿勢	抱き方・姿勢: 始めから適切○, 支援で適切○, 次回も要支援△ 母親がリラックスしていて, 快適であること 赤ちゃんが乳房の高さで抱かれている. 赤ちゃんの体重は母親の腕と胸で支え, 膝では支えない (クッションに載せるのではない). 赤ちゃんの体全体が母親の方を向いて, しかも密着していること (母親の胸と赤ちゃんのおなか)が密着) 赤ちゃんの頭が体に対して一直線に支えられて (耳・肩・腰が一直線), 乳房の方を向いている. 母親が児に向かう (母親が前かがみになってしまう) のではなく, 母親が児を引き寄せる.							
測定した哺乳量	測定しなかった場合は斜線を							
搾乳量	1日あたり (ml) 1回あたり (ml) 1日あたり 回							
PIBBS								当てはまる項目に■を
探 索	探索しない 少し (口をあける, 舌を出す, 手を口にもってくる) しっかりした探索 (頭を向けると同時に開口する)	0 1 2						
乳輪把握	なし, 口が乳頭にふれることもある 乳頭の一部を含む 乳頭全体を含む, 乳輪は含まず 乳頭と乳輪の一部を含む	0 1 2 3						
吸着と吸着の持続	全く吸着しない, ごくわずか 5分以内の吸着 6~10分の吸着 11~15分以上の吸着	0 1 2 3						
吸 啜	吸啜しない なめたり, 味わったりするが吸啜しない 1回だけ, まれに短い吸啜持続 (2~9回) 短い吸啜を繰り返す, ときに長い吸啜持続 (10回以上) 2回以上の長い吸啜持続	0 1 2 3 4						
最大吸啜持続	1~5 6~10 11~15 16~20 21~25 26回以上	1 2 3 4 5 6						
嚙 下	嚙下がみられない ときどき嚙下する 繰り返し嚙下する	0 1 2						
合計点/20点								
その他気づいたこと								
	観察年月日		/	/	/	/	/	/
	観察者名							

<乳汁移行がみられないときの考え方>

- ①搾乳量は十分か
- ②児の覚醒状態は適切か
- ③抱き方/姿勢は適切か
- ④児の下あごの先が乳房に密着しているか
- ⑤吸啜のリズムが速いからゆっくりになり同時に嚙下が見られるか

(大山, 2010 より転載)

## 資料4 退院に向けての確認と助言

### 1) 授乳間隔

退院後の授乳回数は1日で8~12回程度となることが多い。これは自然なことであり、母親は1日のうちで授乳のために多くの時間を費やすようになる。また、乳児は覚醒している時間が増えてくるため、抱いたり、あやしたりする時間も必要になってくることや、退院後の母親の生活は家事に加え、授乳などの育児にかかる時間が増えることで、今まで通りの生活とは大きく変わることを説明する。

### 2) 良好な哺乳のサイン

必要な哺乳量を乳児が飲んでいるかは母親にとって最大の関心事で、また心配な点であることが多い。また、低出生体重児では、吸啜できていても乳汁の移行のない場合もあり、哺乳量が少ないときは飲んでいる音が聞き取りにくいこともある。最も正確な方法は、2g単位のデジタル体重計で哺乳量の測定を行うことである(大山, 2004n)。哺乳量がある程度増えてきたら、母親には以下のサインを確認することで乳児が十分に母乳を飲んでいることを知ることができることを伝える。

#### 退院後の乳児が十分な母乳を飲んでいるサイン (UNICEF/WHO, 2009)

- ①少なくとも、24時間に8回以上授乳している。
- ②乳児の吸啜のリズムが1回の授乳の途中で変化する。乳児の嚙下している音が聞こえる。
- ③授乳と授乳の間は覚醒していて、満足そうに見える。
- ④筋緊張が良く、皮膚の状態もよい。
- ⑤24時間の間に、6回以上の排尿があり、3~8回程度の排便がある。
- ⑥一定のペース(平均18-30g/日)の体重増加がみられる。

### 3) 母乳生産量を増やす方法 (UNICEF/WHO, 2009)

- ①母乳を飲んでいる時に、乳児が吸着して効果的に吸啜しているかどうかを確認する。
- ②母乳量を増やすために、1回の授乳中に何回も両方の乳房を交代で吸わせる。
- ③眠りがちなため哺乳量が少ない場合は乳房圧迫(授乳しながら軽く乳房を圧迫する)を行う。
- ④1回の哺乳量が少ない場合は補足する。
- ⑤哺乳びんやおしゃぶりの使用を止める。
- ⑥母親は十分な飲み物や食べ物を摂取する。
- ⑦授乳と授乳の間はなるべく身体を休め、リラックスする。
- ⑧乳児をなだめるためにも乳房を吸わせる
- ⑨その地域の「母乳の出を良くするもの」を試してみる。
- ⑩授乳と授乳の間に搾乳する。

### 4) 母乳育児を円滑に進めるための生活リズムの調整 (ILLI, 2002/2007)

- ①退院後の数日間、できれば授乳と乳児の世話に専念したほうが良い。料理、洗濯、掃除などの家事や上の子どもがいる場合には遊んでもらう時間を考慮して、それらは他の人(友人や家族)に助けを求められるようあらかじめ頼んでおくとうい。
- ②家事(掃除や洗濯など)を友人に手伝ってもらう他に、料理などを頼んで運んでもらう。予め、冷凍食品を準備しておく、家族(夫など)に数日間仕事を休んでもらうか手伝いに来てもらえるように頼んでおく。
- ③来客は遠慮してもらるか短時間で切り上げてもらうようにする。

④退院後の数日間はストレスが多いことが予想されるため、母親はしっかりと食事を摂り、休息する必要がある。そうすることで、母親も元気で前向きな気持ちでいられる。1日に1回は乳児が昼寝をする時に、できるだけ一緒に眠るようにする。

⑤夜もできるだけ十分な睡眠を取るように心がけ、添い寝なども試してみる。 など

5) 退院後予測される母乳育児上の問題への対処 (ILCA, 2005/2008)

#### 乳頭痛

①退院後は、入院中よりも授乳回数が多くなるために乳頭痛を感じることもあるが、適切な吸着・吸啜が行われていれば、痛みは徐々に消失する。

②痛みは、不適切な授乳姿勢と吸着が原因であることが多いので、適切に授乳が行われるようになると痛みは消失することが多い。

③授乳中または授乳後、もしくは授乳と授乳の間に持続する痛みは原因を考える。

④細菌や真菌感染など、他の原因も検討する。

#### 母乳不足感

①出産後2週目以降には、母親の乳房には初期の頃の張りはなくなってくるため、母乳分泌が低下してきたと感じることも多いが、これは母乳産生が減少しているシグナルではない。

②乳児の尿と便の量は、母乳摂取量が適切であることの一歩の目安となる。

③よく泣いてむずかる乳児でも、排泄や体重増加が適切なら、むずかる原因は母乳不足ではない。

#### 乳児が泣くとき

①乳児が泣く時は、どのような場合でも無視してはならない。

②泣くのは空腹のためばかりではない。乳児は何かのニーズを知らせるために泣くのであるから、乳児が空腹のサインを示していなければ、授乳よりも何か他の手段を試してみるのがよいかもしれない。

③乳児が成長してくれば、授乳と授乳の間は長く開くようになる。

## 資料5 カウンセリングの実際

### 例-1) 26週で早産児を出産し、1ヵ月過ぎから人工乳のみとなった母親

母親A	看護者	留意点
赤ちゃんにおっぱいをあげたくて、2週間頑張って搾乳したんですけど、結局、だんだん出なくなってしまうました。	Aさんは、太郎ちゃんに母乳を飲ませてあげたいと思われて、ずっと搾乳されてきたんですね。そして2週間搾乳を続けてきた頃から、母乳があまり出ていないように思えて、不安に感じておられるんですね。太郎ちゃんのためにこれまで昼も夜も時間を惜しまず努力されてきたAさんは、素晴らしいお母さんですね。	相手の状況を具体的に表現しながら、感情と理由を言い表し、相手のよい点をほめる。
でも、4週間たって結局は出なくなっ、今は粉ミルクだけになりました。もっと頑張ればもう少し長くお乳をあげられたのでしょうか？	もう少し長くお子さんに母乳をあげるためには、もっと何かできたのではないかと、ご自分のこれまでのやり方が良かったのかと心配されているんですね。	「一のように思えて」と言うことで、相手の判断に同意せず、また否定もしないで、共感の言葉を言い表す。
はい。子どものために、できるだけことをしたいと思っていたのですが、2週間くらいで出なくなってしまうて・・・。	大切な太郎ちゃんのためにできるかぎりのことをしたいと望んでおられたのに、2週間ほどで母乳が出なくなってしまうように感じて、悲しいお気持ちなのですね。	相手の状況についてこちらの理解を伝える。
悲しい、というより、子どもに申し訳ない、というか、他にも何かしてやれることがあったのではないかとと思うのです。	悲しいというよりは、母乳育児を続けるために、もっと他にも出来ることがあったのではないかと自分を責めるようなお気持ちなのですね。	相手の感情を、対話を通して適切に理解する
はい、そうなんです おっぱいをあげられるのは私しか無いって、わかっていたのに、出なくなってしまったので、これから先も大丈夫なのか... って。	母乳で育てられるのは母親の自分だけだと思っ、てがんばってきたのに、思うように行かなくて、この先、お母さんとして太郎ちゃんをちゃんと育てられるのか不安を感じておられるんですね。	相手の感情と理由を言い表し、その後、相手が言おうとしている言葉を探る。
そうなんです。だって、たったの2週間しかあげられなかったんですから・・・。	やれるだけのことをしたのに、母乳をあげられた期間が2週間なんて短いように思えて、残念なお気持ちなのですね。	相手の感情とその理由を言い表す。
ええ・・・頑張っていたのですが、だんだん搾乳の量が減ってきてしまって...。先週から全然出なくなりました。	太郎ちゃんのために母乳をあげたいと努力されてきたのに、思わぬ状況になってがっかりされているんですね。 Aさんは太郎ちゃんを出産されてから、ずっと昼も夜も搾乳を続けてこれ、太郎ちゃんのために、本当によく頑張られましたね。お子さん思いの優しいお母さんですね。 Aさんの搾母乳があったからこそ太郎ちゃんは生後まもなくから2週間も母乳を飲むことができたのですよ。これは何にも代えがたい価値があることですね。	相手の感情とその理由を言い表す。  相手の努力を認め、ほめる。 その努力が、とても大切な結果をもたらした事を伝える。
そうでしょうか？ たったの2週間だけでもですか？...	2週間なんて短かすぎるように思えて、価値があるのかしらと疑問に思われているんですね。たった一回でも母乳を飲むことは赤ちゃんの成長に大きな役目を果たすことが分かっています。太郎ちゃんはとても幸せですね。	相手の感情と理由を言い表す。 その努力が、とても大切な結果をもたらした事を伝える。 事実を前向きにとらえ、表現する。
2週間でも価値のあることなんですね。自分では出来るだけのことをしてあげたいと思って頑張りました。私もちゃんと母乳育児できていたのですね。	太郎ちゃんを思って母乳を搾り続けたことは、Aさんにしかできない、かけがえのないことですよ。 Aさんは、いつも太郎ちゃんのことを大切に考えておられる立派なお母さんですね。これからも太郎ちゃんはお母さんとお父さんの愛情を受けてすくすくと大きく育っていかれるでしょうね。	相手の気持ちを強化し、支える。 今後の希望につなげる表現を用いる。
なんだか、それを聞いてこれからも頑張っていこうと思えるようになりました。	Aさんがお元気になられたようで、私も嬉しいです。	共に喜びを共有し、相手を励ます。

例-2) 母体疾患のために母乳育児を断念しなければならなかった場合

母親B	看護者	留意点
結局、粉ミルクを与えることにしましたが、これで本当に良かったのかなあ、って考えてしまうことがあります。	Bさんは、色々考えた末に粉ミルクを与える選択をされたことを思い返して、それで良かったのかと心配になることがあるのですね。	相手の感情とその理由を言い表す。
そうです。でも、あの時はすごく悩んだんですよ。どうしたらこの子のために一番いいのかと…。	花子ちゃんにとって何が一番いいのか、悩んだ末の選択だったのですね。Bさんは花子ちゃんのことを本当に大切に思っていたら、すばらしいお母さんですね。その決断が、今思うと花子ちゃんにとって本当に良かったのかどうか不安に思えるのですね。	相手の置かれた状況を言い表し、良い点をほめる。 相手の感情とその理由を言い表す。
そうなんです。粉ミルクで花子を育てることで、この子が大きくなってから身体が弱くなるとか、何か負い目を感じるようなことになるのではないかと不安になることがあります。	Bさんは、粉ミルクで育てることで、将来花子ちゃんの身体が弱くなるなど、花子ちゃんが何か負い目を感じたりはしないかと心配されているのですね。	相手の感情とその理由を言い表す。
ええ。だって、母乳が赤ちゃんにとって一番いい、と言いますからね。私もできれば、母乳で育てたいと思っていました。	赤ちゃんにとって母乳がいいと知っていたので、Bさんも本当は母乳で育てたいと思っていたのに、その思いがかなわず、残念なお気持ちなのですね。 粉ミルクという選択は、Bさんのお体のこと、花子ちゃんにとって何が一番いいのか、難しい問題をBさんが懸命に考え出された答えですから、とても価値のあることですね。	相手が、本当はどうしたいと思っていたのか、その選択した理由を確認し、結果として選んだ、選択肢を前向きに考えられるような言葉かけをしている
そうなんです、必死に考えました。それで、この子のために何が一番いいかと思って、粉ミルクに決めました。主人もその方がいいんじゃないかと言ってくれて…。	ご主人も同様に、花子ちゃんのことを懸命に考えられて粉ミルクを選ばれたのですね。 Bさん、ご主人は花子ちゃん思いの素晴らしいパパですね。こんな愛情深いご両親のもとで、花子ちゃんはきっと心豊かに成長されるでしょうね。	相手の状況を認め、良い点をほめる。
そうだといいのですが…。なんだか、ちゃんと育てられるのか、この先を思うと不安なんです。	Bさんは、これから先の花子ちゃんの育児を思うと不安になることもあるのですね。具体的に、どんなところが心配ですか？	相手の感情と理由を言い表して共感を示しながら、具体的に何が心配かを探し出そうとしている。
そうですね…。花子は今も保育器に入っていますし、退院してからもちょうんと育ていけるのかと心配になります。	Bさんは、今もまだ保育器に入っている花子ちゃんを思うと、退院してからどのように育ていけばいいのかと不安なのですね。	相手の感情とその理由を言い表す。
不安というより、怖いような感じかな…。あんなに小さい花子を育ていけるか、泣き止まなかったらどうしよう、とか、熱がでたらどうしたらいいのか、とか…。	Bさんは、今はまだ小さい花子ちゃんをご覧になって、この先我が子を育ていけるのか、泣き止まなかったら、熱が出たらどう対応すればいいのか・・・大きな責任を課せられたような気がして恐ろしいのですね。 花子ちゃんはBさんにとって初めてのお子さんなので、赤ちゃんの育て方についても色々心配されているのですね。  ここから、育児一般の不安の相談に。	相手の感情とその理由を言い表しながら、相手の不安の具体的な内容を述べている。