NICUにおける母乳育児指導に関する実情と課題

横尾　京子（委員長）[1)]，宇藤　裕子[1)]，木下　千鶴[1)]，長内佐斗子[1)]，
村木ゆかり[1)]，粟野　雅代[2)]，岡永真由美[2)]，高田　昌代[2)]

キーワード（Key words）：1．NICU
2．ハイリスク新生児（high risk neonate）
3．母乳育児（breastfeeding）
4．直接授乳（直母）（feeding at breast）
5．指導（education）

母乳育児指導が医療保険において医療技術として認められるためには，指導内容の標準化や効果の証明が必要である．その基礎資料を得る目的で調査を実施した．調査は，郵送法による構成型質問紙（一部自由記載）調査とし，2007年8月1日から2008年3月24日までの期間で実施した．対象は，新生児医療連絡会に加入している202施設のNICU看護師長とした．質問内容は，施設の背景，NICUに入院した新生児の母親への母乳育児指導（出産後最初に行う指導・母親が退院する際の指導・最初に直母を行う際の指導・新生児が退院する際の指導），NICUにおける母乳育児支援体制，母乳育児指導料の保険点数化とした．分析は記述的に行った．

112施設の回答内容を分析した結果，次の5つの課題が明らかになった．1）出産後最初に行う指導の時期と内容の検討，2）直母開始までのケア内容の充実，3）新生児（乳児）の退院時における母乳栄養率の改善，4）NICUに入院した新生児の母乳育児のためのガイドラインおよび研修に対する看護者の高いニーズに応える必要性，5）研修と認定制度の確立．今後の日本新生児看護学会および日本助産学会の取り組みが重要である．

はじめに

NICUでは，ハイリスク新生児の母乳育児を成功させるために，看護者による搾乳や直母に関する個別指導が実施されている．特に，直接授乳（母親の乳房から直接授乳すること，直母と略す）の指導には，専門的な知識や技術のみならず，1回当たりの指導時間が30～60分というように，時間を必要としている．しかし現行の医療保険制度では，この指導に対する診療報酬は認められていない．そこで，日本新生児看護学会および日本助産学会は，平成20年度診療報酬改定にあたって，「NICU入院児の直母指導料」に関する医療技術評価提案書を作成した．

この作業過程において，医療技術料が認められるには，標準的な方法や効果に関するエビデンスが必要となるが，NICUにおける直母指導の標準的な内容が明確ではないこと，直母指導の効果に関する国内外の研究は極めて少ないということが明らかになった．

そこで，NICUにおける母乳育児指導の標準化や効果に関する基礎資料とするため，全国調査を実施した．

調査方法

本調査は，広島大学大学院保健学研究科看護研究倫理委員会の承認を得て実施した．調査は，郵送法による構成型質問紙（一部自由記載）調査とし，2007年8月1日から2008年3月24日までの期間で実施した．対象は，新生児医療連絡会に加入している202施設のNICU看護師長とした．質問内容は，施設の背景，NICUに入院した新生児の母親への母乳育児指導（院内出生で，直母を直ちに開始できない新生児の母親に最初に行う指導・院内出生の新生児の母親が退院する際の指導・最初に直母を行う際の指導・新生児が退院する際の指導），NICUにおける母乳育児支援体制，母乳育児指導料の保険点数化とした．

調査開始にあたり，新生児医療連絡会名簿の使用許可を得た．また，調査協力の依頼書には，調査目的と方法，自由意志による協力，結果の公表，プライバシーの保護について文書で説明し，協力可能な場合には回答用紙の返送を依頼した．分析は記述的に行った．

・Present clinical issues about education for breastfeeding mothers in the NICUs
・所属：1）NICU入院児の母乳育児支援委員会　日本新生児看護学会　2）日本助産学会
・日本新生児看護学会誌　Vol.14, No.1：40～47, 2008

結　果

1．施設の背景

質問紙は119施設から回収した（回収率58.9%）．その内，産科施設をもたない7施設を除き，112施設の回答を分析対象とした（有効回答率55.4%）．

BHF（Baby Friendly Hospital）の認定を受けているのは112施設中9施設（8.0%），母乳外来を有しているのは94施設（83.9%）であった．国際認定ラクテーション・コンサルトがいるのは12施設（10.7%）で，NICU専属であるのは1施設のみであった．

NICU総病床数は26.3 ± 12.3（6～60床），その内，集中ケア室10.3 ± 4.3（3～21床），回復室16.3 ± 9.2（0～48床）であった．NICU加算床を有するのは103施設（92.0%）で，病床数は9.8 ± 7.2（3～24床）であった．

NICUに助産師がいるのは88施設（78.6%）で，助産師数は4.4 ± 3.9（1～20人）であった．NICUの面会時間については，「24時間自由」であるのは29施設（25.9%）であった．滞在時間を制限しているのは10施設（8.9%）で，30分間3施設，30～60分1施設，1時間5施設，1～2時間1施設であった．

平成19年5～7月までの3か月間において退院した新生児（乳児）のなかで，「ほぼ母乳のみであった（退院数日間において）」新生児（乳児）の割合は，回答66施設で，33.9 ± 22.7（0～97.4%）であった．また，直母を未経験のまま退院した新生児（乳児）の割合は，回答66施設で，5.7 ± 11.7（0～70.8%）であった．

表1．出産後最初に行う指導の時期

出産当日または翌日の日勤帯	53（47.3%）
出産後　6時間以内	13（11.6%）
12時間以内	6（5.4%）
24時間以内	12（10.7%）
2日以内	2（1.8%）
3日以内	1（0.9%）
その他	16（14.3%）
無回答	7（6.2%）

（n = 112）

2．出産後最初に母親に行う指導

院内出生の場合で，直母を直ちに開始できない新生児の母親に最初に指導を行う時期は，「出産当日または翌日の日勤帯」が最も多く，「出産後6時間以内」は11.6%であった（表1）．

指導場所は「ベッドサイド」，指導者は「産科側の看護者」，指導形態は「個別指導」，指導時間は「30分未満」が最も多かった（表2～表5）．指導方法は，「母親の乳房で，説明しながら実際にしてみせる」が最も多く，「パンフレット」や「ビデオ」を用いて説明する施設は半数以下であった（表6）．指導内容は，「乳汁産生を促す方法」が82.4%と最も多く，「電動搾乳器の使い方」は14.8%であった（表7）．指導時に特に留意している点は，「出産に伴う疲労や痛みなど母親の身体的側面」が最も多く，92.6%であった（表8）．

3．母親が退院する際の指導

母親が退院する際の指導場所，指導者，指導形態，指導時間各々について最も多かった回答は，出産後最初の

表2．指導場所

場　所＼指導場面	出産後最初	母親退院	最初の直母	新生児退院
産科ベッドサイド	84（75.0%）	73（65.2%）	－	－
産科指導室	13（11.6%）	20（17.9%）	－	－
NICU授乳室（コーナー）	－	－	79（70.5%）	75（67.0%）
新生児ベッドサイド	－	－	23（20.5%）	16（14.3%）
新生児指導室	－	－	2（1.8%）	4（3.6%）
その他	11（9.8%）	13（11.6%）	8（7.1%）	13（11.6%）
産科ベッドサイドか分娩室	(2)			
授乳室	(2)	(2)	(1)	
決まっていない	(2)	(1)		(2)
分娩台上	(1)			
産科ベッドサイドかNICU内	(1)	(2)		
説明室・ICルーム	(1)		(1)	(1)
産科ベッドサイドか指導室		(4)		
NICUフロアか授乳室や指導室			(5)	
NICUフロアやベッドサイド				(4)
個室や母子同室の部屋				(2)
無回答	4（3.6%）	6（5.3%）	6（5.3%）	4（3.6%）

（n = 112）

表3．指導者

指導者＼指導場面	出産後最初	母親退院	最初の直母	新生児退院
産科側の看護者	87（77.6%）	64（57.1%）	2（1.8%）	6（5.4%）
NICU 側の看護者	17（15.2%）	31（27.7%）	104（92.9%）	−
NICU 受け持ち看護者	−	−	−	91（81.3%）
NICU プライマリーナース	−	−	−	45（40.2%）
NICU リーダーナース	−	−	−	18（16.1%）
母乳育児の専門家	−	−	−	2（1.8%）
その他	4（3.6%）	10（8.9%）	5（4.5%）	11（9.8%）
産科看護者か NICU 看護者	(2)	(9)	(3)	
産科看護者と NICU 医師	(1)			
NICU 看護者と NICU 医師		(1)		
NICU 看護者と理学療法士			(1)	
必要時産科助産師に依頼			(1)	
医師・助産師				(4)
母乳育児支援グループスタッフ				(1)
無回答	4（3.6%）	7（6.3%）	1（0.9%）	3（2.6%）

(n = 112，「新生児退院」の場合は複数回答)

表4．指導形態

形　態＼指導場面	出産後最初	母親退院	最初の直母	新生児退院
個別指導	103（92.0%）	100（89.3%）	109（97.3%）	108（96.4%）
個別指導ではない	4（3.6%）	1（0.9%）	2（1.8%）	2（1.8%）
その他	2（1.8%）	5（4.5%）	1（0.9%）	1（0.9%）
母親の希望で個別に応じる		(1)		
個別性に合わせる	(1)	(1)		
個別や集団の場合がある		(3)	(1)	
無回答	3（2.6%）	6（5.3%）	0	1（0.9%）

(n = 112)

表5．指導時間

時　間＼指導場面	出産後最初	母親退院	最初の直母
30 分未満	65（58.0%）	59（52.7%）	39（34.8%）
30 ～ 60 分	40（35.7%）	45（40.2%）	64（57.1%）
1 時間	1（0.9%）	3（2.7%）	6（5.3%）
その他	1（0.9%）	0	2（1.8%）
決まっていない	(1)		
30 分程度で数回繰り返す			(1)
母子の様子をみて			(1)
無回答	5（4.5%）	5（4.4%）	1（0.9%）

(n = 112)

指導と同様に，「ベッドサイド」，「産科側の看護者」，「個別指導」，「30 分未満」であった（表2～表5）．指導方法で 50%以上の回答を得たのは「母親が行い，それを確認する」，「物品を用いて実際にしてみせる」，「パンフレットを用いて説明する」であった（表6）．

指導内容については，「搾乳と冷凍保存法」と「冷凍母乳の運搬法」が 90%以上の回答を得たが，「電動搾乳器のレンタル」は 35.7%であった（表9）．指導時の留意点で最も多かったのは「母乳育児に対する母親のニーズ」で 77.7%であった（表 10）．

4．最初に直母を行う際の指導

指導場所は「NICU 授乳室（コーナー）」，指導者は「NICU 側の看護者」，指導形態は「個別指導」，指導時間は「30 ～ 60 分」が最も多かった（表2～表5）．指導方法は，「母親が行い，それを確認する」が 100%であった（表6）．指導内容は，「授乳のポジショニング」と「正しく吸着させる方法」が 90%以上の回答を得たが，「うまく吸啜している場合のサイン」や「吸啜がうまくいかない場合の対処法」は 80%未満であった（表 11）．指導時に留意している点は 90%を超える回答が多く，「直母

表6．指導方法

方　法 ＼ 指導場面	出産後最初	母親退院	最初の直母
母親の乳房で，説明しながら実際にして見せる	87（77.7%）	−	−
母親が自分の乳房で実際に行い，確認する	68（60.7%）	−	−
母親が行い，それを確認する	−	72（64.3%）	112（100%）
物品を用いて実際にしてみせる	−	68（60.7%）	−
パンフレットを用いて説明する	54（48.2%）	61（54.5%）	23（20.5%）
ビデオを用いて説明する	22（19.6%）	7（ 6.3%）	1（ 0.9%）
モデルを用い，説明しながら実際にして見せる	8（ 7.1%）	−	5（ 4.4%）
母親がモデルを用いて実際に行い，確認する	1（ 0.9%）	−	−
その他	1（ 0.9%）	9（ 8.0%）	2（ 1.8%）
乳管開通のケアを行いながら指導する	(1)		
口頭で説明		(7)	(1)
必要時産科看護者に依頼			(1)
無回答	3（ 2.7%）	6（ 5.4%）	0

(n = 112，複数回答)

表7．出産後最初に行う指導の内容

乳汁産生を促す方法	89（79.5%）
母乳成分や母乳の利点	85（75.9%）
用手搾乳法	80（71.4%）
母乳育児の意義	79（70.5%）
搾乳回数	76（67.9%）
乳汁産生の機序	55（49.1%）
電動搾乳器の使い方	16（14.3%）
手動搾乳器の使い方	10（ 8.9%）
その他	17（15.2%）
乳管開通法	(3)
乳房マッサージ	(3)
搾母乳の保存方法	(2)
乳頭・乳輪部マッサージ法	(2)
乳頭刺激方法	(1)
温罨法や食事	(1)
乳房緊満の対処法	(1)
冷凍母乳の作り方	(1)
搾乳パックの使用方法	(1)
カンガルータオルの使用	(1)
直母の方法	(1)
無回答	4（ 3.6%）

(n = 112，複数回答)

表8．出産後最初に行う指導で特に留意していること

出産に伴う疲労や痛みなど母親の身体的側面	100（89.3%）
新生児の愛情や自責などの母親の心理的側面	93（83.0%）
母乳育児に対する母親のニーズ	88（78.6%）
経産婦の場合は，前回の母乳育児体験	77（68.8%）
夫や家族の母乳育児への関心や期待	20（17.9%）
その他	3（ 2.7%）
新生児の状況に配慮した言動	(1)
バースプランや分娩体験・妊娠中の意識	(1)
妊娠中の乳房ケア（SMC の技術）	(1)
無回答	4（ 3.6%）

(n = 112，複数回答)

表9．母親の退院に際して行う指導の内容

搾乳と冷凍保存方法	103（92.0%）
冷凍母乳の運搬法	101（90.2%）
搾乳回数	96（85.7%）
乳汁産生を促す方法，維持する方法	91（81.3%）
冷凍パック等必要物品の購入	88（78.6%）
清潔法（手洗い・物品の消毒）	82（73.2%）
母乳外来の受診	68（60.7%）
清潔法（乳房の清拭）	60（53.6%）
電動搾乳器のレンタル	40（35.7%）
その他	8（ 7.1%）
乳房トラブルの予防と対応	(5)
地域の母乳専門助産院・助産院の紹介	(2)
心身ともに無理をしないこと	(1)
無回答	5（ 4.5%）

(n = 112，複数回答)

は回数を重ねるごとにうまくなる」，「飲む量よりも直母を行うこと自体が重要である」，「乳汁分泌量が少なくても直母は可能である」，「吸啜刺激によって乳汁分泌が促される」であった（表12）．

5．新生児が退院する際の指導

指導場所は「NICU 授乳室（コーナー）」，指導者は「NICU 受け持ち看護者」，指導形態は「個別指導」が最も多かった（表2～表4）．指導内容は，「現在の母親の心配事に対する助言」が95.5%と最も多く，「退院後の直母回数と乳汁産生との関連」は70.5%であった（表13）．指導時に留意している点として，「家庭環境に子どもが慣れるまでは哺乳状態が変わる可能性がある」が70.5%と最も多かったが，「安易に人工乳に切り替えず，専門家に相談すること」は20.5%であった（表14）．

表 10. 母親の退院に際して行う指導で特に留意していること

母乳育児に対する母親のニーズ	87 (77.7%)
冷凍乳の運搬などの夫や家族の協力体制	85 (75.9%)
搾乳による疲労，乳房の圧迫，腕の痛みなどの身体的側面	84 (75.0%)
新生児への愛情や自責などの母親の心理的側面	84 (75.0%)
直母ができるようになるまで乳汁分泌を維持すること	82 (73.2%)
乳汁分泌に対する母親の自己評価	81 (72.3%)
自宅でリラックスすれば乳汁産生が促されること	60 (53.6%)
その他	16 (14.3%)
乳房トラブルの予防と対応	(3)
母乳外来や助産所の紹介	(3)
いつでも相談できること	(2)
直母可能となるまで乳房条件を整えること	(1)
自己マッサージ方法など	(1)
食事指導／母乳分泌量を維持する方法	(1)
退院後の日常生活調整	(1)
母乳に執着しなくてよいこと	(1)
一回量が少なくても毎回冷凍すること	(1)
乳房にためてから搾ろうとしないこと	(1)
無回答	5 (4.5%)

(n = 112，複数回答)

表 11. 最初の直母での指導内容

授乳のポジショニング	111 (99.1%)
正しく吸着させる方法	108 (96.4%)
一回あたりの授乳時間について	97 (86.6%)
授乳前の手荒い	96 (85.7%)
哺乳量測定のための手順や方法	91 (81.3%)
うまく吸啜している場合のサイン	86 (76.8%)
吸啜がうまくいかない場合の対処法	72 (64.3%)
授乳（直母）による母子相互作用や母子関係形成について	67 (59.8%)
授乳間隔や回数	65 (58.0%)
適切に授乳が行われた状態	62 (55.4%)
授乳や哺乳が適切であるかどうかの判断の仕方	61 (54.5%)
空腹覚醒が少なく，眠りがちな子どもを目覚めさせる方法	56 (50.0%)
乳頭混乱	53 (47.3%)
乳汁分泌不足の場合の対処法	51 (45.5%)
子どもが入院中に直母を多く経験することについて	49 (43.8%)
乳頭トラブル	47 (42.0%)
乳汁分泌不足感をもつ場合の対処法	37 (33.0%)
乳腺炎について	23 (20.5%)
その他	3 (2.7%)
食事について	(1)
母親の思い（予想）通りいかなかった場合の対応	(1)
必要がない場合には省く項目もある	(1)
無回答	1 (0.9%)

(n = 112，複数回答)

6．NICU における母乳育児支援体制

表 15 に母乳育児支援体制を示した．母乳指導に関する基準やマニュアルがある施設は 60.7%で，その内容は，「搾乳法・冷凍法・運搬法」が 59 施設，「直母の方法」が 44 施設であった．ハイリスク新生児のためのガイドラインは，86.6%の施設が「必要」とし，その理由の多くは，「看護者によって指導内容が異なるために母親を混乱させる」「誰でも同じ水準で指導することができる」であった．112 の全施設が，「研修会・セミナーが必要」と回答した．

指導結果の「記録をしている」施設は 82.1%，妊娠中に受けた母乳育児指導を「考慮している」施設は 50.0%であった．退院後も「母乳育児支援をしている」施設は 83.0%で，その内容は「自施設の母乳外来を受診できる」が 74 施設，「電話相談（NICU 対応）」は 59 施設であった．

表 12. 最初の直母指導で特に留意していること

飲む量よりも，直母を行うこと自体が重要であること	106 (94.6%)
直母は回数を重ねることによってうまくなること	109 (97.3%)
乳汁分泌量が少なくても直母は可能であること	103 (92.0%)
吸啜刺激によって乳汁分泌が促されること	103 (92.0%)
直母によって肌と肌の接触がもてること	89 (79.5%)
哺乳量は測定しないこと	10 (8.9%)
その他	5 (4.5%)
今まで搾母乳を頑張ってきたことへのねぎらい	(1)
飲み方方やニーズにはムラがあること	(1)
新生児への負担がかからないようにする	(1)
父親がいるときは一緒に	(1)
愛着形成	(1)
無回答	1 (0.9%)

(n = 112，複数回答)

表 13. 新生児の退院に際して行う指導内容

現在の母親の心配事に対する助言	107 (95.5%)
現在の母乳分泌や授乳・哺乳に関する母親の認識とフィードバック	82 (73.2%)
退院後の直母回数と乳汁産生との関連	79 (70.5%)
退院後の乳汁分泌への予測と対処法	78 (69.6%)
困ったときの社会資源の使い方	76 (67.9%)
その他	3 (2.7%)
ミルクの補足の仕方	(1)
入院中に母乳指導をしていた母親を対象に個別的に行う	(1)
無回答	2 (1.8%)

(n = 112，複数回答)

表 14. 新生児の退院に際して行う指導で特に留意していること

家庭環境に子どもが慣れるまでは哺乳状態が変わる可能性があること	79 (70.5%)
母乳分泌を維持させること	68 (60.7%)
授乳（直母）を中心とした生活リズムを作ること	68 (60.7%)
安易に人工乳に切り替えず，専門家に相談すること	23 (20.5%)
その他	11 (9.8%)
母子同室で過ごすことを勧める	(2)
母親のニーズやペースに合わせる	(2)
母乳不足の際の人工乳の補足	(2)
母乳育児に執着しないこと	(1)
困った場合の相談先	(1)

(n = 112，複数回答)

表 15. NICU における母乳育児支援体制

母乳育児指導に関する基準やマニュアルがある		68 (60.7%)
内容	搾乳法・冷凍法・運搬法	(59)
	直母の方法	(44)
	初回直母指導	(24)
	出産後最初の指導	(21)
ハイリスク新生児の母乳育児ガイドラインは必要		97 (86.6%)
ハイリスク新生児の母乳育児研修会・セミナーは必要		112 (100%)
母乳育児指導に関する記録をしている		92 (82.1%)
指導の際には妊娠中に受けた指導内容を考慮している		56 (50.0%)
退院後も母乳育児支援をしている*		93 (83.0%)
方法	自施設の母乳外来を受診できる	(74)
	電話相談を受けている (NICU 内で)	(59)
	地域社会資源に関する情報提供をしている	(30)
	必要時, 訪問看護を依頼する	(19)
直母開始の医師の指示	特別な場合のみ必要	53 (47.3%)
	どのような場合も必要	48 (42.9%)
	必要としない	9 (8.0%)
直母の開始基準*	呼吸に問題がない	92 (82.1%)
	瓶哺乳で安全に哺乳できる	52 (46.4%)
	基準の修正齢に達する	48 (42.9%)
	経管栄養が不要になる	25 (22.3%)
	その他 (コット移床後・KC での NNS・体重・行動など)	19 (17.0%)
電動搾乳器の家庭使用	家族がレンタルや購入の手配	40 (35.7%)
	病棟等を通じて家族がレンタルや購入の手続きをする	8 (7.2%)
	病棟や売店から有料貸し出し	4 (3.6%)
	病棟から無料貸し出し	2 (1.8%)

(n = 112, ＊印は複数回答)

表 16. 母乳育児を支援するうえで困っていること

専門的な知識をもつスタッフが少ない	91 (81.3%)
スタッフが少なく, 指導に時間がとれない	70 (62.5%)
基準やマニュアルが整備されていない	58 (51.8%)
母親面会時の直母にスタッフが付き添えない	51 (45.5%)
知識や技術を学習する機会や時間がない	38 (33.9%)
電動搾乳器のレンタル料が高い	23 (20.5%)
指導する場所がない	22 (19.6%)
電動搾乳器のレンタル制度が確立していない	21 (18.8%)
看護師は, 指導は助産師の役割と思い, 積極的でない	21 (18.8%)
母乳パックなどの消耗品が高い	20 (17.9%)
その他	14 (12.5%)
医師との協力が難しい	(3)
産科での取り組みが積極的でない	(1)
母親が退院すると, 産科助産師は自分たちの役割と思わない	(1)
産科との母乳育児に関する情報交換の機会がない	(1)
産科との連携がうまくいっていない	(1)
新生児搬送が多く, 多院との連携がうまくいかない	(1)
直母の時期まで母乳分泌を維持するのが難しい	(1)
指導内容がスタッフ間でバラバラである	(1)
定期的な学習会を持つが, 技能として身に付けることが難しい	(1)
スタッフ構成が若いので, 母乳育児まで学習が追いつかない	(1)
高度医療の勉強会が主になりがちである	(1)
無回答	1 (0.9%)

(n = 112, 複数回答)

直母の開始の医師の指示について, 「どのような場合も必要」な施設は 42.9%, 「必要としない」のは 8.0%であった. 開始基準では, 「哺乳瓶で安全に哺乳できる」が 46.4%であった.

電動搾乳器を家庭で使用できるよう, 「病棟等を通じて家族がレンタルや購入の手続きをする」のは 8 施設, 「病棟や売店から有料貸し出し」4 施設, 「病棟から無料貸し出し」2 施設であった.

母乳育児を支援するうえで困っていることは, 「専門的な知識をもつスタッフが少ない」が 91 施設 (81.3%) と最も多く, 次いで, 「スタッフが少なく, 指導に十分時間が取れない」70 施設 (62.5%), 「基準やマニュアルが整備されていない」は 58 施設 (51.8%) であった (表 16).

7. 母乳育児指導料の保険点数化

母乳育児指導料の保険点数化が「不要」との回答はなかった. 指導場面で最もかったのは「最初に直母を実施する際の指導」で 68.8%, 「出産後直ちに直母を開始できない場合の最初の指導」は 46.4%であった (表 17). 必要とする理由は, 「専門的知識や技術を有する」が 77.7%, 「個人指導を主とする」69.6%, 「時間を要する」

表 17. 母乳育児指導料の保険点数化の必要性

最初に直母を実施する際の指導	77 (68.8%)
NICUに子どもが入院した母親が退院する際の指導	58 (51.8%)
面会時に実施される直母指導	56 (50.0%)
出産後直ちに直母開始できない母親への最初の指導	52 (46.4%)
新生児がNICUを退院する際の指導	47 (42.0%)
その他	2 (1.8%)
資格を有する者が行う場合に限る	(1)
指導の力量を有する者が行う場合に限る	(1)
無回答	10 (8.9%)

(n = 112, 複数回答)

表 18. 保険点数化を必要と考える理由

専門知識や技術を必要とする	87 (77.7%)
個人指導を主とする	78 (69.6%)
時間を要する	76 (67.9%)
その他	2 (1.8%)
積極的に母乳育児が推進される	(1)
外来では自費であるため，受けられない母親がいる	(1)
無回答	13 (11.6%)

(n = 112, 複数回答)

が67.9%であり，その他として「積極的に母乳育児が推進される」「外来では自費であるため，受けられない母親がいる」との回答もあった（表18）.

考　察

NICUに入院した新生児の母乳育児には，特別な配慮が必要である．例えば，心理的な危機や母子分離の状態で母乳育児を開始しなければならない，新生児の吸啜刺激が得られない状態で母乳分泌を維持しなければならない，新生児の成熟や病気回復を待ちながら直母を準備していかなければならない，というような母親のニーズに看護者は応えなければならない．したがって，NICUにおける母乳育児支援は，産科との連携が非常に重要になってくる．

調査は，出産後最初の指導，母親退院，最初の直母，新生児退院という4つの場面で構成した．出産後最初の指導は，母乳分泌の行方を左右するため，重要である．母乳分泌開始には，出産後6時間以内に搾乳を開始することが有利[1]であることから，調査協力施設において指導時期が遅すぎると考えられる施設が少なくない．遅い理由として心理的な配慮があると考えられるが，心理的ケアをしながら搾乳ができるようにすることが重要である．また指導内容については，「乳汁産生を促す方法」が約80%に留まり，「電動搾乳器の使い方」が14%でしかないことは，搾乳による母乳乳分泌開始と維持のための内容としては十分とはいえない．看護者には，乳汁分泌のステージ[2]，プロラクチン受容体理論[3~6]，搾乳経過（前乳と後乳）によるクリマトクリット値[7]の変化，および全自動型電動搾乳器の機能に関する知識が不可欠である．特に，電動搾乳器に関する知識を母親がもつには，出産後の母親のケアを行う産科スタッフが重要となる[8]．

母親の退院に際しては，搾母乳の冷凍保存や運搬に関連する内容が主になるが，乳汁産生維持に重要である「電動搾乳器のレンタル」は36%であった．母子分離が長期になる場合は特に，用手搾乳では搾母乳の量や質の維持には限界があるので，電動搾乳器に関する情報提供は行う必要がある．搾母乳の保存や運搬の具体的な方法については，ガイドラインとして提示していくことが可能である[9]．

最初の直母指導では，直母に必要な内容が80%以上の施設で実施されている．その内容の詳細や母親の直母経験回数は本調査では不明であるが，退院の時点で直母がうまく実施できるようになるには，母子入院による24時間を通した経験が必要である[10]．また，最初の直母指導が母親の苦痛なく終わるには，カンガルーケア中に搾乳後の乳頭を吸わせるなど，直母の準備段階の経験の質が重要となる[10~12]．

母乳育児指導が医療保険において医療技術として認められるためには，指導内容の標準化や効果の証明が必要である．その基礎資料を得る目的で本調査を実施した．母乳育児指導料の保険点数化が必要と考える施設は100%ではなかった．その理由として，実現可能性への躊躇があったのではないかと考えられた．なぜなら，母乳育児支援上の課題として，「専門的な知識をもつスタッフが少ない」や「スタッフが少なく，指導に十分時間が取れない」を約70%の施設が認識し，全施設が研修会・セミナーを，約90%の施設がハイリスク新生児の母乳育児支援ガイドラインを必要としていたからである．

ガイドラインの普及，ガイドラインに基づいた研修と認定制度が確立すれば，NICUにおける標準的なケアが維持でき，NICU退院時に「ほぼ母乳のみ」である新生児（乳児）の割合が約1／3という現状の改善にも繋がることが期待できる．そのとき，母乳育児指導が医療技術料を得られる技術として認められるのではないかと考える．日本新生児看護学会および日本助産学会の役割は大きいといえる．

結　論

新生児医療連絡会に加入しているNICU看護師長を対象に，NICUにおける母乳育児指導，母乳育児支援体制，母乳育児指導料の保険点数化について，質問紙調査を行った．112施設の回答を分析した結果，次の5つの

課題が明らかになった．1）出産後最初に行う指導の時期と内容の検討，2）直母開始までのケア内容の充実，3）新生児（乳児）の退院時における母乳栄養率の改善，4）NICU に入院した新生児の母乳育児のためのガイドラインおよび研修に対する看護者の高いニーズに応える必要性，5）研修と認定制度の確立．今後の日本新生児看護学会および日本助産学会の取り組みが重要である．

文　献

1）水野克己　他：よくわかる母乳育児．ヘルス出版，2007，p133.

2）Riordan J: Breastfeeding and human lactation (3rd ed). Jones and Bartlett Publishers, 2005, p68.

3）De Carvalho M, et al: Efect of frequent breast-feeding on early milk production and infant weight gain. Pediatrics, 72: 307-311, 1983.

4）Hind LA, et al: Prolactin in the marsupial *Macropus engenii* during the estrous cycle, pregnancy, and lactation. Bio Reprod, 26: 391-398, 1982.

5）Sernia D, et al: Prolactin recepters in the mammary gland, corpus lucteus and other tissues of the Tammar wallaby. *Macropus engenii*. J Endocrinol, 26: 391-398, 1979.

6）Zuppa AA, et al: Relationship between maternal parity, basal prolactin levels and neaonatal breast milk intake. Biol Neonate, 53: 144-147, 1988.

7）西田嘉子　他：早産児を出産した母親の搾乳方法についての検討．日本小児科学会雑誌，111（7）：17 − 22，2007.

8）Lawrence RA, Lawrence RM: Breastfeeding: A guide for the medical profession (6th ed). Elsevier Mosby, 2005, p503

9）Riordan J: pp373-381.

10）Nye C: Transitioning premature infants from gavage to breast. Neonatal Network, 27 (1): 7-13, 2008.

11）Isaacson L: Steps to successfully breastfeed the premature infant. Neonatal Network, 25 (2): 77-86, 2006.

12）Bernaix LW et al: The NICU experience of lactation and its relationship to family management style. MCN, 31 (2): 95-100, 2006.