

2013年10月7日

NPO 法人 日本ラクテーション・コンサルタント協会

学術委員会

3 ページ 「妊婦管理適応リスト」という表現について

「管理する」「適応リスト」という言葉が多く見られ、助産師のためのガイドラインであるが、妊産婦に対して厳格に制御したり拘束するような印象があるため、最初のページのねらいの中にある「助産師の周産期の診断およびケアの方針」という言葉にした方がやわらかくてわかりやすいのではないかと思います。

17 ページ「早産児または出生体重 2300g 未満」哺乳ができるかアセスメントする

19 ページ「無呼吸発作」授乳との関係をあわせてアセスメントする

何をどのようにアセスメントするのかを明確に記しておかないと、個々の助産師によって判断にばらつきがおき、信頼性に欠ける可能性があるのではないかと思います。

参考

日本新生児看護学会と日本助産学会が共同で出した平成 22 年度に「NICU に入院した新生児への母乳育児支援ガイドライン」に早産児や低出生体重児に対する具体的な最新のエビデンスに基づく授乳支援の要点がまとめられています。

<http://square.umin.ac.jp/~shinseij/files/info/guideline.pdf>

また、哺乳のアセスメントとして同様のガイドラインの資料 3 に、客観的にアセスメントできる観察表が掲載されています。p12 には「哺乳びんによる授乳と直接授乳の違い」が記載されています。ここに「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)」ことが記載されています。NICU などの搬送となるかどうかの判断を要する状況において、助産師として最低限知り得ておく必要性の高い観察視点であると考えられます。

正期産の低出生体重児は必ずしも搬送しなくてもいいが、長期のフォローがいることから、必ず小児科医の診察を行う必要があります。

21 ページ「黄疸」

黄疸の判断基準が、小児科では村田の規準が用いられていることが多い。ミノルタで図る場合も生後すぐからチェックを行い、早発黄疸を見逃さないことが大切です。

哺乳力、便色の記載に関して、こちらにも授乳回数なども含めた客観的な観察項目が必要ではと思います。便だけではなく有効な哺乳ができていない場合、尿の色や回数もあると早期発見できる手助けになります。

参考「よくわかる母乳育児」水野克己・水野紀子・瀬尾知子

22 ページ「発熱」

観察点の「哺乳量」という記載について、体重計等を用いた哺乳量測定だけでアセスメントするという誤解が生じる可能性があるので客観的に授乳の様子を観察する項目が必要ではと思います。

24 ページ「哺乳不良」「体重増加不良」のところも、具体的なツールを用いた観察点の記述があればいいのではと思います。

参考

UNICEF/WHO の「おかあさんと赤ちゃんにやさしい母乳育児支援ガイドベーシック・コース P166 の直接授乳観察用紙

その他:「低血糖」早期から適切に授乳していれば起こりませんが、IUGR など寝てばかりの赤ちゃんもいることから適切に栄養摂取できているかを確認することが必要です。

このガイドラインが、助産所・院内助産所だけでなく、産婦人科単独の有床診療所（通常小児科は不在で、新生児の管理は助産師や看護師にまかされている）でも活用できるように願っています。そのことから新生児のところもしっかり確認しておく必要があります。助産所ではオキシトシン誘発はまれですが、院内助産所や産科有床診療所では、リトドリン、オキシトシン、硬膜外麻酔、過剰な輸液などで新生児に及ぼす影響は助産師が知っておくべき事柄です。

また、産前産後のお母さんと家族への支援、保健師等とも連携して。社会的・経済的ハイリスクの親への視点ももっと記しておく必要があるのではと思います。

以上