

乳腺炎ケアガイドライン2020刊行に寄せて

母乳育児支援は、助産師業務において非常に重要でありながら、支援方針や具体的対応について統一した見解はありませんでした。しかし、チーム医療で母子を支援することが原則である今日においては、対応の基準を示す必要があり、特に乳腺炎の対応には多職種間での判断基準と対応方法の共有が必要と考えられました。そこで日本助産師会では、2011年に『母乳育児支援業務基準 乳腺炎』を刊行し、母乳育児支援のあり方や乳腺炎の対応基準を示しました。また、2015年度版では、2011年度版を使用して明らかとなった乳腺炎鑑別診断の際の情報収集についての課題などを検討し、さらに実践に活用できる内容に改訂されました。

ご存じのように、2018(平成30)年度診療報酬改定では、乳腺炎によって母乳育児に困難が生じた患者に対して、乳腺炎の重症化および再発予防に向けた包括的なケアおよび指導を行った場合の診療報酬が新設されました。助産師のケアが診療報酬の対象になったこと、ならびに母乳育児支援が「周産期医療の充実」に位置づけられたのは大変意義のあることであり、助産師が母乳育児支援推進の中心的存在として、さらに役割を果たしていくことが求められていると感じています。

『乳腺炎ケアガイドライン2020』は、このような状況の中、一般社団法人日本助産学会と協働し、最新のエビデンスに基づく母乳育児支援・乳房ケアにかかわる助産実践の指針を示すことを目指し作成されたものです。また、山本詩子前会長が、助産ケアのコアともいえる乳房ケアについては、日本助産師会がその指針を示すことが重要であるとし、授乳支援委員会を立ち上げた成果がこのガイドラインとも言えます。

本ガイドラインの活用が、母乳育児推進の一助となることを心から願っています。

公益社団法人日本助産師会
会長 島田真理恵

今日、ガイドラインが臨床診療やケアに欠かせない時代となりました。日本助産学会は理念の中で「助産師業務のスタンダードを提示し、ガイドライン供給の機能を果たし、すべての女性に公平、適切なヘルスケアを提供する」と謳っており、これまで『エビデンスに基づく助産ガイドライン—分娩期2012』『エビデンスに基づく助産ガイドライン—妊娠期・分娩期2016』を刊行してきました。今回の『乳腺炎ケアガイドライン2020』を日本助産師会と共に発行することは、学術団体としての本学会にとって大きな使命であります。

母乳育児支援は子育て支援の入り口であり、それが円滑になされることで子育てはぜひいぶん楽なスタートを切ることができます。しかし、いつの時もトラブルはつきものです。その時、ガイドラインは一般的なケアをエビデンスに基づいて示し、妊産婦と助産師をはじめとする医療者の意思決定を支援するための文書として存在します。ただし、母乳そのものは科学的に解明できるものではなく生理的現象であるが故に、助産師の行うケア全てに根拠があるわけではありません。よって、これまで培った助産師の経験も大事にしながら、本書が活用され、より安全で質の高い乳腺炎のケアが行われることを願っています。

さらに本書を、2020年に本学会が発行する『エビデンスに基づく助産ガイドライン—妊娠期・分娩期・産褥期2020』と共に、助産実践、教育、研究の各分野で活用いただければ幸いです。

一般社団法人日本助産学会
理事長 高田昌代

I 乳腺炎ケアガイドライン 2020 について —日本助産師会の取り組み—

1 乳腺炎ケアガイドライン 2020 作成の経緯	2
1) 本書作成の背景	2
2) 本書の作成過程と特徴	2
2 これまでの乳腺炎ケアに関する主な取り組みの経緯	3
1) 安全対策委員会の取り組み	3
2) 母乳育児支援ガイドライン検討委員会の取り組み	3
3) 母乳育児支援業務基準検討特別委員会の取り組み	3
4) 乳幼児の望ましい授乳支援のあり方検討委員会の取り組み	4
3 利益相反について	4
1) 利益相反状態について	4
2) 公益社団法人日本助産師会『研修等の利益相反に関する指針』第4条(申告すべき事項)	4
3) 公益社団法人日本助産師会『研修等の利益相反に関する指針』第5条(申告の基準)	5

II 母乳育児支援に対する基本的な考え方

1 国際的およびわが国の母乳育児支援の動向と取り組み	8
1) 国際的な母乳育児支援の動向	8
2) わが国における近年の母乳育児と支援の動向	10
2 国際助産師連盟 (International Confederation of Midwives: ICM) における母乳育児支援	11
3 日本助産師会における母乳育児支援	12
4 エビデンスとナラティブ、協働的パートナーシップと対話に基づく共有意思決定	13
5 乳腺炎重症化予防ケア・指導に関する診療報酬	16
1) 乳腺炎重症化予防ケア・指導料に関する告知と留意事項通知	16
2) 疑義解釈 (Q&A)	17

III 乳腺炎

1 乳腺炎	28
1) 乳腺炎の定義	28
2) 発生時期・頻度	28
3) 原因および誘因	28
4) 乳腺炎の分類	29
5) 乳腺炎の起炎菌と感染経路	30
6) 感染経路	30
2 情報収集と鑑別診断	32
1) 情報収集にあたっての助産師の心得	32
2) 情報収集における助産師の関わり方の基本	33
3) 問診、視診、触診、児の健康診査の実際	33
4) 鑑別診断の流れ	40
5) アトラス	44

6) その他乳腺炎と鑑別すべき疾患	46
-------------------	----

IV 乳腺炎ケアのフローチャート 2020 と事例

1 乳腺炎ケアのフローチャート 2020 の概要	48
1) はじめに	48
2) 2015 版からの変更点	48
2 フローチャートの使用方法	49
1) フローチャートの見方	49
2) 乳腺炎の状態の判断	49
3) フローチャートの活用：○状態開始と終了の判断	49
4) 支援の実際	49
5) 乳腺炎重症度評価	49
6) 乳腺炎ケアのフローチャート 2020	50
3 乳腺炎の状態に応じたフローチャートと解説	52
1) 状態 1 うっ滞性乳腺炎の可能性	52
2) 状態 2 うっ滞性乳腺炎／感染性乳腺炎の可能性	54
3) 状態 3 感染性乳腺炎の可能性	56
4) 状態 4 膿瘍形成	58
5) 重症化させないための判断と支援のポイント	60

V 母子への支援と対処（処置）

1 授乳の継続	64
2 効果的な授乳方法	65
1) 基本的な授乳方法の確認	65
2) 乳腺炎時の授乳方法の工夫（母親が行えるように説明して奨励する）	66
3) おっぱいを嫌がる児への対処（児のなだめ方）	67
3 搾乳	67
1) 搾乳が必要な場合	68
2) 搾乳方法の説明	68
3) 搾乳の実際	68
4) 搾乳時の注意点	69
4 支持的カウンセリング（情緒的支援）と情報提供	69
5 日常生活への支援	70
1) 母親のストレスと疲労の軽減	70
2) 食事	70
3) 清潔	71
4) 家庭で行える手当 乳房局所への冷／温湿布	71
6 薬物療法	71
1) 鎮痛薬	71
2) 抗菌薬	72
7 膿瘍に対する治療と支援	73
1) 膿瘍の対処	73
2) 膿瘍の切開手術による治療経過と観察およびケア	73
8 再発防止への支援	76
9 乳房マッサージ	79

1) 助産師による乳房マッサージの法的根拠	79
2) 乳腺炎重症化予防ケア・指導に関する診療報酬と乳房マッサージ	79
3) 乳房マッサージとは	79
4) 乳房マッサージを行うときの留意点	80

VI CQに基づくガイドライン

1 本書に基づく支援の考え方	86
2 授乳期乳腺炎のケアガイドライン	86
1) 作成の手順とガイドライン利用の注意点	86
CQ1: 妊婦に、乳腺炎についての情報提供をすると、乳腺炎の発症を予防できるか?	92
CQ2: 授乳中の女性が、脂肪摂取を制限すると、乳腺炎の発症を予防できるか?	94
CQ3: 授乳中の女性が、乳製品の摂取を制限すると、乳腺炎の発症を予防できるか?	95
CQ4: 授乳中の女性が、児の欲求に応じた授乳をすると、乳腺炎の発症を予防できるか?	96
CQ5: 乳腺炎の女性が、葛根湯を服用すると、乳腺炎症状(発熱・発赤・疼痛・腫脹)が改善するか?	97
CQ6: 乳腺炎の女性が、患側の乳房に冷湿布をすると、乳腺炎症状(発熱・発赤・疼痛・腫脹)が改善するか?	98
CQ7: 乳腺炎の女性が、医療者、特に助産師による乳房マッサージや搾乳を受けると、乳腺炎症状(発熱・発赤・疼痛・腫脹)が改善するか?	100
CQ8: 乳腺炎のリスク因子は何か?	102
2) 資料	108

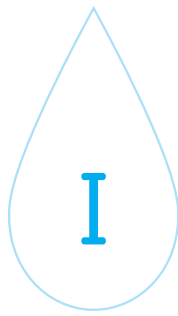
VII 用語の規定と解説

VIII 付記資料

母乳外来カルテ(1号用紙) 原本	130
感染性乳腺炎の経過記録帳(2号用紙) 原本	131
乳腺炎重症化予防ケア・指導経過記録用紙	132
乳腺炎重症化予防ケア・指導経過記録用紙の使い方	133
紹介・診療情報提供書(紹介状) 原本	134
感染予防マニュアル(例)	135
妊産婦のための食事バランスガイド	136

I

乳腺炎ケアガイドライン 2020 について
—日本助産師会の取り組み—



I 乳腺炎ケアガイドライン 2020 について —日本助産師会の取り組み—

1 | 乳腺炎ケアガイドライン 2020 作成の経緯

1) 本書作成の背景

近年、子どもを産み育てる世代をとりまく社会・経済・家族環境は厳しさを増し、育児に困難を感じている親が増加している。育児の土台である授乳に関しては、大多数の母親が母乳育児を希望しているにもかかわらず、母乳育児がうまく進まずに育児に困難を抱えていることに加え、乳腺炎に罹患するなどの問題も発生しており、効果的な母乳育児支援を提供することは本邦における喫緊の課題であった。

そのような折、周産期ケアへの支援強化の一環として、2018年に乳腺炎重症化予防ケア・指導料が診療報酬に収載された。これらを契機に、日本助産師会と日本助産学会は、これまで乳腺炎ケアの指針であった『母乳育児支援業務基準 乳腺炎2015』の改訂を行うとともに、クリニカルクエスチョンCQに基づく現時点での「最良の実践 (good practice)」を示すガイドラインをあらたに加えた『乳腺炎ケアガイドライン 2020』を刊行することとなった。

これまで、エビデンスに基づく助産実践 (Evidence-Based Midwifery) を推進するために、日本助産学会が中心となって助産ガイドラインを出版し、本年には『エビデンスに基づく助産ガイドライン—妊娠期・分娩期・産褥期2020』が上梓された。本書は、エビデンスに基づく助産ガイドライン—産褥期の一部を担うガイドラインとして、日本助産師会・日本助産学会共同編集として出版された。

2) 本書の作成過程と特徴

本書の作成にあたっては、乳腺炎に罹患した母親・子ども・家族への支援の実践において接しやすく、助産師の関心が高く、効果が不確かで解明の必要性があると考えられる臨床上の疑問 (クリニカルクエスチョン: clinical questions、以下、CQ) を日本助産師会会員から広く募集し、それらに基づき設定した8項目のCQをもとに文献検索を実施した。ガイドライン作成過程においては、日本助産師会総会の乳腺炎ガイドラインに関する集会において会員から意見を募るとともに、関連する学会や団体の有識者からなるコンセンサス会議を2回開催した。最終的にエビデンスに基づく【推奨】、または、エビデンスが十分でないCQについては日本助産師会・日本助産学会としての



【提案】を明記した。

本書には、CQに基づくエビデンスおよび【推奨】、【提案】以外に、従来の『母乳育児支援業務基準 乳腺炎2015』に掲載していた母乳育児に対する基本的考え方や乳腺炎ケアの鑑別診断、ケアフローチャートや乳腺炎の状態ごとの事例展開、CQ以外の広範囲な支援と処置、用語集、重症化評価用紙等を記載している。その理由は、支援者が母乳育児に関する基本的な考え方を共有し、乳腺炎と関連疾患を鑑別しながら、多職種連携・協働にて実効性のある母乳育児支援を実践でき、わずかながらでもエビデンス-プラクティス-ギャップを埋めることに貢献できるようにするためである。これにより、当時者である母親と子どもおよび家族、助産師、医師等とのオールジャパンでの連携と協働が可能になることを期待したい。

2 | これまでの乳腺炎ケアに関する主な取り組みの経緯

1) 安全対策委員会の取り組み

日本助産師会では、以前から主に安全対策委員会において、安全な母乳育児支援に対する取り組みについて検討されてきた。2007年に日本助産師会機関誌『助産師』に「母乳育児支援の機能評価表 (VOL.61, No.1)」、2009年に「母乳育児上のトラブルとして症状別の対応 (VOL.63, No.3)」が同委員会により作成、報告された。

2) 母乳育児支援ガイドライン検討委員会の取り組み

その後、これらの検討を踏まえ、助産師による統一した母乳育児支援基準を示すことを目的に、2009～2010年度「母乳育児支援ガイドライン検討委員会」が特別委員会として設置された。この委員会では、まず母乳育児支援の中で起こる授乳や乳房トラブルには何があるかを話し合い、問題点の抽出が行われた。そして、膨大にある授乳に伴う問題の中から発生頻度の高い「乳腺炎」への対応に焦点が絞られ、乳腺炎の業務基準が作成され、それらは2011年8月に初版『母乳育児支援業務基準 乳腺炎』として刊行された。

3) 母乳育児支援業務基準検討特別委員会の取り組み

その後も、助産師にとって母乳育児支援は極めて重要な業務であるとの認識のもと、2013～2015年度に「母乳育児支援業務基準検討特別委員会」が設置された。この委員会では、初版の評価を行い、フローチャートやアトラス、母乳外来カルテなどを変更・追加して、より活用しやすいように改訂作業が進められた。そして改訂版は、『母乳育児支援業務基準 乳腺炎2015』として2015年3月に発刊された。また、同年7月に



は、「第11回ICMアジア太平洋地域会議・助産学術集会」のインフォメーション・エクスチェンジにおいて「乳腺炎の業務基準～つながる母乳育児支援へ」との題で、これまでの成果を発表した。さらに、研修会等で講演を重ね、啓発・普及に努めた。

一方で、UNICEF/WHOの「母乳育児成功のための10ヵ条」に基づいたアンケート調査を行い、その結果をもとに助産師による実践ガイド作成に取り組んだ。母乳育児成功のためには、母乳育児を希望する母親に対して妊娠中から産後へと継続した教育と支援が重要となることから、支援者である助産師だけのガイドにとどまらず、母親とも情報共有がしやすい資料作成を試みた。それらは、2016年9月に『写真で見る 赤ちゃんとお母さんにやさしい母乳育児支援－助産師のための「母乳育児成功のための10ヵ条とその後に」の実践ガイド』として発刊された。

4) 乳幼児の望ましい授乳支援のあり方検討委員会の取り組み

2018年度には、「乳幼児の望ましい授乳支援のあり方検討委員会」が特別委員会として設置された。この年、乳腺炎の重症化および再発予防に向けた包括的なケアおよび指導を行った場合の診療報酬(乳腺炎重症化予防ケア・指導料)が新設されたこともあり、これまで以上に乳腺炎に対する質の高いケア・指導が求められるようになってきた。そこで、乳腺炎ケアをガイドラインとするために、2019年より常設委員会として「授乳支援委員会」が新設され、前述の『母乳育児支援業務基準 乳腺炎2015』の改訂作業に取り組み、本書の発刊に至っている。

3 | 利益相反について

1) 利益相反状態について

本ガイドライン関連委員会の日本助産師会乳幼児の望ましい授乳支援のあり方検討委員会・授乳支援委員会の委員ならびに日本助産学会、コンセンサス会議参加協力者とそれに関連する者(配偶者、一親等内の親族、または収入・財産を共有する者の申告書)について、2018年4月1日より2020年3月31日までの期間、本ガイドライン内容と関連する利益相反状態にないことを確認した。本書の推薦内容は、ガイドライン関連委員会委員の総意であり、特定の団体や製品・技術との利害関係により影響を受けたものではない。

2) 公益社団法人日本助産師会『研修等の利益相反に関する指針』第4条(申告すべき事項)

(1) 企業・法人組織、営利を目的とする団体の役員、顧問職、社員などへの就任



- (2) 企業の株の保有
- (3) 企業・法人組織、営利を目的とする団体からの特許権使用料
- (4) 企業・法人組織、営利を目的とする団体から、会議の出席（発表）に対し、研究者を拘束した時間・労力に対して支払われた日当（講演料など）
- (5) 企業・法人組織、営利を目的とする団体がパンフレットなどの執筆に対して支払った原稿料
- (6) 企業・法人組織、営利を目的とする団体が提供する臨床研究費（治験、臨床試験費など）
- (7) 企業・法人組織、営利を目的とする団体が提供する研究費（受託研究、共同研究、寄付金など）
- (8) 企業・法人組織、営利を目的とする団体がスポンサーとなる寄付講座
- (9) 企業・法人組織、営利を目的とする団体に所属する人員・設備・施設が、研究遂行に提供された場合
- (10) その他、上記以外の旅費（学会参加など）や贈答品などの受領

3) 公益社団法人日本助産師会『研修等の利益相反に関する指針』第5条（申告の基準）

下記の基準の金額には消費税額を含まないものとする。

- (1) 企業・組織や団体の役員、顧問職については、1つの企業・組織や団体からの報酬額が年間100万円以上の場合。
- (2) 株式の保有については、1つの企業についての年間の株式による利益（配当、売却益の総和）が100万円以上の場合、あるいは当該全株式の5%以上を所有する場合。
- (3) 企業・組織や団体からの特許権使用料については、1つの権利使用料が年間100万円以上の場合。
- (4) 企業・組織や団体から、会議の出席（発表）に対し、研究者を拘束した時間・労力に対して支払われた日当（講演料など）については、1つの企業・団体からの年間の講演料が合計50万円以上の場合。
- (5) 企業・組織や団体がパンフレットなどの執筆に対して支払った原稿料については、1つの企業・組織や団体からの年間の原稿料が合計50万円以上の場合。
- (6) 企業・組織や団体が提供する研究費については、1つの企業・団体から歯科医学研究（受託研究費、共同研究費、臨床試験など）に対して支払われた総額が年間100万円以上の場合。
- (7) 企業・組織や団体が提供する奨学（奨励）寄付金については、1つの企業・組織や団体から、申告者個人または申告者が所属する部局あるいは研究室の代表者に支

払われた総額が年間100万円以上の場合。

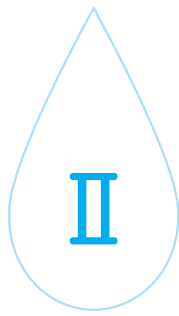
(8) 企業・組織や団体が提供する寄付講座に申告者らが所属している場合。

(9) その他、研究とは直接無関係な旅行、贈答品などの提供については、1つの企業・組織や団体から受けた総額が年間5万円以上の場合。

日本助産師会 乳幼児の望ましい授乳支援のあり方 検討委員会 授乳支援委員会	委員長	井村真澄	利益相反無し
	委員	大野芳江	利益相反無し
		金子美紀	利益相反無し
		武市洋美	利益相反無し
		宮下美代子	利益相反無し
		吉田みち代	利益相反無し
	外部委員	須藤茉衣子	利益相反無し
	理事	淵元純子	利益相反無し
	事務局	稲田千春	利益相反無し
		松山亜佐子	利益相反無し
乳腺炎ガイドラインあり方検討会 授乳支援委員会コンセンサス会議	日本助産学会	大田えりか	利益相反無し
		長田知恵子	利益相反無し
		片岡弥恵子	利益相反無し
		小林紀子	利益相反無し
		田中利枝	利益相反無し
		永森久美子	利益相反無し
		三上由美子	利益相反無し
	日本看護協会	瀧真弓	利益相反無し
	日本産婦人科医会	星真一	利益相反無し
	日本産科婦人科学会	水主川純	利益相反無し
		谷口千津子	利益相反無し
	日本赤十字医療センター 妊婦授乳婦薬物療法認定薬 剤師	小林映子	利益相反無し
	練馬駅前内視鏡・乳腺 クリニック院長	佐貫潤一	利益相反無し
	ラ・レーチェ・リーグ日本	稲葉信子	利益相反無し

II

母乳育児支援に対する基本的な考え方



II 母乳育児支援に対する基本的な考え方

1 | 国際的およびわが国の母乳育児支援の動向と取り組み

母乳育児は、人類を含むすべての哺乳類にとってごく自然な行為 (Biological norm) である¹⁾。ヒトの母乳はヒトという種に特異的で、すべての母乳代用品とは大きく異なり、乳児の食物として唯一無二に優れたものである²⁾。母乳育児は授乳期間が長く、授乳した量が多いほど、さまざまな疾患の発症リスクを減少させ³⁾、乳幼児の健康・成長・発達、母親の健康、家族と社会にとって多くの利点が認められている¹⁾。

母乳による育児は有史以前より行われてきたが、近代の産業化、都市化、女性の就業率の増加や人工乳の開発、人工乳の過剰な販売活動等によって、母乳育児は世界的に衰退していった。1950年代の欧米では、人工乳が乳児の標準的な栄養方法となり、1970年代にはわが国を含む世界各国の母乳育児率は20～30%まで低下した^{4) 5)}。その後、WHO/UNICEFはじめ世界各国や日本国内のさまざまな取り組みにより、母乳育児は回復傾向にある。一方、母乳育児阻害影響要因はいまだ多数存在しており、母乳育児の保護・推進・支援を継続的に促進することが求められている。

1) 国際的な母乳育児支援の動向

全世界的な母乳育児率の低下とその大きな要因であった人工乳の不適切な使用による乳幼児への健康被害が認識され、1981年にWHO/UNICEFは、人工乳の過剰な広告と販売を規制するための「母乳代用品のマーケティングに関する国際規準」(以下、国際規準)⁶⁾を採択した(注：日本助産師会においても、母乳育児を推進するために、母乳代用品を扱う企業や団体との適切な関係を構築するための行動指針をウェブサイトに掲載している〔資料3〕)。

1989年には、母乳育児推進のための具体策として『だれでも知っておきたい母乳育児の保護、推進、支援－母乳育児成功のために：産科医療施設の特別な役割』⁷⁾とその指針としての「母乳育児成功のための10カ条」(以下、10カ条)(資料1)、1990年には、生後4～6カ月間すべて母乳で育て、2歳かそれ以上まで母乳育児を継続することを提唱し、「WHOコード」・「10カ条」の実施促進と、国を含む母乳育児委員会の設立、働く女性の母乳育児のための法整備を実行目標として掲げた「母乳育児を保護、推進、支援するイノチェンティ宣言」を採択した。

これを土台として、1991年、産科医療施設における「国際規準」・「10カ条」の実践を促すために「赤ちゃんにやさしい病院運動、Baby-Friendly Hospital Initiative : BFHI」を始動させ、1993年には10カ条を実践する産科医療施設スタッフ教育のための「18時間コース」⁸⁾を提示した。

2003年、WHO/UNICEFは「乳幼児の栄養に関する世界的な運動戦略」⁹⁾を打ち出した。このなかで、生後6カ月までは完全に母乳で育て、2年かそれ以上母乳育児を続けること、適切な時期に十分な内容の安全な補完食を始めること、特別に困難な状況にある乳幼児の栄養方法への対応、働く女性の母乳育児継続のための法整備、それらを達成するための乳幼児の栄養に関する包括的な政策立案、実施、監視、評価、政府や公的機関、専門家および職能団体の役割などを提案している。

2005年には、1990年の「イノチェンティ宣言」から15年を経て、WHO/UNICEFを含む8団体により「乳幼児の栄養に関するイノチェンティ宣言2005年版」¹⁰⁾が共同作成され、2003年の世界的戦略に準拠した実行目標が掲げられた。

2009年、WHO/UNICEFは母乳育児を取り巻く現代的諸状況に対応できるよう、「包括的ケアのための改定・最新・拡大：赤ちゃんにやさしい病院運動BFHI」(以下、BFHI2009)¹¹⁾を作成した。これには、政策担当者や施設管理者など方針決定者向け教育プログラム、産科スタッフ教育プログラム「20時間コース」、自己査定とモニタリング、アセスメントなども含まれ、さらなる母乳育児の推進の具体的方略が提案された。

1991年のBFHI始動から25年の節目にあたる2016年、WHO/UNICEFはBFHI会議にてこれまでの活動評価を行い、2017年にこれらの活動評価と研究レビュー(注：『ガイドライン作成のためのWHOハンドブック』に記載された厳密な手順にしたがって作成されている)をもとに、『ガイドライン：周産期医療施設における母乳育児の保護、促進、そして支援』¹²⁾を作成し、翌2018年には『母乳育児成功のための10カ条(10のステップ)(2018年改訂版)』(以下、改定10カ条〔10のステップ〕)と『改定赤ちゃんにやさしい病院運動BFHI実践ガイド』¹³⁾を提示した。

2018年に改定された10カ条(10のステップ)¹⁴⁾には、これまで明記されていなかった「国際規準」が新たに追加された。改定10カ条(10のステップ)は、施設としての「基本的な管理手順」要件(1-2)と「重要な臨床実践」(3-10)に分けられ、「基本的な管理手順」では1989年版のStep1がStep1-a,b,cにさらに分けられ、従来からあるb.母乳育児の方針の文書化と周知徹底に加え、a.「国際規準」と世界保健総会の関連決議を完全に遵守する、c.継続したモニタリングとデータ管理システムを確立する、という項目が加えられた。改定10カ条(10のステップ)のなかに「国際規準」が明示され、「国際規準」に基づいた母乳育児支援方針の開示と共有、支援を一貫して提供する

サービスへの質保証（継続的な監視とデータ管理システム確立）、そしてそれを支えるスタッフ教育が求められている。

「重要な臨床実践」では、より母親の主体性を尊重した文章表現となり、Step 3：妊娠中の女性と家族とよく話し合い、Step 5：母親が母乳育児を開始・継続し、困りごとに対処できるように支援し、Step 9：哺乳びんや人工乳首等のリスクについて十分話し合い、Step 10：施設から退院後に地域での支援に切れ目なくつなげられる調整を行うことが述べられている。『改定赤ちゃんにやさしい病院運動BFHI実践ガイド』には、10のステップの詳細な解説、産科施設としてのさらなる役割、そして国家レベルでの実践と持続可能性についても言及されている。

国際連合（United Nation:UN）は21世紀に入った2000年に「ミレニアム開発目標」（Millennium development goals: MDGs）（UN, 2000）¹⁵⁾を掲げ、その後継として2015年から「持続可能な開発目標」（Sustainable Development Goals: SDGs）¹⁶⁾の達成に向けた活動を継続中である。母乳育児の推進は、子どもの生存に関する項目を達成するための基盤的戦略としてこれらの目標に包含されており、国連機関、各国政府、世界の母乳育児支援団体、医療専門家団体、産科医療施設、NGOは、連携協働して母乳育児の保護、推進、支援を進めている。

2) わが国における近年の母乳育児と支援の動向

日本国内での母乳育児率も世界的な動向の影響を受け、第2次世界大戦が終了した1945年の80～90%から下落の一途をたどり、1970年代には20～30%という最低値を記録した。2005年の平成17年度乳幼児栄養調査では、母乳育児率は1985年49.5%から2005年42.6%、人工栄養9.1%から5.1%とそれぞれ漸減しており、かわりに混合栄養が41.4%から52.5%と漸増していた^{17) 18)}。2010年、平成22年乳幼児身体発育調査では、生後1～2カ月未満は母乳育児率51.6%、混合栄養43.8%¹⁹⁾。平成27年度乳幼児栄養調査では、母乳栄養率：1カ月時51.3%、3カ月時54.7%、混合栄養率：45.2%、35.1%、人工栄養率：3.6%、10.2%²⁰⁾と母乳育児率が微増傾向にある。

1970年代、母乳育児率の低下を憂慮した研究者たちは厚生省に「母乳栄養に関する研究班」を置き、「母子相互作用に関する研究」とともに学際的研究を行った¹⁷⁾。1992年、日本母乳の会の前身である、「母乳をすすめるための産科医と小児科医の集い」が開かれ、以後日本のBFH（Baby friendly hospital）の認定を行っている。2019年8月現在、66カ所の産科医療施設がBFHに認定されている²¹⁾。この間、母乳育児支援に関しては、国家レベルでの包括的政策はなく、医療者によるさまざまな乳房管理方法、母乳育児支援方式が考案され、産科医療施設および地域においてそれぞれに個別支援が展開されていた。1990年後半から2000年代にかけて世界的な母乳育児支援情報、

研究知見が多数紹介されるようになり、より根拠に基づいた母乳育児支援が実施されるようになった。

2000年から開始された「健やか親子21」の第4課題において、数値目標はないものの「産後1カ月の母乳育児率：増加傾向へ」との項目が掲げられた²²⁾。当初の2010年から4年間延長された2014年には、母乳育児率の具体的数値目標が産後1カ月時点で60%に設定され、目標達成に向けて母乳育児支援を強化することが喫緊の課題となった。最終報告では生後1カ月時の母乳育児率は、県単位のグループ別に59.6～39.2%²³⁾と、自治体の取り組みの相違による母乳率の地域差が明らかになった。

「健やか親子21」の最終評価等に関する検討会では、目標値は設定しないが今後も継続して経過を観察していく必要がある指標とされた²⁴⁾。2015年から2025年を目指して新たに策定された計画²⁵⁾においては、基盤課題A「切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策」の評価指標-参考7として「出産後1カ月の母乳育児の割合」が設定され、今後一層の推進が望まれている。

2019年には、「授乳と離乳の支援ガイド」(2007)から12年ぶりに、「授乳・離乳のガイド」(2019改訂)が策定された²⁶⁾。ガイド改訂の基本的な考え方として(1)授乳および離乳を通じた育児支援の視点を重視すること、(2)妊産婦や子どもに関わる多機関、多職種の保健医療従事者が授乳および離乳に関する基本的事項を共有し、一貫した支援を推進することが明示された。改訂の主なポイントは、(1)最新の科学的知見を踏まえた適切な支援の充実、(2)授乳開始から授乳リズムの確立時期の支援内容の充実、(3)食物アレルギー予防に関する支援の充実、(4)妊娠期からの授乳・離乳等に関する情報提供の在り方とされている。授乳支援においては、「母子にとって母乳が基本」であることが再確認された。母乳育児支援の充実を基盤に据えつつ、母乳、混合、人工乳育児を行っている母子それぞれの不安や困りごとを受け止め、共感し、きめ細やかに個別に対応すること、母親が自信をもって育児に臨めるよう多職種が連携し、協働した支援を行うことが求められている。離乳食開始時期は、おおむね5～6カ月頃が適当であるとされた。(注：WHO/UNICEFは6カ月としている)(注：離乳の完了とは、母乳または育児用ミルクを飲んでいない状態を意味するものではなく、母乳または育児用ミルクは、子どもの離乳食の進行や完了に応じて与えるとしている)母乳育児の推進を図る観点から前述の国際的動向と研究知見に基づいた具体策が提示された。

2 | 国際助産師連盟(International Confederation of Midwives:ICM)における母乳育児支援

助産師の国際組織である国際助産師連盟(ICM)は、全世界の助産師が持つべき必

須能力を示している。「助産実践に必須のコンピテンシー 2019年改訂版」²⁷⁾には、コンピテンシーのカテゴリー2：妊娠前・妊娠中のケアには、妊娠・出産・授乳・家族の変化に関して予期的な指導を行うこと、カテゴリー3：分娩・出生直後のケアには、母子接触とあたたかい環境の提供、生後1時間以内に授乳と母子のアタッチメント(ボンディング)を開始できる安全であたたかい環境を提供すること、母親によるケア、頻回授乳、注意深い観察を推進すること、カテゴリー4：女性と新生児に対する継続的なケアには、乳腺炎を含む母親の母乳育児に関する問題に対処して母乳育児を推進し支援する知識・技能と行動能力が明記されている。加えて、「母乳育児」に関する公式見解表明書(position statement)²⁸⁾には、WHO勧告(2003)および児童の権利に関する条約第24条(1989)を支持して、6カ月間は母乳のみ(exclusive breastfeeding)で育てたのちに食べ物を補足することが乳児にとって最適な食事であり、母乳育児を開始して続けるためには、生後1時間以内に授乳を開始し、児の求めに応じた授乳を支援することが提示されている²⁸⁾。

3 | 日本助産師会における母乳育児支援

日本助産師会は、『助産師の声明』²⁹⁾のなかで、「助産師は、女性の妊娠、分娩、産褥の各期において、自らの専門的な判断と技術に基づき必要なケアを行う」とともに、自然性と女性の意思・主体性を尊重して、「女性と子どもおよび家族が本質的にもっている能力を最大限に発揮させる」働きかけをすることを明示している。

妊娠期のケアにおける助産師の役割・責務として、助産師は母子と家族の健康管理とともに出産および親となる準備への支援を行い、分娩期のケアにおいては、自然な経膈分娩を促して母子が自然の力を最大限に発揮しながら安全に出産・出生でき、女性とその家族にとって納得のいく出産体験ができるよう支援することも掲げている。

分娩後に母子の早期接触を促すことは、母乳育児成功にとって重要であり¹⁾、助産師は、「早期の母乳育児を支援する」ことを前提として陣痛中や分娩時の産婦への関わりの重要性を深く認識し効果的なケアを提供する。また、新生児のおっぱいを欲しがるサインを母親自身にも知らせたうえで、出生直後からの落ち着いた環境下での母子の肌と肌の触れ合いを促し、新生児の自然な哺乳欲求に沿った授乳が開始されるための支援を行う。このように早期からの母子接触と授乳により、プロラクチンによる母乳分泌、オキシトシンによる射乳と母子のボンディングおよびアタッチメントが自然な形で促される(注：ボンディングとは親から子どもに向けられ、アタッチメントとは子どもから親に向けられる情緒的関心や愛情であるとされている)。

さらに、産褥期のケアにおいて、助産師は女性が母子関係・家族関係の絆を深め、進行性変化（乳房の変化など）を促し、褥婦のセルフケア能力を高め、育児の基本が習得できるように支援する。母乳育児に関しては、「10カ条」と「母乳代用品のマーケティングに関する国際規準」に基づき、女性の意思と決定を尊重した支援を行う。

助産師は、妊娠中から退院後の母乳育児期間を通して女性、子ども、家族を支援し、それぞれが母乳育児という体験を通して母親、子ども、父親、家族として成長発達していくことを支援する。具体的には、妊娠中の母乳育児に関する準備教育として、授乳方法、具体的イメージづくり、動機づけ、自信形成への支援、出産直後からの肌と肌の触れ合い、欲しがるサインに合わせた授乳（自律授乳）、効果的な授乳方法（授乳姿勢・吸着）の確認、終日の母子同室、母乳育児上の不安・分泌不足（感）・乳房や乳頭のトラブルへの対応³⁰⁾、母親および家族への身体的、心理的、社会的支援を行う。助産師は、6カ月間は母乳のみ（exclusive breastfeeding）で育てたのちに、適切な補完食を利用しながら2歳かそれ以上まで母乳育児が続けられるよう支援する。

また、助産師は、母乳栄養、混合栄養、人工栄養のいずれの栄養方法を用いて授乳および育児を行っている母親に対して、個別的に寄り添い、感情や思いを丁寧に受けとめ、妊娠期から離乳期にかけてきめ細やかな授乳支援を行う。妊娠中から何らかの要因で母乳育児の選択ができない母親への支援・出産後に何らかの要因で母乳育児が行えない母親への支援・母乳育児を希望しない母親への支援を行うことも、助産師の重要な責務である。最終的には母親自らが設定した母乳育児の目標を達成できるよう支援する。

日本助産師会は、母乳育児支援に関する国際的な動向、国内の動向、および国際助産師連盟、日本助産師会の助産師の声明に基づき、それぞれの助産師が高い倫理性をもって個別的状況下の母子に寄り添いつつ、根拠に基づいた支援を提供し、関連各団体と協働して多機関および他職種連携の切れ目ない継続的な母乳育児支援を受けられる体制作りを推進し、日本の母乳育児推進のために活動することが重要である。

4 | エビデンスとナラティブ、協働的パートナーシップと対話に基づく共有意思決定

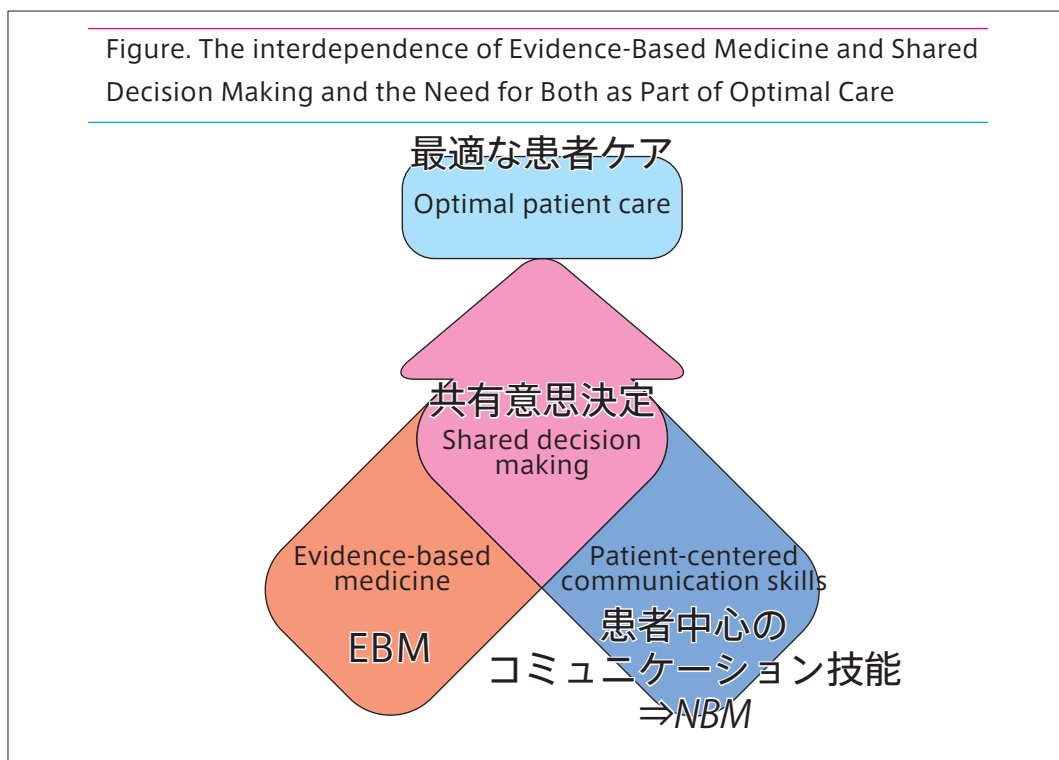
母親・子ども・父親や家族が当事者として主体的に母乳育児を行うための支援においては、当事者と支援者がお互いに力を分かち持ち、心を開いて尊重し合う協働的パートナーシップ（表1）³¹⁾と、対話に基づくシェアード・ディシジョン・メイキング（shared decision making：SDM）（協働的意思決定・共有意思決定）（図1）³²⁾によるアプローチが重要となる。SDMとは、患者と医療専門職が、エビデンスと個人の好みを踏まえて、検査・治療・管理・支援パッケージを選択するために協働するプロセ

スである^{33) 34)}。

これを母親と協働する授乳場面に当てはめることができる。SDMにおいては、母親らと支援者は情報・目標・責任を共有する³⁵⁾。初めからどのような方法や道筋で、どこに着地できるのか明確に定まっているわけではなく、両者が協働するプロセスの中で、情報が共有され、目指す目標、方法、分け持つ責任範囲が調整され共有されていく(表2)。これらは、強いエビデンスが少ない場合や、母子や家族の持つ多様性を踏まえて支援する場合には特に重要となる。母親らと助産師がSDMを進めるためには、傾聴・共感に基づくコミュニケーションと、協働的パートナーシップに基づく対話が必要不可欠となる³⁵⁾。

助産師は、第一には標準医療に基づく助産ケアを提供する責務がある。一方で、母親の希望等で補完代替療法や文化的に伝承された方法を取捨選択する場合には、母親とともによく話し合うことが奨められる。その際、①効果に関するエビデンスがあるか、②母親にとって何らかの助けになるのか、③母子にとって有害なのか無害なのか(表3)³⁶⁾、④母親がそれをどの程度望んでいるのか等の観点から、検討することが助けになる。

母親への授乳支援には、協働的パートナーシップの基本要素とともに、エビデンスに基づく支援と、母親の物語と支援者の物語を対話によって摺り合わせるナラティブに基づく支援、そしてそれらを土台とした共有意思決定が求められている³²⁾。



(Hoffmann, TC., et. al. 2014)

図1 EBM.NBM.と共有意思決定の関係性(文献32.一部改変)

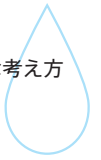


表1 協働的パートナーシップの5つの基本要素

1. 力を分かち持つこと sharing power
2. 心を開き尊重すること being open and respectful
3. 看護師の基準で患者の言動について価値判断しないで受容的であること
being nonjudgmental and accepting
4. 曖昧さを受け入れること living with ambiguity
5. 自己認識と内省 being self-awareness and reflective

(Gottlieb, LN., Feeley, N., Dalton, C. ローリィ・N/ゴットリーブ他/吉本照子監訳(2007). 協働的パートナーシップによるケア-援助的関係におけるバランス. エルゼビア・ジャパン. 48. pp.126-144.)³¹⁾

表2 SDMにおいて何を共有するのか？

SDMにおいて何を共有するのか？

- ・情報・目標・責任を共有する。
- 患者さんも、医療者も、どこに着地するかわからない。
- しかし、目指す目標が、過程の中で共有されていく。
- 【エビデンスの確実性】が高くない場合に特に大切。
- 共有を進める基本はコミュニケーション・対話。

(中山健夫.2017.一部改変)³⁵⁾

表3 エビデンスが明確でない場合のアセスメント

エビデンスが明確でない場合に、文化における実践をアセスメントする

Are they helpful? それらは助けになるのか？

- ・全ての文化において、信じられていること・信仰・信念、神話・儀式・儀礼・慣例があり、それらは母乳育児の助けになることもある。
- ・信じられていることや慣例などが、乳児への授乳が継続され、乳児に十分な栄養がいきわたり養育されていけば、それは望ましいことと考えられる。

Are they harmless? それらは無害か？

Are they harmful? それらは害があるのか？

(Wambach & Riordan (2016) p.898. より作成)³⁶⁾



5 | 乳腺炎重症化予防ケア・指導に関する診療報酬

平成30(2018)年度の診療報酬改定において、「乳腺炎重症化予防ケア・指導料」が診療報酬収載・保険点数化された。平成30年3月5日付で厚生労働省から発出された乳腺炎重症化予防ケア・指導料に関する「告示」にもとづく「留意事項通知」およびその後に出された「疑義解釈注」について概要を紹介する^{37) 38)}。

(注：疑義解釈とは、厚生労働省が発出した「告示」「留意事項通知」に関して、その情報を得た医療者・医療機関関係者等が、細かい解釈や現場での運用等について地方厚生局を通して質問し、その質問に対して厚生労働省が発出した回答、つまりQ&Aのことである)。

1) 乳腺炎重症化予防ケア・指導料に関する告示と留意事項通知

(1) 乳腺炎重症化予防ケア・指導料の内容と範囲

- 1) 乳腺炎重症化予防ケア・指導料とは、入院中以外の乳腺炎の患者であって、乳腺炎が原因となり母乳育児に困難がある患者に対して、医師がケア及び指導の必要性があると認めた場合で、乳腺炎の重症化及び再発予防に係る指導並びに乳房に係る疾患を有する患者の診療について経験を有する医師又は乳腺炎及び母乳育児に関するケア・指導に係る経験を有する助産師が、当該患者に対して乳房のマッサージや搾乳等の乳腺炎に係るケア、授乳や生活に関する指導、心理的支援等の乳腺炎の早期回復、重症化及び再発予防に向けた包括的なケア及び指導を行った場合に、分娩1回につき4回に限り算定する。
- 2) 当該ケア及び指導を実施する医師又は助産師は、包括的なケア及び指導に関する計画を作成し計画に基づき実施するとともに、実施した内容を診療録等に記載する。

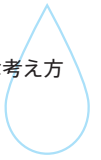
【診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(保医発0305第1号)】

(2) 「乳腺炎重症化予防ケア・指導料」の算定方法

分娩1回につき4回に限り算定する。

- イ 初回500点
- ロ 2回目から4回目まで150点

【診療報酬の算定方法(厚生労働省告示第43号 改正)】



(3) 施設基準

1) 乳腺炎重症化予防ケア・指導料に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、乳腺炎の重症化及び再発予防の指導並びに乳房に係る疾患の診療の経験を有する医師が配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関内に、乳腺炎の重症化及び再発予防並びに母乳育児に係るケア及び指導に従事した経験を5年以上有し、助産に関する専門の知識や技術を有することについて医療関係団体等から認証された専任の助産師が、1名以上配置されていること。

2) 届出に関する事項

- (1) 乳腺炎重症化予防ケア・指導料の施設基準に係る届出は、別添2の様式5の9を用いること。
- (2) 1の(2)に掲げる助産師についての医療関係団体等からの認証が確認できる文書を添付すること。

【特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(保医発0305第3号)】

2) 疑義解釈(Q&A)

- (1) (問) 乳腺炎重症化予防ケア・指導料の施設基準で求める「助産に関する専門の知識や技術を有することについて医療関係団体等から認証された専任の助産師」とは、どのような者か。

(答) 現時点では、一般財団法人日本助産評価機構により「アドバンス助産師」の認証を受けた助産師である。

【疑義解釈資料の送付について(その1)(平成30年3月30日保険局医療課事務連絡)】

- (2) (問) 「乳腺炎の重症化及び再発予防に係る指導並びに乳房に係る疾患を有する患者の診療について経験を有する医師又は乳腺炎及び母乳育児に関するケア・指導に係る経験を有する助産師」が実施した場合に算定するとあるが、この医師及び助産師は、施設基準で配置が求められている医師及び助産師を指すと考えてよいか。

(答) 施設基準で規定する医師又は助産師が実施した場合に算定できる。

【疑義解釈資料の送付について(その3)(平成30年4月25日保険局医療課事務連絡)】



「乳腺炎重症化予防ケア・指導料」が診療報酬に収載されたことを機に、乳腺炎を発症した母親とその児や家族が、全国のどこで暮らしていても、助産師や医療者から一定水準のケアが受けられることをめざし、以下の取り組みがなされている。

1. 日本助産師会と日本助産学会共同編集のエビデンスに基づく本書『乳腺炎ケアガイドライン2020』もその一つであり、本ガイドラインは、全国の助産師が、病院、診療所、助産所の枠を超えてこれまで以上に連携を強めるとともに、助産師と多職種が協働できる新たな連携体制を構築し、日本における乳腺炎ケアのさらなる標準化を図るために作成されており、本書に基づくケアの提供を強く推奨する。

2. 「乳腺炎重症化予防ケア・指導経過記録用紙」(p.132 付記資料参照)

医療者が共有できる乳腺炎の経過と重症度評価をめざして、乳腺炎経過の標準的アセスメントツールとして、「乳腺炎重症化予防ケア・指導経過記録用紙」を作成した。

ツールの枠組みとして、A.重症度評価、B.観察所見、C.助産師が実施したケア、D.医師との連携、E.ケアの継続という5枠を設定した。そのうちのA.重症度評価は、乳腺炎の主要症状である ①発熱、②発赤、③しこりの大きさ、④しこりの硬さ、⑤疼痛(母親の主観的評価)、⑥熱感、に加えて、乳腺炎の重症度の一つの指標となる⑦乳汁(患部から排出される乳汁)の7項目から構成されている。それぞれに重症度に合わせて重みづけした数値が設定されている。ぜひそれぞれの場でこの共通ツールを用いて、乳腺炎重症化予防ケアの実態を示すデータを集積していただきたい。

3. 乳腺炎重症化予防ケアは、助産実践能力習熟度段階(クリニカルラダー)(Clinical Ladder of Competencies for Midwifery Practice: CLoCMiP[®])におけるアドバンス助産師認証研修要件に位置付けられている。

資料1 母乳育児成功のための10カ条(10ステップ) 2018改定訳

- 1a. 母乳代替品のマーケティングに関する国際規準(WHOコード)と世界保健総会の決議を遵守する
- 1b. 母乳育児の方針を文章にして、施設の職員やお母さん・家族にいつでも見られるようにする
- 1c. 母乳育児に関して継続的な監視およびデータ管理のシステムを確立する
2. 医療従事者が母乳育児支援に十分な知識、能力、技術を持っていることを確認する
3. すべての妊婦・その家族に母乳育児の重要性と方法について話し合いをする
4. 出生直後から、途切れることのない早期母子接触をすすめ、出生後できるだけ早く母乳が飲ませられるように支援する
5. お母さんが母乳育児を始め、続けるために、どんな小さな問題でも対応できるように支援する
6. 医学的に必要がない限り、母乳以外の水分、糖水、人工乳を与えない
7. お母さんと赤ちゃんを一緒にいられるようにして、24時間母子同室をする
8. 赤ちゃんの欲しがるサインをお母さんがわかり、それに対応できるように授乳の支援をする
9. 哺乳びんや人工乳首、おしゃぶりをを使うことの弊害についてお母さんと話し合う
10. 退院時には、両親とその赤ちゃんが継続的な支援をいつでも利用できることを伝える

(ユニセフ東京事務所承認済み 2018.10.23)

UNICEF/WHO. (2018) 日本母乳の会 (2018). 母乳育児成功のための10カ条(10ステップ) 2018改定訳.

http://www.bonyu.or.jp/index.asp?page=2&disp_page=2&patten_cd=12&page_no=99

資料2 「母乳代用品のマーケティングに関する国際規準 (WHO1981)」の要旨

- (1) 消費者一般に対して、母乳代用品の宣伝・広告をしてはいけない。
- (2) 母親に試供品を渡してはいけない。
- (3) 保健施設や医療機関を通じて製品を売り込んではならない。これには人工乳の無料提供、もしくは低価格の販売も含まれる。
- (4) 企業はセールス員を通じて母親に直接売り込んではならない。
- (5) 保健医療従事者に贈り物をしたり個人的に試供品を提供したりしてはならない。保健医療従事者は、母親に決して製品を手渡してはならない。
- (6) 赤ちゃんの絵や写真を含めて、製品のラベル(表示)には人工栄養法を理想化するような言葉、あるいは絵や写真を使用してはならない。
- (7) 保健医療従事者への情報は科学的で事実に基づくものであるべきである。
- (8) 人工栄養法に関する情報を提供するときには、必ず、母乳育児の利点を説明し、人工栄養法のマイナス面、有害性を説明しなければならない。
- (9) 乳児用食品として不適切な製品、例えば加糖練乳を乳児用として販売促進してはならない。
- (10) 母乳代用品の製造業者や流通業者は、その国が「国際規準」の国内法制を整備していないとしても、「国際規準」を遵守した行動を取るべきである。

Allain A&Chetley A.Protecting Infant Health.10th edition

IBFAN/ICDC Penang Malaysia2002.

母乳育児支援ネットワーク翻訳(2007). 乳児の健康を守るために WHO「国際規準」実践ガイドブック 保健医療従事者のための「母乳代用品のマーケティングに関する国際規準」入門.日本ラクテーション・コンサルタント協会(2009.11改定)

要旨：http://www.jalc-net.jp/dl/10steps_Code.pdf

全文：http://www.jalc-net.jp/dl/International_code.pdf

注：日本助産師会においても、母乳育児を推進するために、母乳代用品を扱う企業や団体との適切な関係を構築するための行動指針を策定している。

資料3

母乳育児を推進するために、母乳代用品を扱う企業や団体との適切な関係を構築するための行動指針

I 本指針の策定の目的

公益社団法人日本助産師会(以下本会)は、母乳育児支援に関する国際的な動向、国内の動向、および国際助産師連盟、日本助産師会の助産師の声明に基づき、それぞれの助産師が高い倫理性をもって個別の状況下の母子に寄り添いつつ、根拠に基づいた支援を提供し、関連団体と協働して日本の母乳育児推進のために活動することが重要であると考えています(日本助産師会, 2015)。

国際助産師連盟(ICM)は、母乳育児支援に関する Position Statement(ICM, 2017)の勧告で、助産師は、母乳育児の保護と支援のために活動する、新しい根拠に基づいた支援をすることに加え、母乳育児代用品のマーケティングに関する国際規準(以下WHOコード)を遵守し、企業がそれを遵守することを監視することを明記しています。また、WHO/UNICEFの「母乳育児成功のための10カ条」も改定され、「母乳育児がうまくいくための10のステップ」(WHO/UNICEF, 2018)としてWHOコードを遵守することがより強化された内容となりました。そこで本会でも、より一層の母乳育児を支援・保護・推進のために、企業との適切な関係を構築し、行動を取ることが重要と考え、本指針を策定いたします。

II 行動指針および、具体的な行動の留意点

1. 本会の助産師は、「母乳代用品のマーケティングに関する国際規準」と乳幼児の栄養に関する世界決議の内容を遵守しましょう。
2. 本会の助産師が主催する研修会や学会等で企業からの協賛や協力を検討する際には、母乳代用品の宣伝や販売促進、利益相反が生じないことを確認しましょう。
3. 本会の助産師は、普段の活動や業務の中で、母乳代用品を販売する企業から、無料のサンプルや販売促進になるような物品^(※注)を受け取り、それを妊娠中や授乳中の女性、その家族に渡さないようにしましょう。勤務する施設でこれらのことが実践されていないときには、改善にむけて努力をしましょう。
4. 本会の助産師は、人工乳についての情報は、それが必要な女性とその家族に個別に伝えるようにしましょう。その際には、人工乳を使う母親の気持ちに寄り添いながら、科学的な根拠に基づいた中立な情報と、適切な使用方法について伝えるようにしましょう。
5. 本会の助産師は、自らも、また後進の助産師にも、母乳育児を支援するために、根拠に基づいた十分な知識、能力、スキルを持てるような活動を継続しましょう。

http://www.midwife.or.jp/general/breast_milk.html

※注：「無料のサンプルや販売促進になるような物品」とは、粉ミルクや液体ミルク、哺乳瓶などの商品の無料サンプル、企業名や商品名の入ったボールペンやカレンダー、授乳記録、飲み物といった販売促進の物品などをさします。無料サンプルを母親に善意で渡す、授乳記録が便利だから配布する、産前・産後クラスで無料の飲み物を提供するといったことは、企業が行っている母乳代用品の販売促進のための活動の一部を助産師が行っていることにつながります。

【文献】

- 1) WHO/UNICEF (2018).Implementation guidance: Protecting, promoting and supporting Breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. the revised BABY-FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE 2018.
<https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation/en/>
[アクセス2020.1.3]
日本母乳の会 (2018). 赤ちゃんにやさしい病院運動 実践ガイドおよびガイドライン—周産期医療施設における母乳育児の保護、促進、そして支援;実践ガイド 2018 ガイドライン 2017. 日本母乳の会.
- 2) American Academy of Pediatrics. Section on Breastfeeding (2005)／日本ラクテーション・コンサルタント協会学術委員会訳 (2005). 母乳と母乳育児に関する方針宣言—2005年改訂版. 日本ラクテーション・コンサルタント協会.
<http://www.jalc-net.jp/dl/AAP2009-1.pdf> [アクセス2020.1.3]
- 3) American Academy of Pediatrics. Section on Breastfeeding (2012)／日本ラクテーション・コンサルタント協会学術委員会訳 (2012). 母乳と母乳育児に関する方針宣言—2012年改訂版. 日本ラクテーション・コンサルタント協会.
<http://www.jalc-net.jp/dl/AAP2012-1.pdf> [アクセス2020.1.3]
- 4) 山本高治郎 (1983). 母乳. 岩波書店.
- 5) Baumslag, N. & Michels, DL. (1995)／橋本武夫監訳 (1999). 母乳育児の文化と真実. メディカ出版.
- 6) WHO/UNICEF (1981). International code of marketing of breast-milk substitute. WHO. 母乳代用品のマーケティングに関する国際規準. 要旨および全文 (日本ラクテーション・コンサルタント協会訳)
https://jalc-net.jp/dl.International_code.pdf [アクセス2020.1.5]
- 7) WHO/UNICEF (1989)／日本母乳の会運営委員会編 (1999). WHO/UNICEF 共同声明. 母乳育児成功のために. だれでも知っておきたい母乳育児の保護, 推進, 支援—産科医療施設の特別な役割. 日本母乳の会.
- 8) UNICEF/WHO (1993)／橋本武夫監訳 (2003). UNICEF/WHO 母乳育児支援ガイド. 医学書院.
- 9) WHO/UNICEF (2003)／多田香苗, 瀬尾智子訳 (2004). 乳幼児の栄養に関する世界的な運動戦略. 日本ラクテーション・コンサルタント協会.
- 10) WHO/UNICEF (2005). Innocenti declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding. https://www.unicef.org/nutrition/index_24807.html [アクセス2020.1.5]. イノチェンティ宣言 (2005年版) (日本ラクテーション・コンサ

- ルタント協会訳) : <https://jal-net.jp/dl/Innocenti2007.pdf> [アクセス 2020.1.5]
- 11) WHO/UNICEF (2009). Baby-Friendly Hospital Initiative, Revised, updated and expanded for integrated care. https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/en/ [アクセス 2020.1.5] BFHI (2009) セクション 3 および 4 の一部の邦訳. UNICEF/WHO (2009) / BFHI2009 翻訳編集委員会訳 (2009). UNICEF/WHO 赤ちゃんとお母さんにやさしい母乳育児支援ガイド : ベーシック・コース. 「母乳育児成功のための 10カ条」の実践. 医学書院.
 - 12) WHO/UNICEF (2017). Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services Guideline. <https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/breastfeeding-facilities-maternity-newborn/en/> [アクセス 2020.1.5] (日本語訳 : 文献 1)
 - 13) WHO/UNICEF (2018). Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018 Implementation guidance <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation/en/> [アクセス 2020.1.5] (日本語訳 : 文献 1)
 - 14) WHO/UNICEF (2008). Ten steps to successful breastfeeding (revised 2018) <https://www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en/> [アクセス 2020.1.5] (日本語訳 : 文献 1)
 - 15) United Nations (2015). Millennium Development Goals. <https://www.un.org/millenniumgoals/> [アクセス 2020.1.5]
 - 16) United Nations (2015). Sustainable Development Goals. <https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300> [アクセス 2020.1.5]
 - 17) 南部春生編 (1999). 母乳育児のコンセプト. 日本小児保健協会. pp.3-8.
 - 18) 厚生労働省 (2007). 平成 17 年度乳幼児栄養調査結果の概要. <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/06/h0629-1.html> [アクセス 2020.1.1]
 - 19) 厚生労働省 (2012). 平成 22 年乳幼児身体発育調査報告書. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001t3so-att/2r9852000001t7dg.pdf> [アクセス 2014.9.29]
 - 20) 厚生労働省 (2017). 平成 27 年度乳幼児栄養調査. <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450271&tstat=000001024531&cycle=8&tclass1=000001105135&tclass2=000001105136> [アクセス 2020.1.3]
 - 21) 日本母乳の会 (2014). BFH 認定施設所在地. http://www.bonyu.or.jp/index.asp?patten_cd=12&page_no=64 [アクセス 2020.1.3]

- 22) 厚生労働省 (2000). 健やか親子21. 別表各課題の取組の目標 (2014年まで).
<http://rhino.med.yamanashi.ac.jp/sukoyaka/mokuyou4.html> [アクセス 2020.1.1]
- 23) 厚生労働省 (2013). 「健やか親子21」最終評価報告書.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000030713.html> [アクセス 2014.6.17]
- 24) 厚生労働省 (2014). 「健やか親子21 (第2次)」について 検討会報告書.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000041585.html> [アクセス 2014.6.17]
- 25) 厚生労働省 (2015). 健やか親子21, 基盤課題A. 切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策. http://sukoyaka21.jp/expert/targetvalue/task_a [アクセス 2020.1.1]
- 26) 厚生労働省 (2019). 授乳・離乳の支援ガイド (2019年改定版).
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_04250.html [アクセス 2020.1.1]
- 27) ICM (2019). ICM Essential Competencies of Midwifery Practice Jan 2019.
<https://www.internationalmidwives.org/our-work/education/education-resources/> [アクセス 2020.1.1]
日本看護協会・日本助産師会・日本助産学会誌 (2019) 日本語訳. 助産実践に必須のコンピテンシー 2019年改訂.
<http://www.midwife.or.jp/association/international.html> [アクセス 2020.1.1]
- 28) ICM (2017). ICM position statement breastfeeding.
<https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-position-statements/> [アクセス 2020.1.1]
- 29) 日本助産師会編 (2010). 第1章専門職としての助産師を支える「助産師の声明」. 加藤尚美監修. 助産業務指針. 日本助産師会出版, pp.2-19.
http://www.midwife.or.jp/b_attendant/statement_index.html [アクセス 2020.1.1]
- 30) 宮下美代子 (2010). 3産褥期のケア. 加藤尚美監修: 助産業務指針. 日本助産師会出版. pp.50-61.
- 31) Gottieb, LN., Feeley, N., Dalton, C./ローリオ・N/ゴットリーブ他. 吉本照子監訳 (2007). 協働的パートナーシップによるケア—援助的關係におけるバランス. エルゼビア・ジャパン. 48. pp.126-144.
- 32) Hoffmann, TC., Montori, VM., Del Mar, C. (2014). The connection between evidence-based medicine and shared decision making. JAMA, 312(13), 1295-6.
- 33) NICE/NHS England(2016). Shared decision making: consensus statement.
<https://www.nice.org.uk/Media/Default/About/what-we-do/SDM-consensus-statement.pdf> [アクセス 2019.5.13]

- 34) NICE/NHS England (2019). Shared decision making. Summary guide. SDM. MiniGuide v.3.3 <https://www.england.nhs.uk/publication/shared-decision-making-summary-guide/> [アクセス2019.5.13]
- 35) 中山健夫(2017). 患者と医療者の協働意思決定と診療ガイドライン. Mindフォーラム2017. PPT資料.
- 36) Wambach, K. & Riordan, J. (2016) Breastfeeding and human lactation. fifth ed. Jones& Bartlett Learning. p.898.
- 37) 井村真澄(2018). 乳腺炎重症化予防ケア・指導料について. アドバンス助産師. Vol.3. p.34. 日本助産評価機構
- 38) 井村真澄(2018). 「乳腺炎重症化予防ケア・指導料」新設の意義—診療報酬・点数化の経緯と概要、日本助産学会の取り組み. 助産雑誌. 72(11). 医学書院. pp.830–837.
- 39) 授乳支援委員会(2020). 「母乳育児を推進するために、母乳代用品を扱う企業や団体との適切な関係を構築するための行動指針」を策定しました. 助産師. 74(1). 日本助産師会.

III

乳腺炎



Ⅲ 乳腺炎

1 | 乳腺炎

1) 乳腺炎の定義

「乳腺炎は、圧痛、熱感、腫脹のあるくさび形をした乳房の病変（限局性の病変）で、38.5℃以上の発熱、悪寒、インフルエンザ様の身体の痛みおよび全身症状を伴うものである、と臨床的に定義されている。乳腺炎は、乳腺に起こった〈炎症〉ではあるが、必ずしも〈細菌感染〉を伴うわけではない。乳房の緊満や、乳管の閉塞・つまりがあれば、発赤、疼痛、熱感がすべて起こりうるが、その場合、必ずしも感染が存在するわけではない。乳管閉塞、非感染性乳腺炎、感染性乳腺炎、膿瘍と一続きに変化していくようである」¹⁾。

2) 発生時期・頻度

乳腺炎は、授乳中であればいつでも起こりうる¹⁾が、産後2～3週間目に最も起こりやすく²⁾、大多数は6週間以内に起こる。

発生頻度は約2%から33%程度である²⁾。

3) 原因および誘因¹⁾

乳腺炎発症の主な要因は乳汁のうっ滞と感染であり²⁾、乳腺炎の誘因としては以下の要因が報告されている。

- ・ 乳頭に損傷がある、特に黄色ブドウ球菌が定着している。
- ・ 授乳回数が少ない、回数もしくは授乳時間を決めて授乳する。
- ・ 授乳をとばす（注：授乳間隔をあけてしまうこと）。
- ・ 不適切な吸着や吸啜が弱かったり適切な吸啜運動ができなかったために、乳房から効果的に乳汁を飲みとることができない。
- ・ 母親または児の病気。
- ・ 乳汁の過剰分泌状態。
- ・ 急に授乳をやめる。
- ・ 乳房が圧迫される（例：きついブラジャー、シートベルト）。
- ・ 乳頭上の白斑、乳管口や乳管の閉塞：乳疱 (milk blister)、水疱 (bleb)、局所的な

炎症反応。

- ・母親のストレスや疲労(特定の食物がヒトにおける乳腺炎のリスクであるというエビデンスはない)。

4) 乳腺炎の分類

乳腺炎は感染の有無、病態の進行(急性・慢性)、感染部位、感染組織(実質性、間質性)、乳汁のナトリウム濃度(subclinical mastitis)、反復性の有無等によってさまざまに分類されている。この指針では、用語の混乱を避けるとともに現場での有用性を考え、助産師のみが対応する範囲の乳腺炎と、薬物治療や他の治療が必要な範囲の乳腺炎とを区別するために、うっ滞性乳腺炎(うっ滞による非感染性乳腺炎をさす)と感染性乳腺炎という用語を用いる。

(1) うっ滞性乳腺炎 (p.45 アトラス参照)

乳管の閉塞や乳汁のうっ滞が長引いた場合、細菌感染には至っていないが蓄積された乳汁により乳房に炎症症状が生じた状態をさす。通常、片側性に局所の発赤、腫脹、硬結、圧痛、熱感があり、全身的に軽度の発熱がみられることもある。うっ滞した乳汁により腺房内圧が持続的に上昇して細胞間の密着結合の透過性が高まり、傍細胞経路を通して乳汁成分が乳腺間質に移行した結果として、乳腺組織に炎症反応が引き起こされる⁴⁾。乳腺間質で起こる炎症反応とそれに伴う組織障害が感染性乳腺炎の素地となるが、うっ滞性乳腺炎のすべてが感染症に移行するわけではない。

(2) 感染性乳腺炎 (p.45 アトラス参照)

上記の症状発症から12～24時間以内に状態が改善されず¹⁾、片側性の局所の発赤、腫脹、硬結、圧痛、熱感などの症状が強く、発熱がみられ悪寒や体の痛みなどの感冒様症状がある場合には細菌感染を疑う³⁾。

白血球数と細菌数から分類する視点もあるが⁵⁾(表1)、通常は一連の症状から判断する。

感染性乳腺炎の症状⁶⁾

1. 発熱
2. インフルエンザ様の身体の痛み
3. 嘔気
4. 悪寒
5. 炎症部位の痛み、腫脹

6. 発赤、圧痛、熱感があり、局所がくさび形をしていることがある
7. 腋窩に向かって広がる筋状の発赤
8. 脈拍の増加
9. 乳汁中ナトリウム濃度の上昇：塩味のため児は患側からの哺乳を嫌がること
ある

表1 乳汁中1mL中の白血球数と細菌数による分類⁵⁾

乳汁うっ滞：白血球 <math>< 10^6/\text{mL}</math>・細菌数 <math>< 10^3/\text{mL}</math>
非感染性乳腺炎：白血球 >math>> 10^6/\text{mL}</math>・細菌数 <math>< 10^3/\text{mL}</math>
感染性乳腺炎：白血球 >math>> 10^6/\text{mL}</math>・細菌数 >math>> 10^3/\text{mL}</math>

5) 乳腺炎の起炎菌と感染経路

児の口腔粘膜、鼻粘膜、母親の乳房表皮の常在菌⁷⁾が起炎菌となることが多く、わが国ではメチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (methicillin resistant *Staphylococcus aureus* : MRSA) を含む黄色ブドウ球菌 (*Staphylococcus aureus*)、表皮ブドウ球菌 (*Staphylococcus epidermidis*)、 β または γ 溶血性連鎖球菌 (beta/gamma type *Streptococcus haemolyticus*)、大便連鎖球菌 (*Streptococcus Faecalis*)、大腸菌 (*Escherichia coli*) などが報告されている⁸⁾。

起炎菌として最もよくみられるのはペニシリン耐性黄色ブドウ球菌であり、連鎖球菌や大腸菌は頻度が低い¹⁾。

コラム トキシック(毒素性)ショック症候群(toxic shock syndrome:TSS)

乳腺膿瘍をドレナージできなかつたり、MRSAなど多剤耐性菌による乳腺炎への治療が遅れた場合など、MRSAを含む黄色ブドウ球菌またはレンサ球菌から産生される外毒素によるトキシック(毒素性)ショック症候群(toxic shock syndrome:TSS)を起こすことがまれにある¹⁰⁾。敗血症性ショックなど短期間に致命的な経過をたどることもあるので注意が必要である(p.120参照)。

6) 感染経路

乳房への感染経路については解明されていないが、①乳管経由で乳腺葉に入る、②血行性に広がる、③乳頭亀裂から乳管周囲のリンパ系に入る、などのルートが考えられ、乳頭亀裂により感染が起こりやすいことが確認されている⁹⁾。

【文 献】

- 1) Amir LH&Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee (2014). ABM clinical protocol#4. Mastitis, revised March2014. Breastfeed Med9 (5). pp.239–243. http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/2014_Updated_Mastitis6.30.14.pdf [アクセス2014.9.17]
- 2) WHO (2000). Department of child and adolescent health and development. Mastitis: cause and management. WHO, pp.1–5.
- 3) Walker M (1999). Mastitis in lactating women.Lactation consultant series2. Schaumburg IL: La Leche League International, pp.1–16.
- 4) Fetherston C, Lee CS, Hartmann P (2001). Mammary gland defense. Adv NutrRes10. pp.171–173.
- 5) Thomsen AC, Espersen T, Maiggard S (1984). Course and treatment of milkstasis, noninfectious inflammation of the breast, and infectious mastitis in nursing women. Am J Obstet Gynecol149 (5). pp.492–495.
- 6) Walker M (2011). Breastfeeding management for the clinician:using the evidence. 2nd ed, Jones and Bartlett, p.552. http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.13.pdf [アクセス2020.1.1]
- 7) 河田みどり, 他 (2002). 健常な授乳女性における母乳中細菌の測定. 母性衛生43 (4). pp.479–487.
- 8) 黒島淳子, 村岡光恵 (1996). 産後の乳腺トラブルの対策. 産婦人科治療73 (4). pp.402–405.
- 9) WHO (2000). Department of child and adolescent health and development. Mastitis: cause and management. WHO, p10. http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.13.pdf [アクセス2020.1.8]
- 10) 藤原葉一郎ら (2001). 乳腺炎が原因と考えられたMRSAによるToxic Shock Syndrome (TSS)の1例. 感染症学雑誌第75巻第10号. 日本感染症学会.

2 | 情報収集と鑑別診断

施設の母乳外来や地域の助産所において、母親が助産師に相談する母乳育児上の問題は、分泌不足、直接授乳困難、乳頭痛・損傷、離乳食（補完食）の進め方から卒乳断乳まで、さまざまである。ここでは、“発熱”、乳房の“腫れ”、“しこり”、“痛み”について取り扱う。

助産師は、妊産婦の診察と同様、問診・視診・触診によって情報を収集する。情報を母親とともに整理し、助産師が提供する予防的ケアと母親がおこなうセルフケアで経過をみることができるか、医療連携が必要か（受診を勧めるか）の見通しを立てる。

助産師が提供する予防的ケアと母親のセルフケアにより経過をみることができると判断した場合は、翌日または数日のうちに、症状が軽減し母乳育児が継続できているかの評価を行う。

乳房の腫れやしこりの多くは、乳汁のうっ滞や乳腺炎、乳瘤などであるが、まれに乳がんを併発していることがあるため、判断は慎重に行う。

医療連携が必要と判断した場合は、すみやかに関連施設へ紹介する。関連する医療施設の医師・助産師、その他の職種と、母子の個人情報保護に配慮し、紹介状または口頭で情報を共有する。

1) 情報収集にあたっての助産師の心得

- ・助産師は、的確な判断を行うために、母乳育児の知識と診察の技法を身に付けることが必要である。
- ・母親との関わりにおいては、パートナーシップをとおして信頼関係を築くことが重要である (p.13参照)。
- ・乳腺炎や乳汁のうっ滞のトラブルは母乳育児期間中いつでも発生する可能性がある。助産師は、出産直後から母乳育児が終了するまでの乳房の変化について把握しておく。
- ・問診を通して、今回の乳腺炎発症の要因を特定し、乳腺炎予防策を母親と共に考える。
- ・相手が責められていると感じるような言動や、良し悪しの評価をしたり、否定的な言葉を使わないようにする。例えば、「あなたが〇〇を食べたから乳腺炎になった」など。
- ・母親は乳腺炎や乳房トラブルにより、母乳育児を断念したくなるような身体的・精神的ダメージを受けていることに十分配慮して、母親を共感的に受け止め、支え続ける。



2) 情報収集における助産師の関わり方の基本

- ・ 母親と児に氏名で呼びかける。
- ・ 助産師は自己紹介を行う。
- ・ やさしく落ち着いた態度、敬意と思いやりを持って接する。
- ・ 身だしなみを整え、丁寧な言葉を使う。
- ・ これからおこなう問診、視診、触診、児の健康診査について目的と手順について説明し、同意のもとに行う。
- ・ 専門用語をできるだけ避け、母親が理解できる言葉を用いる。
- ・ プライバシーを保護する。
- ・ 清潔で安全な環境の保持に努める。

3) 問診、視診、触診、児の健康診査の実際

(1) 問診

① 問診の方法

- ・ 母乳外来カルテ (1号用紙) (p.130 付記資料参照) または施設ごとの問診票に添って、母親から基本的な情報を得る。母子健康手帳からも情報を得る。
- ・ 初めに、母親が自由に話すストーリーを遮らずに聞く。
- ・ 母親の話から全体像をつかみ、質問事項をリストアップする。
- ・ 質問は、母親が自分の言葉で自由に話ができるよう、オープンクエスチョンで行う。
- ・ 消耗の著しい母親の場合、安静をはかりながら短時間で必要不可欠な情報を収集する。

② 問診の項目

[今回の妊娠・分娩・産褥の経過]

- ・ 経産婦には過去の授乳と現在の授乳；授乳期間、授乳方法、母乳育児上のトラブル経験の有無、きょうだい授乳実施の有無
- ・ 入院中と退院後の授乳状況；早期母子接触の有無、授乳・搾乳開始の時期、乳頭損傷や亀裂発症の有無、乳房緊満や直接授乳困難などの問題発生の有無
- ・ 合併症、感染症、現在治療中の病気、治療内容、体質、アレルギーの有無
- ・ 胸部の手術の既往の有無 (腫瘍の摘出、膿瘍切開手術、豊胸手術、乳頭形成手術等)

* 糖尿病の母親は、皮膚損傷から細菌や真菌が感染しやすく、蜂窩織炎、乳腺炎、カンジダ症になりやすい¹⁾。

* 初産婦の方が乳腺炎発症率が高い

* 前回、乳腺炎を経験した経産婦の発症率は高くなる²⁾。



[現在の症状・主訴]

- ・発熱(熱型)、悪寒、戦慄、脈拍の上昇、身体の痛み、頭痛、吐き気、倦怠感、関節痛、肩こり、消耗などの有無とそれらの症状発現の時期、発症から現在までの経過
- ・乳房痛の有無、痛みを感じ始めた時期、疼痛部位、疼痛の程度、どのような痛みか、痛みの部位は乳頭へおよび痛みか、表面か深部か、痛みと授乳の関係
- ・今までに受けた治療内容、服薬、現在行っているセルフケアなど

* 授乳時に不快感を訴える母親もいる (p.124 不快性射乳反射参照)。

[現在の授乳の様子]

- ・1日の授乳回数、授乳間隔、1回の授乳時間、夜間授乳の有無、
- ・搾乳して授乳している場合は、搾乳方法、搾乳回数、搾乳量、搾乳器の使用と管理方法
- ・補足をしている場合は、補足の種類(人工乳、糖水など)、回数と補足量、補足のタイミング
- ・乳房に異変が起きる直前の授乳の変化、患側乳房の授乳・搾乳、患側あるいは両乳房からの授乳を中止している場合の理由と対処方法
- ・ニップルシールド等の使用の有無、おしゃぶりの使用の有無
- ・授乳中の児の様子；機嫌、すぐに離す、体の動かし方、表情
- ・母親の母乳育児継続に対する思い、授乳に関する知識、授乳終了への考え

* 順調に母乳育児されていた児が、突然片側の乳房から飲まなくなる、ということが乳がん発見のきっかけとなることがある³⁾。

[家族・生活背景]

- ・食事、睡眠、職業、復職、復職の予定、勤務体制、児の保育園入園、家族構成と家族の健康状態、サポート者の有無、社会資源の利用度
- ・最近の出来事；結婚式、里帰り、お宮参り等
- ・疲労・ストレスの原因となるような出来事；旅行、引越し、葬祭、家族の行事等
- ・乳房の圧迫や外傷など；タイトな下着の着用、シートベルト等の長時間の乳房への圧迫、ドメスティック・バイオレンス等

(2) 視診

① 視診の方法

- ・視診では、母親の全身状態、乳房、授乳を観察する。

- ・乳房の視診を行うときは、患側乳房だけでなく、健側乳房との比較も行うと症状が明確になる。
- ・落ち着いて授乳できる静かな環境を準備し、児が飲むようなら、直接授乳を観察する。授乳を観察することで多くの情報を得ることができる。



写真1 左乳腺炎。くさび形の発赤

②視診の項目

[母親の全身状態]

- ・栄養状態；肥満、やせ、貧血の有無
- ・疲労、消耗の程度、表情、顔色
- ・話し方、声の調子

[乳房の状態]

- ・形、大きさ、左右差、副乳、血管の走行
- ・発赤；大きさ・部位・形・色・皮膚の状態
- ・しこり；大きさ・部位・形・程度
- ・浮腫、膨隆、びらん、湿疹の有無
- ・乳房の腫脹は、片側乳房か両乳房か、限局性か乳房全体におよぶか、症状のある部位の大きさ、乳腺炎の症状は左右どちらかの乳房か
- ・乳頭乳輪；形、大きさ、色、皮膚の状態、膨隆、潰瘍、びらん、浮腫の有無、モントゴメリー腺の状態、乳頭の突出の程度、浮腫の有無、乳汁の排出状態、亀裂・損傷・瘡蓋(痂皮)・乳頭白斑、乳管閉塞の原因となる小さな白い塊(乳栓)や水疱・虚血・咬傷、カンジダ感染の徴候の有無
- ・乳汁；色、粘調度、混濁の有無、射乳の有無、左右差、分泌物(乳汁、膿様、水様、漿液様、血性)排出の有無、

- * 乳腺炎時に現れる発赤は、左右どちらかの乳房の一部にくさび形に現れることが多い(写真1)。
- * リンパの走行に添って腋窩に向かって赤いスジが伸びていることもある(写真2)。発赤、紅斑は乳房に限局するか乳房以外の部位にもあるかを観察する⁴⁾。
- * 好発部位は、乳頭を中心に4分割すると外側上部が最も頻度が高い。両側性の乳腺炎はまれであるが、溶血性連鎖球菌による感染の場合がある⁵⁾。
- * 乳房全体におよぶ症状では間質性乳腺炎の場合がある(写真3)。
- * 浮腫により毛根が拡張した状態の橙皮状皮膚(peau d'orange)または豚皮状は、炎症性乳



写真2 リンパの走行に沿った発赤



写真3 間質性乳腺炎

癌の症状の一つとして知られているが、乳房緊満や乳腺炎でも見られることがある。皮膚の牽引陥没の有無 (dimpling sign) も同上である⁶⁾。

- * 出産後数週間で起こる乳腺炎は乳頭損傷から起こっている可能性が高い。表皮の欠損は細菌の乳房内組織への通り道となるが、必ずしも乳頭損傷のすべてが乳房の感染に結びつくのではない⁷⁾。
- * 乳がん等で乳頭下の組織が短縮・牽引されると、乳頭の平坦化や乳頭陥没 (nipple retraction) が起こる。これは通常の陥没乳頭 (inverted nipple) との区別が必要で、従来から陥没していたのか、最近に起こったのかを聞くことは重要である⁸⁾。
- * 乳輪下膿瘍では陥没乳頭は要因の一つである。乳頭のびらんを伴うものにパジェット病がある。
- * 乳汁は排乳口により異なる色の乳汁が出る場合があり、炎症部位から排乳される乳汁は、黄色で粘り混濁があり、味は塩味がある。
- * 乳房の腫脹が強い場合に、乳汁中に血乳を見ることがある。産褥早期の血乳は新しく作られた血管が刺激されて出るといわれ、異常ではないが、母乳量が増えたあと何日も持続する場合は受診を勧める⁹⁾。産褥期に限らず、ひとつの乳管口から血性の分泌物があり持続する場合は、乳がんの可能性もあるため、専門医の受診を勧める。

[授乳]

- ・ 直接授乳の姿勢、抱き方、飲ませ方
- ・ 乳房に異常を感じてからの授乳の変化の有無；児が飲みつかない、乳頭をすぐにはずすなど
- ・ 抱き方のバリエーションによるうづ乳部位の変化、授乳前後の乳頭の形状の変化；乳頭のゆがみ、つぶれの有無、乳頭の色の変化
- ・ 射乳反射の有無とそれに応じた児の飲み方の変化、授乳時にみられる栄養的吸啜と非栄養的吸啜回数
- ・ 哺乳量

- * 哺乳量測定は、児の摂取量であり、分泌量を測定しているのではないことを母親に説明し、哺乳量測定を行うことにより、母親が母乳育児に対する自信を失うことがないように配慮する。
- * 乳腺炎時の授乳方法についてはp.65～67 効果的な授乳方法を参照。

[母児のかかわり]

- ・ 児への話しかけ方
- ・ 児とのふれあい方
- ・ 児の反応に対する応答性

(3) 触診

① 触診の方法

- ・ 触診は、母親の同意を得て行う。
- ・ プライバシーが保護される場所で行う。
- ・ 触診は、乳房の解剖と乳汁分泌の生理を理解して行う。同時に授乳状況と月齢に応じた乳房の変化を理解して行うことが必要である。
- ・ 乳汁がうっ滞した乳房や乳房緊満や炎症のある部位の触診は、痛みをあたえることがないように、温かい手でやさしく触れる。最初に母親が痛みや違和感を感じている部位を、自身で触れて示してもらおうとよい。
- ・ 乳房触診の手技には、乳がんの触診方法では、平手法・指腹法・指先交互法・ピアノタッチ法があるが、どの方法においても乳房全体をまんべんなく触れてしこりを見逃さないことが大切である¹⁰⁾。
- ・ 乳房にしこりがある場合は、強くつかまないように注意する。表皮に近い部位の乳腺炎や膿瘍を形成した乳房では、表皮が火傷様に脆くなっているため、注意深く触れる(写真4)。強い痛みがある場合は、触れないほうがよいこともある。
- ・ 患側乳房だけでなく健側乳房も触診し、比較することによって、症状が明確になる。
- ・ しこりや発赤の大きさは、メジャーやノギスで測定し、硬さ、色の変化を合わせて経過を記録する(記録についてはp.132乳腺炎重症化予防ケア・指導ケア経過記録用紙参照)。
- ・ 感染防止に留意する(p.38コラム参照)。



写真4 乳房の触診方法の例

②触診の項目

- ・乳房全体；柔軟性、皮膚の緊張度、左右差、腋窩の状態（リンパや副乳の腫脹の有無）
- ・乳汁のうっ滞・腫脹・しこりがある場合；部位、大きさ、硬さ、形状（丸い・扁平・楕円形・不整形等）、表面の滑らかさ（つるつる、でこぼこ、ざらざらなど）、可動性、圧痛の有無、境界が明瞭か不明瞭か、波動感の有無

* 触診で乳がんを発見できるのは、1cm大以上の大きさである。また授乳中は乳腺が発達し、乳腺密度も高いために、触診での発見は困難である。それ以下のものは超音波画像診断となる。また、腋下リンパ節の腫大は、乳腺炎か乳がん転移によるものかの判別は困難であり、専門医の診察が必要である。

* 妊娠中と授乳中の乳房にある触知可能なしこりのほとんどは良性であるが、その3%に悪性と診断されるものがある¹¹⁾。

* 乳がんなど疼痛を伴わない場合、母親はしこりの存在を自覚していないことが多い。

—コラム 乳房ケアの際の感染予防—

CDCガイドラインの標準予防措置策（スタンダード・プリコーション）では、全ての患者の全ての湿性生体物質は感染の危険があるという考え方を基本としている。全ての湿性生体物質には、乳汁や傷ついた乳頭なども含まれる。

そのため助産師が乳房ケアを行うすべての場所において、以下のような対応を取り入れる必要がある。

- ・乳房および母乳に触れるケアの前後の手指消毒
- ・バリアプリコーションとして、グローブ・マスク・シールドまたはゴーグル・撥水性エプロン等の個人防護具（Personal Protective Equipment: PPE）の着用
- ・使用済み個人防護具（PPE）の適切な廃棄・使用後のリネンの処理・環境整備

* 日本助産師会では、感染拡大の防止や自身への感染防御など、患者・医療者双方の感染防止の観点から、乳房ケアを実施する際には個人防護具（PPE）の装着が望ましいと考え、グローブ、マスク、シールドまたはゴーグル・撥水性エプロンの着用、ディズポタオルの使用を推奨している。

* 付記資料：p.135感染予防マニュアル（例）参照。

(4) 児の健康診査

① 児の健康診査の方法

- ・ 児の全身状態を観察して、身体計測（体重、身長、頭囲等）を行う。児が来所していない場合は、母親または家族から児の様子を聞く。
- ・ 児の月齢によって、乳腺炎発症の要因である乳汁のうっ滞のリスクが高まることもある（下記コラム参照）。
- ・ 授乳中の児が、2才かそれ以上の年齢である場合でも、乳腺炎改善のために授乳を継続することが推奨されている。
- ・ 発育発達の遅れがみられる場合は、小児科医師の診察を受けることを勧める。

コラム 乳汁うっ滞の高まりやすいとき

- ・ 頻回授乳をしていた時期から、夜間長時間眠るようになる時期
- ・ 周囲の様子に関心が向けられるようになり、授乳に集中できない時期
- ・ 離乳食（補完食）が開始され、授乳が減る時期
- ・ 急に哺乳しなくなる母乳ストライキ
- ・ 乳歯の萌出、乳頭を噛むことによって乳頭損傷が起こる
- ・ 保育園に通園するようになり、授乳回数が減少する
- ・ 授乳終了に向けて故意に母親が授乳回数を減らした

② 児の健康診査項目

[月齢に応じた発育、発達の評価]

- ・ 体重、身長、頭囲、胸囲
- ・ 全身状態、生活リズム、排泄状態
- ・ 母親が乳腺炎になってからの児の変化

[口腔内の状態]

- ・ 口蓋の形状、舌の大きさ、厚さ、舌小帯、上唇小帯、舌の前方突出の程度
- ・ 乳歯萌出状態
- ・ 児の病気；鵝口瘡、唇顎口蓋裂、ピエールロバン症候群、手足口病など口腔内に症状が現れる病気

4) 鑑別診断の流れ

問診、視診、触診から得られた情報をもとに、以下の流れに沿って問題の鑑別を行う。

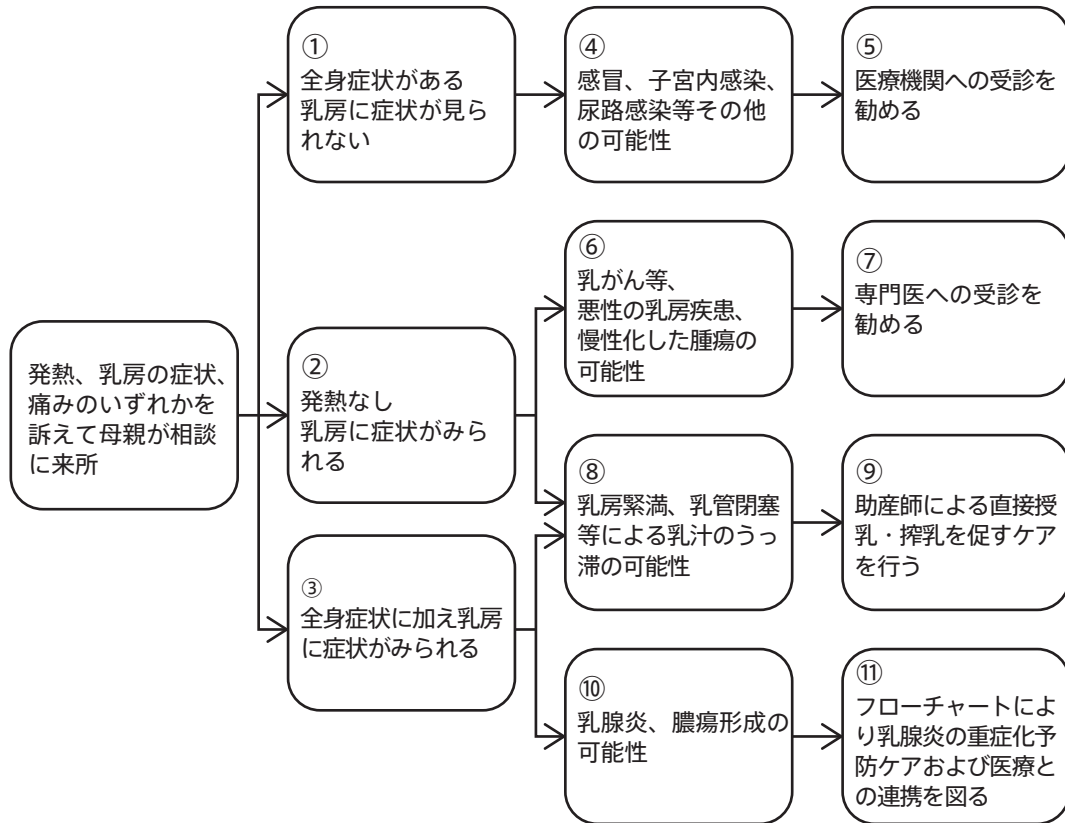
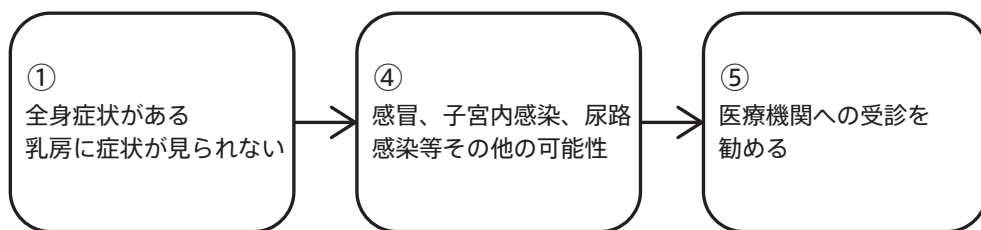


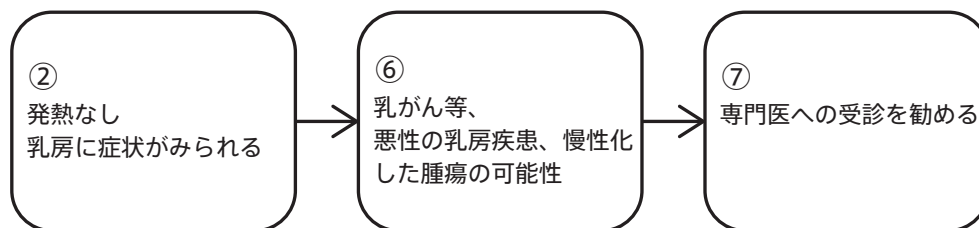
図1 発熱、乳房の腫れ、しこり、痛みを伴う母乳育児上の問題の鑑別フロー

(1) 医療機関への受診を勧める場合



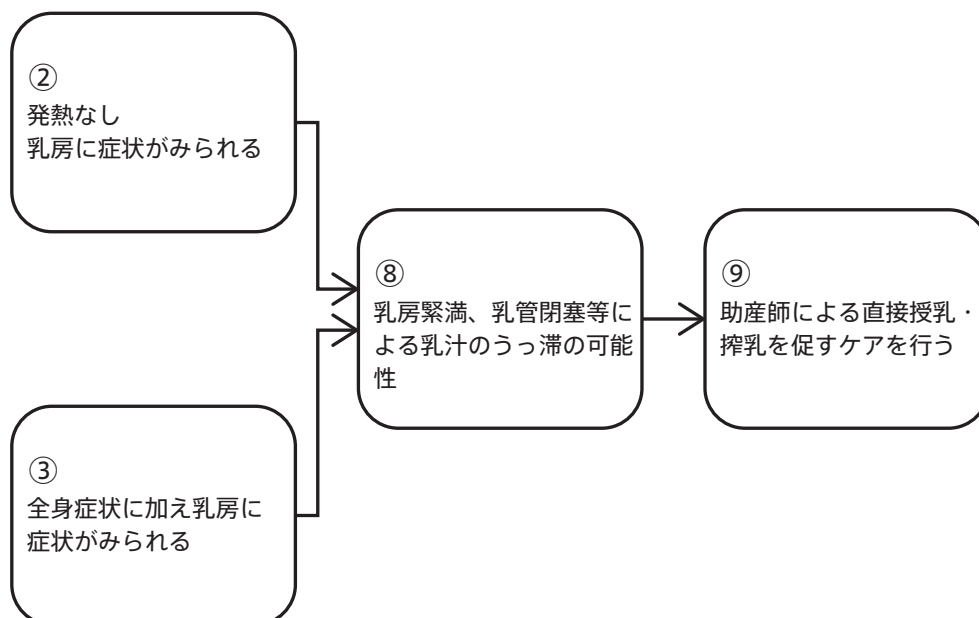
- ・発熱はあるが、乳房に症状が無い場合は、乳腺炎以外の疾患を疑い、医療機関への受診を勧める。
- ・発熱を伴う疾患は、風邪や尿路感染症、带状疱疹、産褥早期では子宮感染などがある。まれに肋軟骨炎、膠原病や悪性腫瘍などの可能性もあるため、かならず受診するよう勧める。
- ・発熱時、検査や治療中の授乳は、ほとんどの場合継続は可能である。できる限り授乳が継続できるよう母親と保健医療者で協働する。

(2) 専門医に紹介する場合



- ・ 早期の授乳期乳がんは、痛みや炎症症状がないことが多い。
- ・ 母親が自分で乳房にしこりや分泌物等の異変に気付くことが多い。母親の話をよく聞き、乳がん等膿瘍の疑いがある場合は専門医への受診を勧める。
- ・ 炎症性乳がんの場合、乳腺炎との鑑別がつけにくく、乳腺炎の治療を行っても改善されない場合は、早急に専門医への受診を勧める。
- ・ 発熱がなく、乳房にしこりがあり痛みがある場合、膿瘍を形成している可能性がある。乳瘤なのか、慢性化した膿瘍なのかの鑑別がつかない場合は、受診を勧める。
- ・ 複数回、複数部位で乳房の自潰をおこしている場合は、肉芽腫性乳腺炎や蜂窩織炎等を疑い、専門医への受診を勧める。
- ・ 非妊時・妊娠中、または産褥早期に乳輪下に膿瘍を形成し持続している場合、乳輪下膿瘍の可能性があり、専門医への受診を勧める。

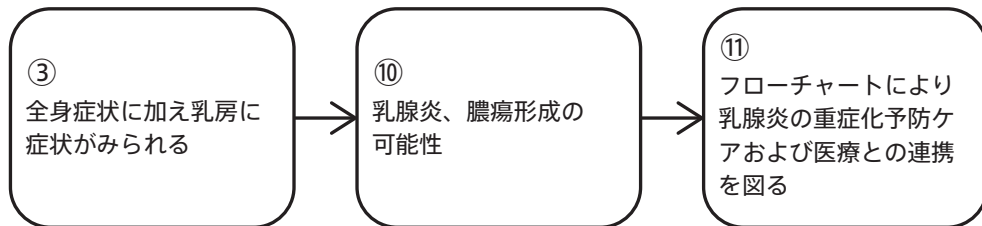
(3) 助産師が経過を観察し、支援を行う場合



- ・ 乳房緊満、乳管閉塞、乳汁のうっ滞は、乳房に症状や熱感を伴うことがあるが、全身症状は強くない。p.44～45アトラスを参考に、乳房トラブルの鑑別診断を行い、乳汁のうっ滞を改善するケアと、セルフケアの情報を母親に提供する。

- ・乳房緊満は、二次的に乳頭の陥没や扁平化を引き起こし、その結果、授乳困難を引き起こす。吸着できた場合にも浅い吸着となり、乳頭損傷の原因となりやすく、乳腺炎へと進むことがある。乳瘤、繰り返す乳管閉塞、乳頭上の白斑による詰まりも、乳汁のうっ滞が引き起こされると乳腺炎の原因となる。
- ・助産師による授乳・搾乳のケアについては、p.64～69を参照。

(4) 乳腺炎フローチャートへ進む場合



- ・乳腺炎ケアのフローチャート p.50～51へ進む。

【文 献】

- 1) Lawrence, R.A., Lawrence, R.M. (2016). Breastfeeding, a guide for the medical profession. 8th ed. St.Louis. Mosby. pp.581-582.
- 2) Foxman, B., D'Arcy, H., & Gillespie, B. et al. (2002). Lactation mastitis : Occurrence and medical management among 946 breastfeeding women in the United States. Am J Epidemiol. 155: pp.103-114.
- 3) Goldsmith, H.S. (1974). Milk rejection sign of breast cancer. American journal of Surgery, 1 (27), pp.280-281.
- 4) 前掲書 1 . p.570.
- 5) 前掲書 1 . pp.573-574.
- 6) 日本乳癌学会. (2012). 乳腺腫瘍学. 問診・病歴の取り方、視触診. 金原出版. pp.76-80.
- 7) Riordan, J., & Wambach, K. (2016). Breastfeeding and Human Lactation. 5th ed. Jones and Bartlett Publishers. Boston. pp.323-328.
- 8) 前掲書 6 . p.77.
- 9) 水野克己・水野紀子(2011). 母乳育児支援講座. 南山堂. p.24.
- 10) 荒木葉子(2007). 臨床医が知っておきたい女性の診かたのエッセンス. 医学書院. pp.57-58.
- 11) Walker, M. (2016). Breastfeeding Management for the Clinician – using the evidence (4th ed.) Sudbury, Jones and Bartlett Publishers. p.615.

【参考文献】

- ・我部山キヨ子(2018). 助産師のためのフィジカルイグザミネーション. 第2版. 医学書院.
- ・前野哲博(2019). 医療職のための症状聞き方ガイド. 医学書院.
- ・Bieckey LS, Szilagyi PG. 福井次矢・井部俊子監修(2008). 第9章 乳房と腋下. ベイツ診察法. メディカル・サイエンス・インターナショナル. pp.337-357.

5) アトラス

項目	乳房の充満 (=生理的乳房緊満)	乳房緊満 (=病的乳房緊満)	乳管(口)の閉塞による 乳汁のうっ滞
写真			
時期	産褥1～3日ころ	産褥2～3日ころ	分泌が増加し始めた後 授乳期全期
部位	両側性	両側性	両側または片側性
腫脹	乳房全体	乳房全体	乳腺葉に限局的
発赤	わずかに	乳房全体	ほとんどなし
熱感	わずかに	乳房全体	わずかまたはなし
所見	乳房全体がわずかに硬い	乳房全体が硬い	乳腺葉が腫脹しポコポコ した硬いしこり
体温	発熱なし	38.5°C未満 微熱	発熱なし
疼痛	わずかに	乳房全体 強い	腫脹部の痛みは軽度 白斑では授乳時に乳頭の 痛みがある
全身症状	なし	なし	良好
細菌	常在細菌叢	常在細菌叢	常在細菌叢
抗菌薬	不要	不要	不要
参照	p.118(乳房の) 充満	p.117(乳房の) 緊満	p.116(乳汁の) うっ滞

うっ滞性乳腺炎



分泌が増加し始めた後
授乳期全期

通常片側性

限局的

斑点状 縞状の発赤

軽度

うっ滞より硬い

38.5°C未満

軽度 限局的

軽度の感冒様症状

常在細菌叢

不要

p.116 うっ滞性乳腺炎

感染性乳腺炎



分泌が増加し始めた後
授乳期全期

通常片側性

限局的

うっ滞性乳腺炎
よりも強い

うっ滞性乳腺炎
よりも強い

限局的(くさび状に硬い
しこり)

38.5°C以上

強度 限局的

感冒様症状 悪寒
関節痛

黄色ブドウ球菌
大腸菌など

有効(感受性のある薬剤
を選択)

p.117 感染性乳腺炎

膿瘍形成



授乳期全期

通常片側性

限局的

限局的(赤色~暗紫色)

あり

限局性の波動を触れる
腫瘤

発熱(ないこともある)

強度 限局的

感冒様症状 悪寒
倦怠感

黄色ブドウ球菌(MRSA)
溶血性連鎖球菌
表皮ブドウ球菌など

有効(感受性のある薬剤
を選択)

p.123 膿瘍

乳瘤
(乳汁嚢胞)



産褥3~10日ころ

片側性 乳房の一部
乳輪周辺に多い

限局的

なし

乳輪
乳頭にあることも

つるつるとした滑らかで
丸いしこり

37.5°C以下

ないことが多い
圧迫で不快感

無いことが多い

常在細菌叢

不要

p.120 乳汁嚢胞

La Leche League International.(1999) Mastitis in Lactating Women.Lactation Consultant Series Two. La Leche League International Inc p.8-9 Table4.Signs and Symptoms Various Conditions of the Lactating Breasts. を元に作成

6) その他乳腺炎と鑑別すべき疾患

(1) 蜂窩織炎^{ほうかしきえん}(p.125 参照)

症状：蜂窩織炎(写真5)は、皮膚および皮下組織の急性細菌感染で、乳房に発症した場合、乳腺炎と同じ全身症状が出ることもある。乳房に限局した発赤、熱感、疼痛がある。自潰すると大きな皮膚欠損となる。



写真5 蜂窩織炎

(2) 炎症性乳がん(p.117 参照)

症状：乳房皮膚の3分の1以上を占めるびまん性発赤、浮腫、硬結、橙皮状皮膚または豚皮状皮膚がみられる。乳房がほぼ全域で硬化し、広範な浮腫と発赤、熱感、疼痛等を伴う。乳腺炎の治療開始後1週間を経過しても症状の改善が見られず、膿瘍の形成もない場合は炎症性乳がんを疑う。

(3) 妊娠関連乳がん(p.123 参照)

症状：自覚症状がないことが多い。乳房のしこり、乳頭からの異常分泌、乳頭の陥没、皮膚のひきつれと陥没、進行すると乳房の潰瘍、発赤を伴う。

コラム その他のしこりや炎症を伴う乳房疾患(VII用語の規定と解説を参照)

多くの良性腫瘍は妊娠中と授乳中にもみられる。悪性の疑いがあるときは、早急に専門医師に紹介する。

乳管拡張症・乳管周囲性乳腺炎 p.120 参照

肉芽腫性乳腺炎(写真6) p.120 参照

乳輪下膿瘍(写真7) p.123 参照

乳腺症 p.121 参照

繊維腺腫 p.119 参照

授乳期腺腫 p.119 参照

葉状腫瘍 p.125 参照

ページェット病(パジェット病) p.124 参照

皮脂嚢胞 p.124 参照



写真6 肉芽腫性乳腺炎



写真7 乳輪下膿瘍

IV

乳腺炎ケアのフローチャート 2020 と事例



IV 乳腺炎ケアのフローチャート2020と事例

1 | 乳腺炎ケアのフローチャート2020の概要

1) はじめに

乳腺炎ケアのフローチャート2020(以下、フローチャートとする)は、ケアにあたるすべての助産師が共通見解に基づいて、母子への支援や医師との連携を適切に実施できるように作成された。乳腺炎の状態を4段階で示し、時間の経過に沿った判断や鑑別診断、医師との連携のタイミング、支援の方法を示している。乳腺炎の状態判断には、乳房の変化だけでなく、母親の全身状態の変化、児の飲み方や全身状態、成長・発達等を関連付け、母子を一体とした全体の観察評価が必要である。そこで、支援にあたる助産師が一定水準の観察と判断を行ない、適切な見通しがたてられるように、各状態別に、受診時の“判断”や支援前後での“改善の見通し”など、助産師の判断のポイントを解説した。

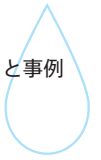
2) 2015版からの変更点

2015版のフローチャートを活用している助産師や多職種からの意見を反映させ、経験年数や施設の違いかかわらず、一定水準の切れ目のない継続ケアや医療連携が図れるように検討を重ねた。

実際の臨床場面を想定した各状態別の「事例展開」を見開きで解説した。事例の解説として、「判断のポイント」「改善の見通しのポイント」「支援終了のポイント」を示した。




主な変更点：


- ① 助産師の判断に、うっ滞性と感染性の判断を具体的に記述した。
- ② 対処について必要なエッセンスを状態ごとに、より具体的に記述した。
- ③ 膿瘍の対応を明確にした。
- ④ フローチャートで示した各状態別に、助産師としての「判断のポイント」と「改善の見通しのポイント」を示した。



2 | フローチャートの使用方法

1) フローチャートの見方

 : 開始・終了、 : 判断(見通しの判断も含む)、 : 対処方法を示す。

 矢印の方向と太さの拡大、背景色のグラデーションが濃くなるにつれ、乳腺炎症状の悪化と医師による治療処置や介入の程度が高くなることを示している。そして、受診時の状態の判断や今後の改善の見通しで、悪化の可能性があれば、次の状態へ矢印どおりに進み対処する仕組みとなっている。

2) 乳腺炎の状態の判断

うっ滞性乳腺炎から膿瘍形成までの状態を4段階で示している。状態の開始は時間軸と問診・視診・触診の情報から判断する。状態判断の際には、アトラス(p.44～45)と鑑別診断のための情報収集(p.32～42)を基準とし、フローチャート解説の判断ポイントを活用することができる。また、フローチャートに示す「医療連携」については、臨床現場や母子の状況に応じて、時期を逸することなく医療連携する。

3) フローチャートの活用: 状態開始と終了の判断

フローチャートを活用する際に、現在どの状態であるのかを判断してスタートするかが重症化予防のカギとなる。経過は時間軸で示されているが、母親の主訴と実際の初発症状の時期が異なる場合がある。また母親自身が気づいていない事柄が、症状発症の誘因になることもある。そこで助産師は、受診までの経過や誘因と予測される事柄や出来事の確認(p.32～情報収集と鑑別診断参照)が必要である。入念な問診(p.33問診参照)により、母親と症状の初発時期を確認しあうことも判断の際に重要である。

4) 支援の実際

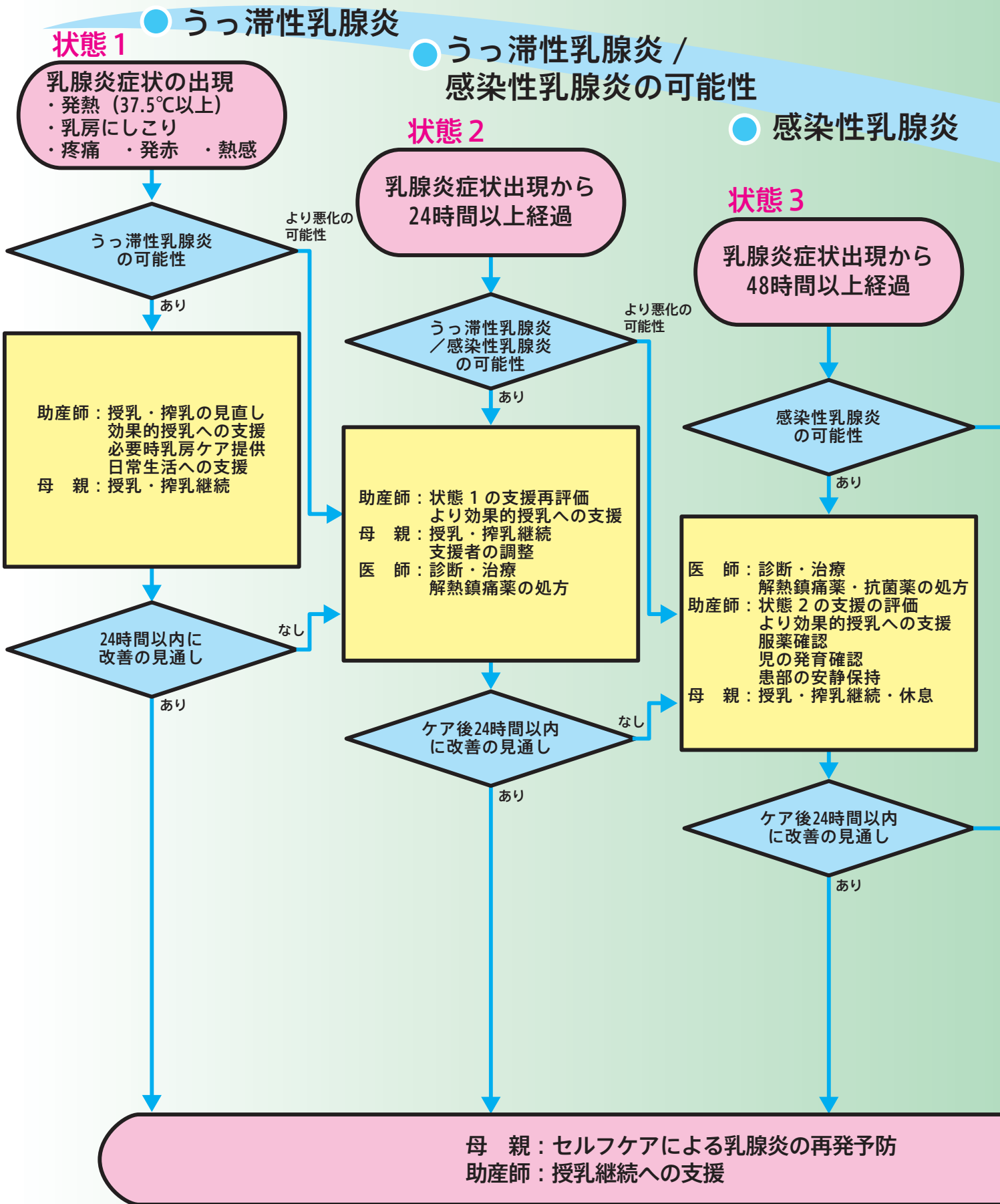
具体的な支援の実践内容の詳細は、V 母子への支援と対処(p.63～84)に記している。ここでは各状態において特に留意すべき支援のポイントを示している。

5) 乳腺炎重症度評価

事例1～4に示されている情報をもとに、付記資料、乳腺炎重症化予防ケア・指導経過記録用紙(p.132)のA.重症度評価項目に基づいて評価したスコアを、「判断のポイント」、経過途中および「支援終了のポイント」の枠中に例示している。



6) 乳腺炎ケアのフローチャート 2020



膿瘍形成

重症膿瘍 / 他疾患の可能性

状態4

乳腺炎症状出現から
72時間以上経過

膿瘍形成の
可能性

あり

医師：診断・治療
患部穿刺 / 切開排膿など

助産師：状態3の支援の再評価
医療との連携強化
母親の心身の苦痛への支援
授乳継続への支援
生活調整の強化
休息確保への支援

母親：授乳・搾乳継続
創部のセルフケア
休息

症状改善

なし

あり

母乳継続の
意思がある

なし

あり

医師：診断・治療
排膿処置・抗菌薬・解熱
鎮痛薬の見直し

助産師：状態4の支援の再評価
および支援の強化

母親：授乳・搾乳継続・休息
創部のセルフケア

症状改善

なし

あり

母乳継続の
意思がある

なし

あり

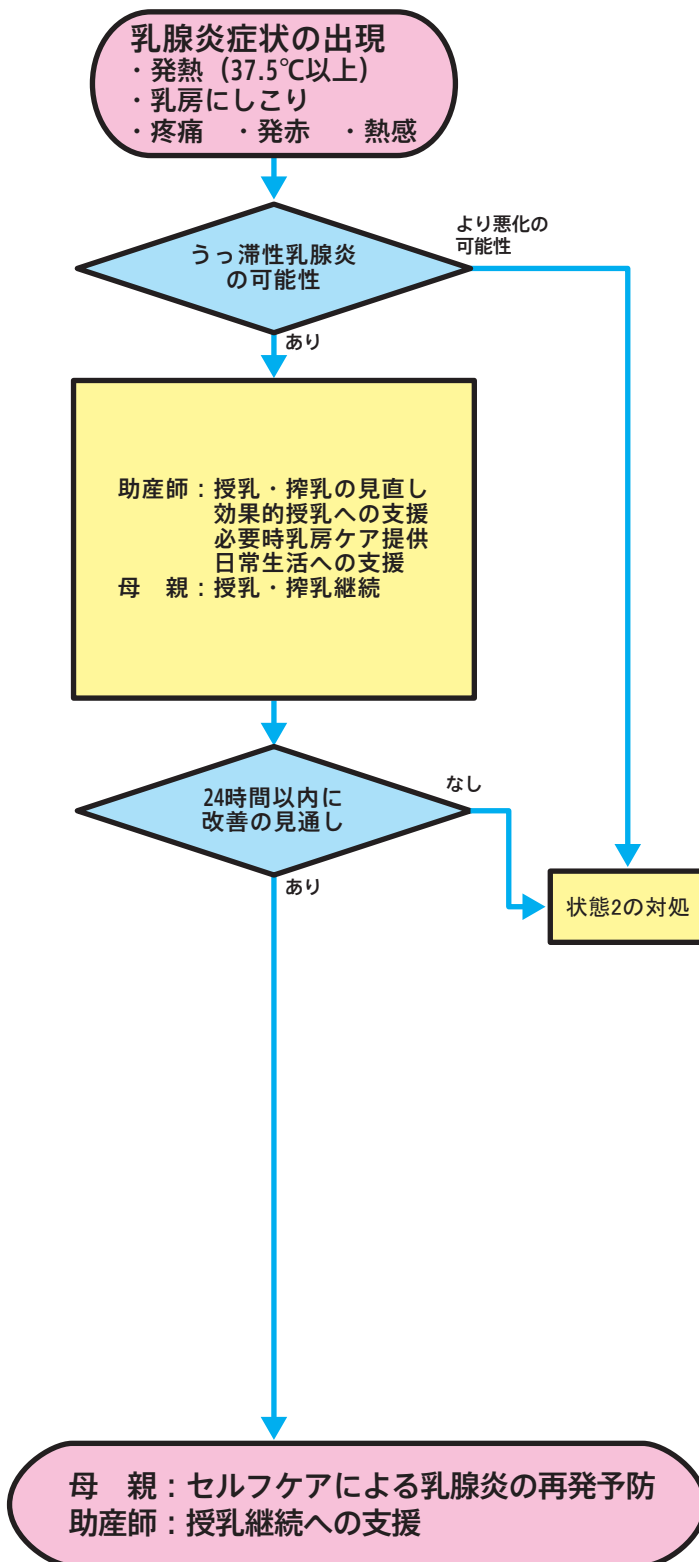
母親：断乳
助産師：授乳終了への支援

より悪化の
可能性

なし

3 | 乳腺炎の状態に応じたフローチャートと解説

1) 状態1 うっ滞性乳腺炎の可能性



判断のポイント(写真1)

- 初発症状からの時間経過が24時間以内
※よく経過を聞いて、24時間以前にも
乳腺炎を疑う症状がないかを確認する
- 乳房の局所症状と軽度の発熱がある
- 授乳・搾乳によって症状が確実に軽減
する



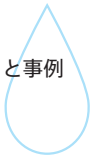
写真1 来院時

改善の見通しのポイント

- 効果的な乳汁ドレナージが可能(児が
飲み取る・搾乳[母親/助産師])
- 授乳・搾乳により症状の改善
- 母親自身が症状の改善を自覚できてい
る(写真2)



写真2 翌日



事例展開

事例1

Aさん 主婦30歳
 分娩：40週0日 吸引分娩 児：出生時体重2988g
 退院後から現在まで母乳栄養のみ。
 来院時産褥26日目 児3702g(27.5g/日)

<来院日> 11時来院

S：昨日、外出して十分に母乳を飲ませられなかった。今朝寒気がして、その10時頃熱を測って37.6℃だった。乳房に痛みを感じたため、とりあえず授乳して来院した。

O：発熱37.6℃。左乳房に発赤・しこりがある。右乳房全体は柔らかい。左右ともに乳汁分泌は多く、乳腺炎様の乳汁分泌は見られない。乳頭亀裂・白斑などのトラブルなし。

A：発症後24時間以内、うっ滞性乳腺炎の可能性がある。助産師のケアで症状改善の見通しがある。

P：直接授乳の支援と必要であれば搾乳を行う。

<支援後>

S：授乳のやり方を見直して授乳したら、おっぱいが楽になりました。家では夫が助けてくれます。

O：しこり・発赤は軽減し、母親の表情が和らいでいる。児は、はじめは左乳房の授乳を嫌がったが、授乳姿勢を修正後は乳房から離れることなく母乳を飲み取ることができる。母親自身で調整ができていく様子。

A：授乳により症状改善傾向にあるため、経過観察とセルフケアにより24時間以内の症状改善が見込まれる。自宅においても支援体制がある。

P：授乳継続、乳房のセルフケア継続。授乳に専念できるように生活を調整することを伝える。

状態確認のため翌日も母乳外来受診勧める。

<翌日>

S：発熱も痛みもない。児は、母乳を良く飲んでくれる。今回の乳腺炎の原因がわかった。予防のためには、どんどん飲ませる必要があるのですね。もし飲ませられない時は、搾乳したりすると良いのですね。

O：左乳房発赤ほぼ消失、しこりなし。違和感なく授乳継続している。

A：うっ滞性乳腺炎は改善された。セルフケアができていく。

P：母親とうっ滞の原因を確認し、母親から乳腺炎の予防につながる言動が確認できる。通常通りの授乳で問題なし。緊急時の連絡先を確認し支援終了。

事例の解説

判断のポイント

- 初回の乳腺炎である
- 昨日の外出で、授乳回数が減少した
- 白斑等なく、乳管口からの母乳分泌は良好
- 24時間以内に、発熱・疼痛・熱感軽減しているが発赤がある
- 乳頭に傷はなし
- 直接授乳は可能である

重症度評価スコア 11点



うっ滞性乳腺炎

改善の見通しのポイント

- 直接授乳はできる
- 解熱傾向にある
- 直接授乳により、しこり・発赤は軽減
- 支援後に、母親自身が「楽になった」と症状改善を感じている

支援終了のポイント

- 症状は消失
- セルフケアはできている
- 受診の必要なし

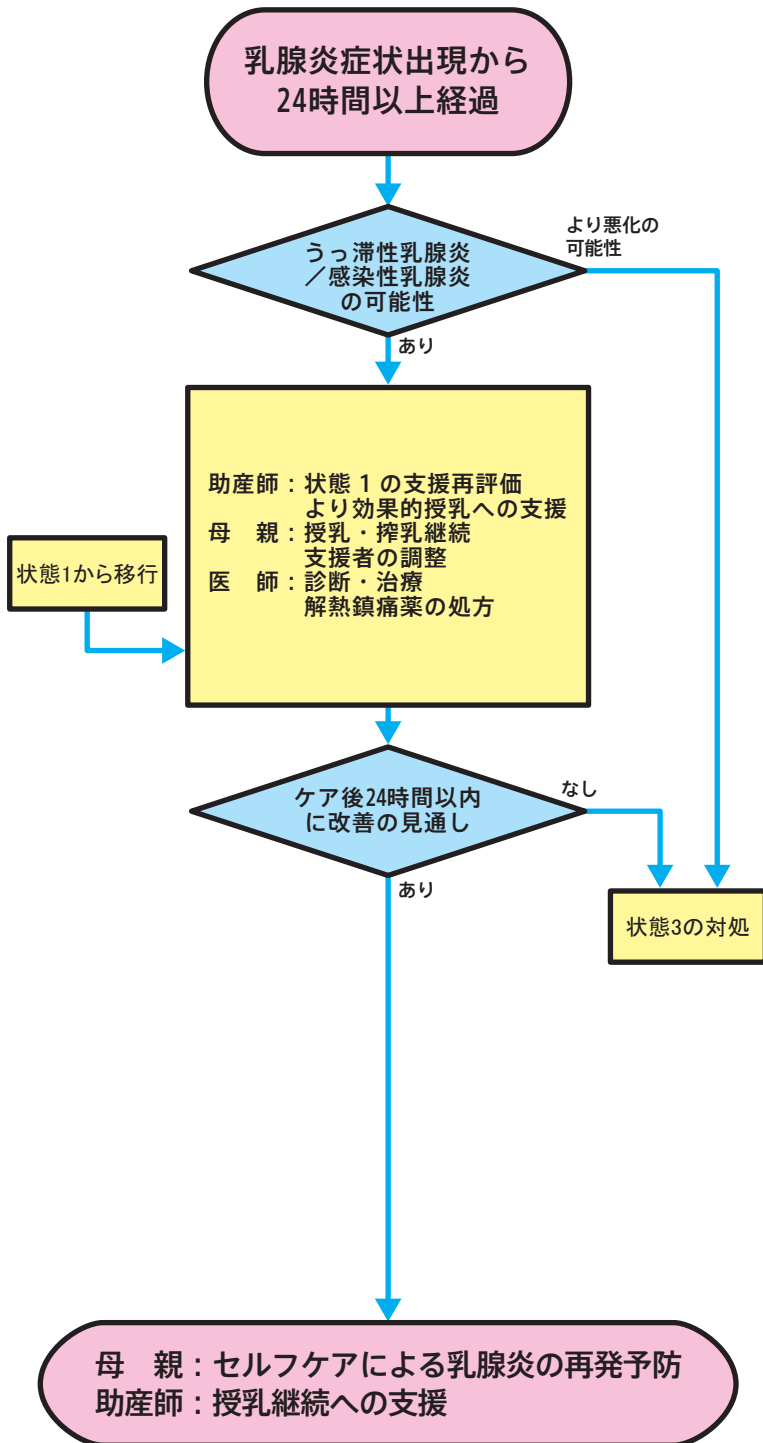
重症度評価スコア 0点

乳腺炎重症度評価スコア項目

①発熱 ②発赤 ③しこりの大きさ(cm²) ④しこりの硬さ ⑤疼痛(母親の主観的評価) ⑥熱感 ⑦乳汁



2) 状態2 うっ滞性乳腺炎／感染性乳腺炎の可能性



判断のポイント (写真3)

- 初発症状から24～48時間以内
- 発熱が続いている
- 乳腺炎症状の改善がみられない



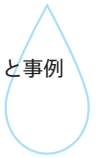
写真3 来院時

改善の見通しのポイント

- 効果的な乳汁ドレナージが可能
児が飲み取る
搾乳(母親/助産師)
- 授乳・搾乳により症状の改善
- 母親が症状の改善を自覚できている
- 解熱傾向
※特に状態1からケアを継続している場合、重要な指標
- 休息をとれる環境が整っている



写真4 翌日



事例展開

事例 2

Bさん 主婦 37歳

分娩：39週3日 正常分娩 男児：出生時体重2850g 来院時2カ月 現在は母乳栄養のみ7～8回/日 夜間4～5時間寝ることもある。

<来院日> 12時来院

S：乳房が張って痛くて授乳が辛い。飲ませればよくなると思って頑張ったが、子どもも嫌がる。今朝、乳房が熱くて熱を測ったら37.7°Cあってびっくりした。そういえば昨日朝から風邪かな、と思ったが、夫が出張で留守だったので無理していたかもしれない。

O：左乳房に、発赤・しこりがある。体温37.5°C。左乳房全体が腫脹している。左乳房のしこりから続く乳管口に白斑があり、濃い乳白色の乳汁分泌が見られる。

A：発症から24時間以上は経過しているため、うっ滞性乳腺炎か感染性乳腺炎への移行の可能性がある。

P：授乳姿勢を見直し、より詳細に授乳の状況を観察する。

<支援後>

S：授乳したらしこりが小さくなって痛みも随分楽になりました。

O：発赤・しこりは軽減し、表情が和らいでいる。左乳房の腫脹がやわらぎ、しこりにつながる乳管口からは濃い乳白色の乳汁みられるが、確実に排出している。児は、授乳支援で、乳房から深く吸着して母乳を飲み取ることができ、母親も自分で上手く授乳ができていく様子。

A：24時間以内に症状の改善が見込まれるが、感染性乳腺炎の可能性もあるため、医師への受診は必要である。

P：医師への受診をすすめる。

<受診後電話があり>

S：医師に乳腺炎だといわれた。解熱鎮痛薬をもらって、助産師さんにみてもらってと言われた。熱が37.7°C、まだ痛みもあるので薬も飲んでみます。実家の母も手伝いにきてくれた。

O：服薬する必要性について説明する。

A：うっ滞性乳腺炎であり、24時間以内の症状の改善が見込まれる。

P：解熱鎮痛薬を服用し、授乳を継続休息と安静を促した。

改善傾向を確認するために、翌日の母乳外来受診を勧める。

<翌日>

S：解熱薬1回飲みました。その後発熱はない。乳房の痛みはほとんどなくなった。児は、母乳を良く飲んでくれる。

O：左乳房発赤ほぼ消失、しこりなし。違和感なく授乳継続している。

A：うっ滞性乳腺炎は改善された。セルフケアができていく。

P：母親と乳汁うっ滞を起こした原因を確認し、母親から乳腺炎の予防につながる言動が確認できる。通常通りの授乳で問題なし。緊急時の連絡先を確認し支援終了。

事例の解説

判断のポイント

- 昨日から感冒様の症状があった（症状発現から24時間以上48時間以内の経過）
- 乳管口から濃い白色の母乳分泌はあるが、分泌自体は良好

<支援後>

- しこり、疼痛が改善
- 児は深く吸着し継続して吸啜している
- 母親が症状の改善を自覚している

重症度評価スコア 17点



うっ滞性乳腺炎

改善の見通しのポイント

- 解熱傾向にある
- 直接授乳により、しこり・発赤は軽減
- 解熱鎮痛薬を服用している
- 支援後24時間以内に、発熱・疼痛・熱感は軽減
- 実母からの育児、家事の支援可能

支援終了のポイント

- 授乳継続と解熱鎮痛薬で乳腺炎症状消失
- セルフケアができており適切な支援も得られている
- 感染性乳腺炎に移行するリスクは低減した

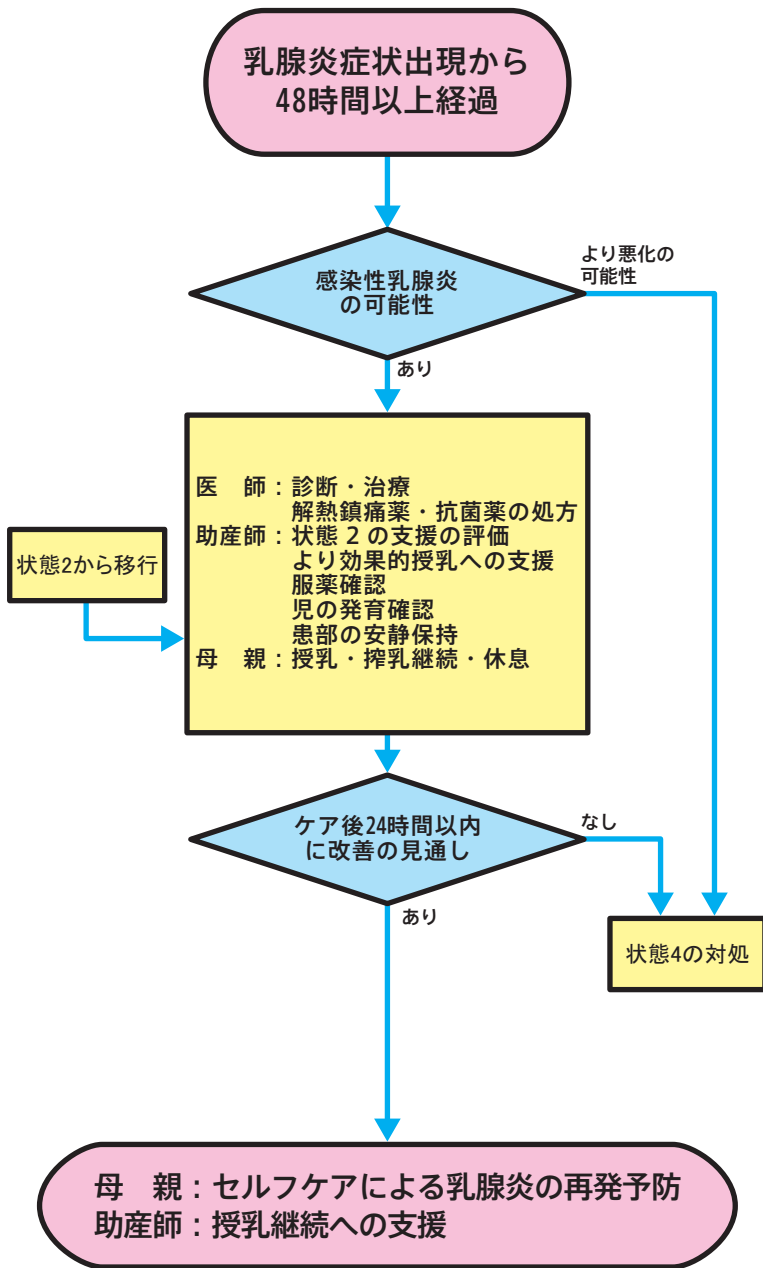
重症度評価スコア 1点

乳腺炎重症度評価スコア項目

①発熱 ②発赤 ③しこりの大きさ (cm²) ④しこりの硬さ ⑤疼痛 (母親の主観的評価) ⑥熱感 ⑦乳汁



3) 状態3 感染性乳腺炎の可能性



判断のポイント (写真5)

- 初発症状から48時間以上経過
- 乳房局所の症状が強い
- 解熱剤の効果が切れると発熱する熱型を繰り返す
- 乳頭損傷がある
- 効果的な授乳・搾乳ができない
- 患部につながる乳管が閉塞しているもしくは、分泌がわずかである
- 濃縮した黄色い乳汁が分泌する(写真6)



写真5 来院時



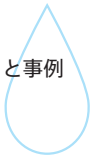
写真6 来院時の乳汁



写真7 来院後4日目

改善の見通しのポイント

- 授乳・搾乳により症状が軽減する(写真7)
- 超音波検査で膿瘍形成がみられない
- 効果的な乳汁ドレナージが可能
児が飲み取る
搾乳(母親/助産師)
- 授乳回数が保たれる
- 安静が保たれる環境が整っている
- 抗菌薬を適切に服薬できる
- 母親が症状の改善を自覚できている



事例展開

事例3

Cさん 30歳
 分娩：38週6日 正常分娩 専門職産休中 経産 女児 出生体重 2900g
 来院時産後15日 入院中は、度々乳頭に傷ができていたが、母乳栄養だけで授乳していた。

- S：乳頭の傷がなかなか治らない。2日前から37.8～38.5℃位の熱が出て、急に上がったりしていた。その頃から乳房のしこりと赤みが徐々に大きくなってきた。関節痛や頭痛もあり、解熱鎮痛剤も飲んでみたが良くならない。
- O：右乳房に8cm×9cm大の発赤およびしこり。しこりからつながる乳管口から黄色の乳汁が見られる。直接授乳の飲み方を修正すると授乳ができ、授乳後にしこりは小さくなった。
- A：乳腺炎症状出現から48時間以上、経過感染性乳腺炎が強く疑われ、医師への受診が必要である。

<医師の診察後>

- S：医師から、感染性乳腺炎と診断された。
- O：超音波検査の結果、膿瘍形成なし。抗菌薬、鎮痛解熱薬処方あり。
- A：感染性乳腺炎があるが、母親のセルフケアと薬物療法で24時間以内に改善の見通しがある
- P：授乳継続、乳房のセルフチェック継続。休息のとれる環境を整えるよう助言。状態確認のため翌日も母乳外来受診勧める。

<翌日>

- S：授乳は痛くなくできています。まだ熱は37.8℃はあるが、身体も痛みも随分楽になっている。母が家事をしてくれているし、地域の支援サービスも利用することにした。薬は、ちゃんと飲んでいる。
- O：右乳房しこりは、6cm×6cm。発赤軽減、淡黄色の乳汁、しこりからつながる乳管口からは昨日よりも乳汁分泌が多く見られる。
- A：乳腺炎症状改善傾向、膿瘍の形成への移行は認めれない。支援体制も整えられている。
- P：引き続き効果的に授乳が行えるよう支援を継続する。服薬の確認。

<来院後4日目>

- S：乳頭の傷はなくなりました。痛みもありません。なんだか身体も楽になりました。薬は飲み切りました。
- O：体温36.4℃、右乳房のしこりなし、乳汁分泌は良好、どの乳管口からも白色乳汁がみられる。
- A：乳腺炎症状消失した。
- P：これまでの経過を振り返り、母親が乳腺炎の再発予防につながる言動が確認できる。支援終了。

事例の解説

判断のポイント確認

- 入院中から乳頭損傷を繰り返している
- すでに解熱鎮痛薬を内服していた
- 乳腺炎症状は2日以上前(48時間以上前)から出現している
- 黄色の乳汁が見られる
- 超音波検査で膿瘍の形成はない

重症度評価スコア 24点



感染性乳腺炎

感染性乳腺炎の可能性：改善のポイント

- 医師との連携
 - 薬剤の服用
 - より効果的な授乳
 - 休息のとれる環境がある
- 実母と地域支援サービスの支援が可能

翌日の

重症度評価スコア 16点

支援終了のポイント

- 抗菌薬、解熱鎮痛薬と、効果的な授乳により、乳腺炎症状が消失
- セルフケアができており、適切な支援も得られている
- 膿瘍へ移行するリスクは低減した
- 再発のリスク対応が行えている

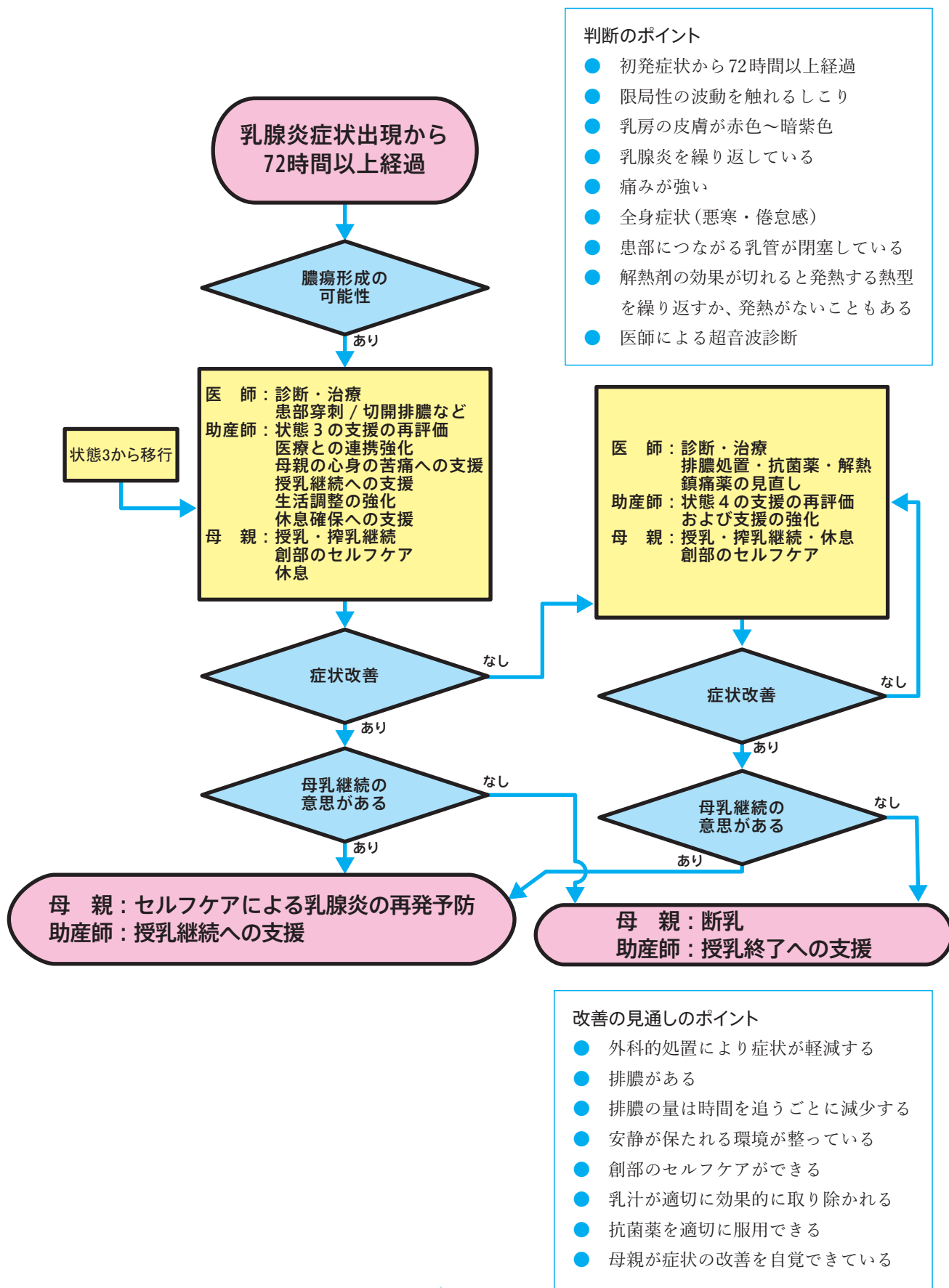
重症度評価スコア 0点

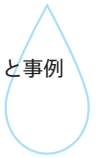
乳腺炎重症度評価スコア項目

①発熱 ②発赤 ③しこりの大きさ(cm²) ④しこりの硬さ ⑤疼痛(母親の主観的評価) ⑥熱感 ⑦乳汁



4) 状態4 膿瘍形成





事例展開

事例4

Dさん 38歳
 分娩：39週0日 無痛分娩 女児 出生体重3016g 1カ月健診時から母乳10回/人工乳40～80ml×10回 来院時産後1カ月20日

<来院日>

- S：4カ前から右乳房を吸われると痛みがあり、子供も嫌がるようになった。時々搾乳していたが、あまりすっきりすることはなかった。乳房に疼痛はあったが育児に追われ気にしていられなかった。熱は出ることもあるが、下がっている時間もあった。昨日は、熱が39°C出た。
- O：搾乳では母乳分泌がにじむ程度。右乳房のしこりは10cm×10cm、発赤、腫脹、熱感、乳輪の浮腫、乳房全体の浮腫があり。表面の皮膚は暗紫色で、しこりはブヨブヨと波動を触れる。
- A：膿瘍の形成が疑われる。医師による診断治療が必要であると考えられる。
- P：膿瘍が形成している可能性と乳腺外科受診後の必要性について説明。
 乳腺炎時の授乳の安全性と抱き方・飲ませ方を確認。飲ませられない時のための搾乳方法も確認。医師と連携し支援継続。



写真8 切開手術直前

<その後の経過>

乳腺外科受診、超音波検査により膿瘍が確認され、切開が行われた。ドロドロした緑黄色の排膿が約200mlあった。その後ペンローズドレーン皮下3cm挿入、抗菌薬、解熱鎮痛剤が1週間分処方された。切開後、患側からも授乳することができたが、十分には飲みとれていない様子のため、授乳後は必ず搾乳も継続。母親にはガーゼ交換、ドレーンからの排膿の観察を継続してもらった。

術後3日目 体温37.3°C、硬いしこりは6cm×7cm、膿瘍周辺部は発赤あり、痛みあり、膿瘍排出あり。

術後5日目 ドレーン抜去

術後10日目 体温36.5°C、切開部は閉じ排膿なし、しこりは硬いが2×3cmまで縮小、発赤軽減、痛みもなく、白色の乳汁がみられる。

その後、Dさんは2歳まで母乳育児を継続した。



写真9 切開手術後3日目



写真10 切開手術後10日目

事例の解説

判断のポイント

- 4日前から授乳・搾乳がうまくいっていない
- 表面の皮膚は暗紫色である
- しこりはブヨブヨとして波動感がある
- 発赤、腫脹、熱感、乳輪の浮腫、乳房全体の浮腫がある
- 発熱から72時間以上経過
- ケア後乳房症状に変化がない

重症度評価スコア 40点



膿瘍形成

医師との連携のポイント

- 膿瘍形成の可能性を想定し、すみやかに医師に紹介する
- 母親・医師・助産師は治療方針について相談する
- 穿刺/切開 排膿など、外科的処置後も医師と連携して助産師による支援を継続する。
- 母親・医師・助産師は相互に情報を提供/報告し共有する

術後3日目の

重症度評価スコア 19点

支援終了後のポイント

- 乳腺炎症状が改善する
- 内容物の順調な排出による膿瘍の消失
- 創部の治療
- 抗菌薬、解熱鎮痛薬と効果的な授乳により乳腺炎症状が消失
- セルフケアができており適切な支援も得られている
- 再発のリスクの対応が行えている
- 母親の心身両面からサポートを継続する

術後10日目の

重症度評価スコア 7点

乳腺炎重症度評価スコア項目

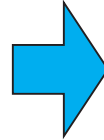
①発熱 ②発赤 ③しこりの大きさ(cm²) ④しこりの硬さ ⑤疼痛(母親の主観的評価) ⑥熱感 ⑦乳汁

5) 重症化させないための判断と支援のポイント

1 症状の始まりがいつなのか、よく聞く

乳腺炎症状を訴えた母親が助産院を受診。助産師は初診なのでうっ滞性乳腺炎と判断してケアをし、次の日にフォローした。翌日すでに膿瘍形成があり、医療機関で切開手術となった。

母親からよく話を聞くと、1週間前に乳房のしこりと微熱で、近医の母乳外来を受診し、その時のケアでしこりが小さくなった。微熱が続いているが症状は改善傾向であるので、感冒の可能性もあり自宅で様子を見るように指示された。その後、解熱したので気に留めていなかった。今回の初診時に、母親は以前の経過は感冒とっていたので、助産師からも聞かれなかったため伝えなかった。

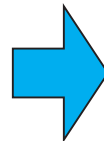


重症化させない判断や支援のポイント

- 母親から経過を十分に聞く
- 母親の主訴と実際の初発時期や経過が違ふことがある
- 過去の受診歴や、授乳歴を十分に聞く
- 初発症状からの時間経過に当てはめて状態判断をする
- 初診だから状態1とは限らない

2 熱がなくても乳腺炎の可能性はある

発熱はないが乳房にしこりがあると母親が来院した。しこりの部分に疼痛はあるが発赤がなく、授乳も上手にできていた。乳管閉塞と判断し、乳房マッサージをして乳栓を取ろうとしたが上手くいかなかったため、乳瘤を疑った。数日間乳房マッサージを施行したが、症状が良くならず、2週間目に膿瘍が形成され、医療機関で切開手術となった。あとから話を聞くと、初診時に発熱は認めなかったが、頭痛と関節痛はあったとのことだった。



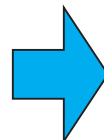
重症化させない判断や支援のポイント

- 発熱がなくても乳腺炎を疑う
- 頭痛と関節痛は発熱の徴候であり、問診を詳しく行う
- ケアで改善が見られないときは、超音波検査で膿瘍か乳瘤かを確認する
- 助産師のケアや母親のセルフケアで症状が改善しないときには、早めに医師への受診を勧める

3 母親は、重症化予防のためのセルフケアができる状況なのか、確認する

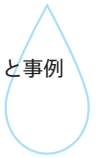
第1子が3歳で、生後6週目の第2子に母乳育児をしている母親。昨夜発熱(37.8℃)があり、乳腺炎と思い母乳外来を受診した。受診時、体温は37.2℃で乳房にしこりを認めた。助産師が搾乳するとしこりが小さくなったため、うっ滞性乳腺炎と診断し、母親には授乳と搾乳を続けるように伝えた。

翌日、母親が来院すると、体温は37.5℃、しこりは増強、乳房全体がうっ滞していた。母親は、「直接授乳は乳首が痛くてできなかったので、搾乳はしたが、上の子の世話もあり休息がとれなかった。だんだんおっぱいが張ってきてうまく授乳もできず、赤ちゃんも泣き叫ぶので、夫が見かねて人工乳を飲ませた」と話した。しこりの部分も発赤がみられ、乳頭に傷もあるため感染性乳腺炎への移行を考え医師への受診を勧める。



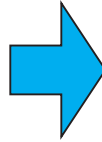
重症化させない判断や支援のポイント

- 問診時には、乳房と乳頭の状態を必ず観察する
- 母親の授乳手技や搾乳手技も確認する
- 自宅に帰って母親自身ができることなのかの確認が必要
- 上の子どもの世話、家事などの仕事量を減らし、適度な休息と効果的な授乳・搾乳を行うために、支援者を確保できるような確認や助言が必要
- 乳腺炎時の人工乳等の補足は乳腺炎を悪化させるリスクがあることを母親と家族に伝える



4 薬物療法と授乳が両立できるようにする

感染性乳腺炎と判断したので、母親に医療機関の受診を勧めた。医師から抗菌薬を処方されたが、薬剤師から抗菌薬を服用するならば授乳は中止した方が良いと説明されて帰宅した。母親は薬を飲んで授乳を中断していたが、乳房の緊満が増強した。搾乳では乳房の緊満が軽減しないため、母親は直接授乳をすることに決めしたが、子どもへの薬の影響が怖かったので、抗菌薬の服薬を中断した。その後数日間微熱が続き乳腺炎が悪化した。



重症化させない判断や支援のポイント

- 服薬するかもしれない場合、事前に母親に服薬と授乳が両立できることを情報提供する
- 母親の不安や心配に対応し、服薬中も授乳継続できているか確認する
- 多くの薬剤は服薬と授乳が両立できることを、他の助産師、他職種と情報共有をしておく

5 本当に乳腺炎か、注意深く支援する

微熱と乳房のしこりを主訴として授乳中の母親が来院した。助産師は、しこりを軽減するために搾乳や乳房マッサージを行ったが、しこりは小さくならなかった。授乳方法を見直し、数日経過を観察した。解熱したが、しこりの大きさは変化しなかった。乳腺外科へ受診を勧めると、乳がんであった。

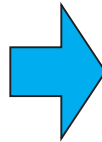


重症化させない判断や支援のポイント

- 産後の母親の発熱の原因は必ずしも乳腺炎だけでない
- 授乳や搾乳によって小さくならないしこりは、乳腺炎以外の疾患の可能性もあるため医師への受診を勧める

6 豊胸術後の授乳に注意する

乳腺炎症状があり、母乳外来に夫婦で来院した。乳房が緊満しているが、乳汁が全く出ず、過去に乳房の手術歴がないか尋ねたところ、母親は近くにいた夫に目をやり、手術歴はないと答えた。3日経過しても、乳腺炎症状がよくなるため、乳腺外科への受診を勧めた。診断は、異物注入法による豊胸術後の感染症であった。母親は家族がいたので本当のことは言えなかったと話した。

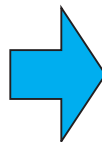


重症化させない判断や支援のポイント

- 豊胸術等の手術歴を確認する際は母親がひとりの時に聞く
- 豊胸術の既往は出産や授乳を契機に感染症などの合併症のリスクがあるため、早めに医師への受診を勧める

7 医療連携は責任をもって行う

乳腺炎症状を主訴に母親が助産院に来院した。診察をした助産師は経過から判断し、他の炎症性疾患を疑って乳腺外科がある総合病院への受診を勧めた。母親は乳腺外科ではなく、産婦人科医の診察を受けた。乳腺炎と診断された。医師の指示により病院の助産師による乳房マッサージを受けたが状態が良ならず、さらに別の助産院に受診した。乳房マッサージを受けたが、乳腺炎症状が悪化したため乳腺外科を紹介され受診したところ、すでに膿瘍形成をしていた。



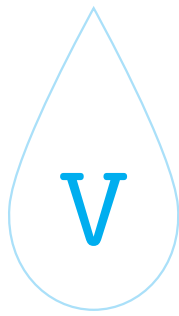
重症化させない判断や支援のポイント

- 乳腺炎の悪化や疾患を疑い、受診を勧める時は、受診科を明確に伝える、病院の誰の診察を受けるのかを母親と確認する
- 診療情報提供書を作成し紹介する
- 紹介後も経過をフォローする
- 複数の医療機関や医師・助産師がかかわるケースでは、より綿密な経過や症状の把握が必要



V

母子への支援と対処（処置）



母子への支援と対処（処置）^{1) 2) 3) 4)}

本章では、乳腺炎に罹患した母親と児および家族に対して行う基本的な授乳支援から、膿瘍形成後の専門医との連携、切開排膿後のケア等を含む広範囲な支援について紹介する。

これらの支援や処置のうち、明確なエビデンスが存在しているものは多くはないが、実践に携わる助産師から多くのCQが寄せられた項目については、次章VI「CQに基づくガイドライン」にある【推奨】や【提案】の一部を本章の該当箇所に併記している。

乳腺炎の重症化を予防して回復を促すには、乳房からの直接授乳や搾乳により、乳汁のうっ滞を改善することが必須である。

乳腺炎への対処が遅れたり不適切であったりすると、膿瘍形成や再発のリスクが増す。心身ともに苦痛を体験している母親を支え、母乳育児の継続と治癒を促して、乳腺炎が完治するまでフォローする。

母親や家族との関わり、医療者間の関わりにおいては、協働的パートナーシップと対話に基づく共有意思決定プロセスを尊重する。

1 | 授乳の継続

1) 乳房から効果的に乳汁を取り去ること^{1) 2) 3)}

しばしば乳汁のうっ滞が乳腺炎を引き起こす要因となるため (p.102 CQ8 参照)、頻繁で効果的に乳汁を乳房から取り去ることが、最も重要な治療手段である (p.96 CQ4, p.100 CQ7 参照)¹⁾。

2) 乳腺炎罹患時の授乳の可否について

以前は、乳腺炎を起こしている乳房からの授乳を禁止する指導が広く行われていた。しかし、現在では「乳腺炎および膿瘍のある母親が授乳を継続することは、その女性の回復と児の健康にとって重要である。授乳中止は乳腺炎の回復には役立たず、かえって状態を悪化させる危険が生じる。さらに、心の準備ができていない状態での授乳中止は、その母親に深刻な情緒的ストレスを与えることもある」³⁾とされている。

3) 児への安全性について

乳腺炎を起こしている母親の児にブドウ球菌性熱傷様皮膚症候群 (Staphylococcal

scalded skin syndrome : SSSS) を認めた少数の症例報告もあるが、母親と児のどちらが原発感染か、また乳汁経由の感染か、皮膚の接触感染かの判別は難しく、それが母乳育児の多大な恩恵との比較において、授乳を中止する理由にはならないという判断、および6つの研究報告で膿瘍を含めた乳腺炎発症下の授乳継続210例中、児に有害な影響のあった例は皆無であったという知見から、「たとえ黄色ブドウ球菌が確認されていたとしても授乳継続は一般的に安全である」として授乳の継続を勧めている³⁾。

- 4) アメリカ小児科学会感染症委員会の勧告においても「乳房膿瘍や蜂窩織炎の場合、ドレーンが挿入されていても、児の口が排膿や感染している組織に直接接触しなければ、患側乳房からの授乳も継続すべきである。一般的に感染性乳腺炎は、抗菌薬治療をしながら授乳を継続することによって改善され、授乳は健康な正期産児への重大なリスクにはならない。乳腺炎の場合にも、患側乳房からの授乳は推奨されている。たとえ、患側乳房からの授乳が中断されたとしても、健側乳房からの授乳は続けてよい²⁾」として、乳腺炎罹患時の授乳継続が推奨されている。
- 5) 日本助産師会・日本助産学会からの提案 (p.96 CQ4, p.100 CQ7 参照)
第一に直接授乳を促し、それが不十分もしくはできない場合には自身による搾乳、さらに不十分な場合には助産師による搾乳で乳房内の乳汁うっ滞を軽減させることを提案する。助産師は、搾乳手技を授乳中の女性が修得できるよう支援することを提案する。

2 | 効果的な授乳方法

1) 基本的な授乳方法の確認

- ・乳汁うっ滞を改善することが治療の重要なステップであるため、授乳時のポジショニング (授乳姿勢・抱き方) とラッチ (吸着・くわえ方) が安楽で適切であるか、実際の授乳場面を観察し、母親とともに確認する。

母親に知らせておくべき適切なラッチ(吸着/くわえ方)

授乳がうまくいっているサイン⁴⁾

【適切なラッチ(吸着/くわえ方)】

- 児の口が大きく開いている
- 上側の乳輪より、児の顎の下側にある乳輪の方が見えない(乳房の下方が児の口腔内に入っている)
- 児の顎が乳房につき、下唇が外側を向き、鼻が押しつぶされていない
- 痛みがない

【うまく飲み取っている児のサイン】

- 嚙下音が聞こえ、嚙下を見ることができる
- リズミカルな吸啜が持続する
- 手や腕がリラックスしている
- 口が湿っている
- (ある程度)一定の間隔でオムツがぐっしょり濡れて重い(6~8回/日)

【うまく授乳できている母親のサイン】

- (授乳後に)乳房が柔らかくなる
- 授乳後、乳頭が圧迫されていない(乳頭が変形したり、白くなったりしていない等)
- 母親がリラックスして眠気を感じる

()内：著者加筆

2) 乳腺炎時の授乳方法の工夫(母親が行えるように説明して奨励する)

- ・これまで以上に頻繁に、最初に患側から授乳する。
- ・痛みにより射乳反射が起こりにくい時は、健側の乳房から授乳を始めて、射乳反射が起こったら、すぐに患側の乳房に切り替えるようにする。
- ・患部からの乳汁ドレナージをよくするために、閉塞部位に児の顎がくるような授乳姿勢をとる。
- ・乳汁の流れを促すために、授乳中に閉塞部位から乳頭に向かって強い圧力をかけないようにする。緩やかに母親が自分でマッサージする。
- ・直接授乳による排乳が十分でない場合は、乳房に痛みを感じないように圧力を調整して、手による搾乳を行う(p.68搾乳の実際参照)。

- ・手による搾乳がむずかしい場合は、圧力調整ができる搾乳器による搾乳を試みる。
- ・片側(患側)のみ圧迫する姿勢(睡眠時、添い寝時、授乳時、抱いている時)を避ける。
- ・患側乳房を嫌がる場合は、なだめながら授乳を試みる⁵⁾。

3) おっぱいを嫌がる児への対処(児のなだめ方)⁵⁾

- ・抱っこしてゆらゆら動かし、あやして落ち着かせる。
- ・眠りそうになっているときや、とても眠いときに授乳する。覚醒しているときにおっぱいを嫌がっていても、眠いときには飲む児は多い。
- ・別の授乳姿勢をとってみる。ある姿勢でおっぱいを拒否していても、別の授乳姿勢にすると飲むことがある。
- ・動きながら授乳する。母親が座ったり立って授乳するより、揺らしたり歩いたりしたほうが、おっぱいを飲んでくれる児もいる。
- ・児にもっと注意を向けたり、肌と肌のふれあいを多くする。注意を集中し肌のふれあいを多くすることで、母親も児もなだめられ落ち着く。できる限り母親は上半身服を脱ぎ、児はおむつだけにして授乳するよう勧める。
- ・二人で一緒にお風呂に入って落ち着き、それから授乳する。
- ・まわりの刺激を取り除き(テレビ、ラジオ、きょうだい……もし可能なら)、暗い静かな部屋で授乳する。
- ・歌ったり、歌うような静かでやさしい声で話しかけて落ち着かせる。励まし、うまくできたらほめる。
- ・乳頭と乳輪に母乳を塗って授乳する。児が乳房に口をつけているときに、スポイトやシリンジで母乳を乳首の上や児の口角から垂らす。
- ・児が授乳はいいものだと思うよう、できるだけ楽しく授乳できるように心がける。児が嫌がり始めたら、無理やり授乳しようとせずに、なだめて落ち着かせてから再び授乳を試みる。
- ・忍耐強く対応する。

3 | 搾乳

日本助産師会・日本助産学会は、乳腺炎症状改善のために、助産師が搾乳(乳汁ドレナージ)を実施することを提案する。ただし、乳腺炎は炎症性の疾患であるため、局所の安静を保つことを優先し、局所には過度な圧力を加えず、痛みを伴わない搾乳(乳汁ドレナージ)を推奨する(p.100 CQ7参照)。

1) 搾乳が必要な場合

- ・乳腺炎に罹患し、乳管口から膿が排出している場合、乳頭に亀裂や損傷、びらん、潰瘍があり乳頭痛が強い場合、乳輪に切開創がある場合など、直接授乳ができないときは搾乳が必要になる。また、児が乳腺炎に罹患している乳房から飲もうとしなかったり、乳房に吸着してもすぐに離れてしまい十分飲みとらない場合や、乳腺炎が進行し、乳房の緊満、うっ滞、乳房全体の緊張や膨隆により、一時的に陥没乳頭となった場合、あるいは乳輪乳頭が腫脹して硬くなり児が吸着不能となった場合も、搾乳は有用である。
- ・乳腺炎の治療のために母親が入院するときは、常に児を同伴し、授乳ができる環境を提供できることが望ましい。一時的に母子分離になったときは、両乳房から定期的に搾乳することにより、乳汁分泌が維持できる。母親が搾乳方法を知っていると、母乳育児を継続していくことができるので、助産師が母親に搾乳方法を習得できるよう支援することが大切である。

2) 搾乳方法の説明

- ・搾乳方法には、手による搾乳と搾乳器を使用する方法がある。乳腺炎の疼痛が強いときは手による搾乳がよいが、母親のニーズによっては搾乳器が必要となる場合がある。搾乳器を使用する場合においても手による搾乳を併用する。また、搾乳器を使用する場合は、吸引圧を調整できる高性能のものを使用し、もっとも低い吸引圧から搾乳を開始する。痛みを感じる場合は使用を中止する。
- ・母親に搾乳手技を伝える場合、助産師は乳房模型を使用して説明するとよい。また、母親が望んでいないときは、母親の乳房を直接搾乳して手本を示すことは避ける。母親自身が搾乳しやすい指の位置、力の調節方法を見出していけるよう促す。
- ・乳房の解剖と乳汁分泌の生理を理解したうえで搾乳を行う。乳腺組織は、乳房体では脂肪組織の中に埋まるように存在しているが、乳輪の皮下組織に脂肪組織は少なく、平滑筋や膠原線維、弾性線維が存在する。乳輪乳頭は、乳管、乳腺組織、血管、神経、リンパ節などが集中するデリケートな部位である。指を置く位置、搾乳の力の強さ、圧を加える方向などに注意を払い、助産師が搾乳する場合は、母親の了解を得てから乳房に触れ、搾乳中は母親の表情や言動に注意し、搾乳によって痛みを与えないように留意して行う。

3) 搾乳の実際

- ・搾母乳を受ける清潔な容器を準備する。搾乳者は手をよく洗う。乳房を消毒する必要はない。搾乳時、指を置く位置は、乳頭の中心からおよそ2～3cm離れたところに、乳頭を中心として母指と示指が対称になるよう、それぞれの指の関節を曲げて当てる（児が乳房をくわえたときの上下唇が当たる位置に相当する）。残りの3本の指で乳房

を軽く持ち上げるように支えたり、肋骨に手を固定するように添える。母親の姿勢は、前かがみになり過ぎないように、また肩、首、肘、手関節が緊張していないか確認する。

- ・搾乳は児が母乳を飲むときのリズムや口の動きに合わせる。1秒間に1、2回（写真1234）をリズムカルに繰り返す。乳頭をひねる、つまむ、ねじる、しごく、押し込む、引っ張るなど痛みを感じたり、乳房に負担をかけることはしないよう説明する。搾乳した母乳は、コップやスプーンで飲ませることもできる。



写真1



写真2



写真3



写真4

4) 搾乳時の注意点

- ・乳腺炎罹患側の乳房を搾乳しても射乳反射がみられず、搾母乳が得られない場合がある。そのような場合は、健側の乳房を搾乳し、射乳し始めたらずぐに患側の乳房の搾乳を行う。あるいは左右同時に搾乳を行う。
- ・乳房全体のうっ滞や緊満、腫脹が強く、搾乳しても分泌がみられない場合は、母親のリラクゼーションを促すよう、背中や肩を温めたり、やさしくマッサージしたり、乳頭乳輪部を温湿布する。
- ・健側乳房からの搾母乳は、通常の保存方法後、児に飲ませることが可能である。患側から膿が混入した搾母乳は、児の状態によっては禁忌となる場合があるので、小児科医師に相談することを勧める。

4 | 支持的カウンセリング(情緒的支援) と情報提供

- ・乳腺炎は、倦怠感など全身の不調と乳房局所の熱感や痛みを伴うため、母親には非常にダメージの大きい出来事である。加えて、授乳継続への不安、乳腺炎再発の恐怖、通院治療の心身への負担、児や家族に負担をかけていることへの申し訳なさ、さらには苦痛に満ちた授乳をもう止めてしまいたいなど、さまざまな思いが交錯し、精神的にも追い詰められた状態になることが多い。挫折しそうな母親の気持ちを支え、授乳継続できるよう情緒的支援を行う。
- ・母親の言動について価値判断を行わず、受容的に語りを傾聴し、共感する。加えて、さまざまな思いや考えが交錯する葛藤状況にある場合には、葛藤への共感を繰り返しながら、母親の気持ちに寄り添い、母親が気持ちや考えを整理する過程に同伴する。
- ・母親に、授乳継続の必要性、患側からの授乳は児に有害ではないこと、乳腺炎罹患

時の児の吸啜の特徴(注：射乳が起こりにくいために児は非栄養的吸啜[nonnutritive sucking：NNS]を多く行い、一回の射乳量が少ないので栄養的吸啜[nutritive sucking：NS]時間が短い)などを具体的に説明して、制限のない頻回授乳への理解を促し動機付けを高める。

- ・乳腺炎罹患時は、乳房の状態や乳汁の出方が通常と異なることや、炎症により細胞間隙が開いてナトリウムが腺房内に流入することなどにより、児が乳房を嫌がったり哺乳拒否を起こすこともあるので、児をなだめながら(p.67おっぱいを嫌がる児への対処参照)根気よく授乳することを説明する。
- ・今後の経過予測や自己管理上の注意点を説明し、母親が自ら見通しをもって治療に自ら参加できるよう予期的な情報提供を行う。

5 | 日常生活への支援

- ・十分な休息、水分、栄養は、重要な治療の手段である¹⁾。母親が十分な休息をとることができるよう、母親とともに生活全体や食事等を見直し、改善策を実行できるように支援する。

1) 母親のストレスと疲労の軽減

- ・母親のストレスと疲労は乳腺炎の誘因とされている(p.102 CQ8参照)。
- ・頻回授乳と母親の安静を両立させるため、母親と児が同じ部屋で過ごし、安全に配慮した楽な姿勢で授乳する。
- ・児が眠っている時にあわせて母親も休むよう促す。
- ・母親および家族に安静の必要性を説明し、日常生活や家事の負担等を家族が共に相談できる場を設けたり、実際的な家事援助が得られるように調整する。
- ・家事代行サービスや利用可能な公的支援について情報提供する。
- ・母親が仕事の負担や電子メール、ソーシャルネットワークサービス等の情報授受による負担を軽減できるよう促す。
- ・非常に重症な場合や家族の援助がない場合には、母子同室での入院等を考慮する。

2) 食事

- ・乳腺炎に罹患しているという理由で、食事や水分を制限したり過剰に摂取したりする必要はない。
- ・食事は、エネルギー量とともに、たんぱく質、カルシウム、鉄などの必要量が確保されるように摂取する。母乳中の必須脂肪酸は、食事由来のみであり、母乳の脂肪

酸組成は食事の脂肪酸組成を反映することから、極端な脂肪制限はかえって好ましくない。授乳期には母乳中の必須脂肪酸を維持するために、魚由来のn-3系脂肪酸(EPAやDHAなど)の摂取が推奨される⁶⁾。乳腺炎罹患を機に、「妊産婦のための食生活指針」⁶⁾にある「妊産婦のための食事バランスガイド」⁷⁾等を参考に、母親とともに食生活を見直す。

- ・特定の食物が乳腺炎のリスクであるというエビデンスは確認されていない(p.94 CQ2, p.95 CQ3参照)。そのため日本助産師会・日本助産学会は、授乳中の母親に乳腺炎の発症予防を目的とした脂肪および乳製品の摂取制限を勧めないことを提案する。

3) 清潔

- ・著しい疲労感がなければシャワー浴を行うなど、乳房と全身の保清を促す。

4) 家庭で行える手当 乳房局所への冷/温湿布

- ・乳腺炎の患側乳房に冷湿布をすることは、熱感や痛みを和らげる可能性がある。乳腺炎に罹患している女性が心地よいと感じれば、冷湿布を使用することを提案する。その際の第一選択肢として冷却ジェルシートや、過冷却を避けるため冷凍されていない保冷材を使用することを提案する。また、本人が心地よいと感じる場合には、授乳直前や授乳中に温湿布を使用することも提案する(p.98 CQ6参照)。

6 | 薬物療法

授乳中の児への影響を心配して、母親は服薬したがないことがしばしばある。服薬が必要な場合は、服薬の必要性和見通しを母親に十分に説明して理解を促し、服薬アドヒアランス(母親が積極的に治療方針の決定に参加し、その決定に沿って服薬できること)が高まるよう支援する。服薬中は母親とともに症状をモニターして、服薬効果や回復過程を確認する。

1) 鎮痛薬

- ・痛み止めは射乳反射を起こしやすくするので、服薬を勧める。
- ・炎症症状を軽減するには、抗炎症作用の弱いアセトアミノフェン(カロナール[®]、ピリナジン[®]など)よりも、イブプロフェン(ブルフェン[®])、ロキソプロフェン(ロキソニン[®])やジクロフェナク(ボルタレン[®])などの消炎鎮痛薬(NSAIDs)がより効果的である。母乳移行性は非常に少ないため、授乳中は安全に使用できる薬剤である。海外資料³⁾⁸⁾⁹⁾でも授乳との両立は可能とされている。

2) 抗菌薬

- ・授乳を継続しても12～24時間以内に症状が改善されない、または急速に症状が悪化する場合には、抗菌薬治療を開始する。主たる病原菌は黄色ブドウ球菌であり、ペニシリン系か第1世代のセフェム系が第一選択薬となる。世界的には、ペニシリナーゼ耐性ペニシリンの使用を推奨する報告もある¹⁾。
- ・数日経ても治療効果がみられなければ、乳汁培養と感受性検査を行い、感受性を有するものに変更するよう推奨されている¹⁾。

表3 乳腺炎に使用される薬剤(主に乳腺炎の適応のある内服薬)

(情報提供：日本赤十字社医療センター 妊婦授乳婦薬物療法認定薬剤師 小林映子氏)

・ペニシリン(医薬品添付文書に乳腺炎の適応あり)		
アモキシシリン		サワシリン [®]
・ペニシリナーゼ耐性ペニシリン(医薬品添付文書に乳腺炎の適応なし)		
アモキシシリン水和物・クラブラン酸カリウム(AMPC/CVA)		オーグメンチン [®]
スルタミシリントシル酸塩水和物(SBTPC)		ユナシン [®]
・セフェム系(医薬品添付文書に乳腺炎の適応あり)		
第一世代	セファレキシン	ケフレックス [®]
	セファクロル	ケフラル [®]
第二世代	セフォチアムヘキサセチル塩酸塩	パンスポリンT [®]
第三世代	セフカペンピボキシル塩酸塩水和物	フロモックス [®]
	セフジトレンピボキシル	メイアクトMS [®]
	セフジニル	セフゾン [®]
	セフポドキシムプロキセチル	バナシ [®]
	セフロキシムアキセチル	オラセフ [®]
・その他(医薬品添付文書に乳腺炎の適応あり) ※授乳との両立は要確認		
ニューキノロン系	トスフロキサシン	オゼックス [®]
	レボフロキサシン	クラビット [®]
マクロライド系	エリスロマイシン	エリスロシン [®]
テトラサイクリン系	ミノサイクリン ※短期間使用は許容	ミノマイシン [®]

*原則として、乳汁分泌抑制薬(カベルゴリン(カバサル[®])、プロモクリプチンメシル酸塩(パーロデル[®])など)は乳腺炎には使用しない。

コラム 葛根湯

乳腺炎症状の改善を期待して慣例的に葛根湯が用いられている。一方、乳腺炎症状を改善する効果の根拠は不明である。そのため、助産師会・助産学会は、助産師が乳腺炎症状を改善する目的で、葛根湯の服用を勧めることは提案しない(p.97 CQ5参照)。

7 | 膿瘍に対する治療と支援

1) 膿瘍の対処

乳腺炎症状が続き、局所の発赤腫脹が著しく波動を触れる場合は膿瘍の形成を疑う(p.123参照)。

乳腺炎になった母親の4～11%が膿瘍形成に至っている²⁾³⁾。超音波診断にて膿瘍形成を確認し、穿刺による排膿もしくは局所麻酔下に切開排膿して創部からのドレナージを行う。切開部は縫合せず、持続ドレナージが可能のようにドレーン等を挿入しておく。1～2週間で切開部は内部から治癒していく¹⁰⁾。あわせて膿汁の培養検査結果をもとに起炎菌に対応した抗菌薬、解熱鎮痛剤による治療を行う。

膿瘍治療中も乳腺炎時と同様に授乳を継続することが勧められている¹⁾²⁾³⁾。ローレンスは「膿瘍が破裂して乳管系に流れる事がなければ、通常膿は外部に排出されるので乳汁は清潔であり、切開創とドレーンチューブが乳輪から離れていて授乳に差し支えなければ授乳は継続できる」とし、授乳を継続しながら乳児の感染兆候は継続的に観察し、ブドウ球菌・溶連菌感染症の場合には母子同時に抗菌薬の治療を開始すべきであるとの見解もある¹¹⁾。実際、膿瘍切開後のケースで、膿瘍部位につながる乳管の乳頭上乳管口からの排乳・排膿はほとんど見られず、患部以外の健常部位からの通常乳汁のみが観察されるので、臨床的には児が膿汁を摂取する可能性はきわめて低いと考えられる。

2) 膿瘍の切開手術による治療経過と観察およびケア¹²⁾¹³⁾

(1) 医療連携(乳腺外科医師または産婦人科医師への紹介)

効果的な乳汁ドレナージ(授乳、搾乳など) 乳腺炎の重症化予防ケアが行われて

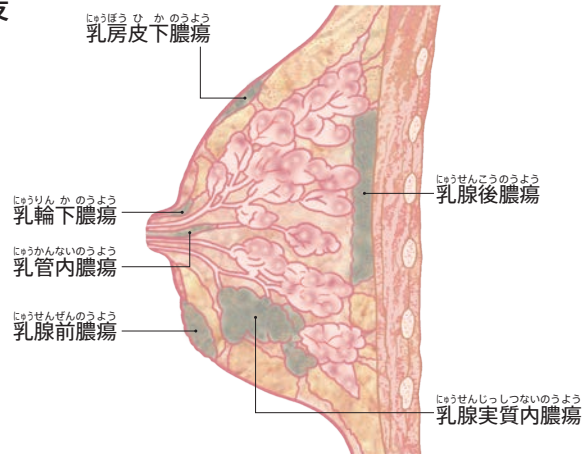


図1. 膿瘍形成部位の図

も改善が見られず、膿瘍形成が疑われる場合は、助産師は速やかに乳腺外科医師または産婦人科医師への紹介を行う。紹介・診療情報提供書(紹介状) 原本(p.134)を使用し、経過についての詳細を報告する。

(2) 切開手術前の診察と検査

①医師は、乳腺炎以外の乳腺疾患(乳がん、乳がん以外の悪性腫瘍、肉芽腫性乳腺炎、授乳性腺腫、乳輪下膿瘍、乳輪部、粉瘤、繊維腺腫、乳瘤)との鑑別を行う。

②感染した腺葉から排出される乳汁を採取し、培養検査(病原菌の同定と抗菌薬の感受性検査)を行う。搾乳

による乳汁採取では、中間の乳汁を採取する。膿瘍の診断後、切開手術の場合は、内容物の採取を行う。抗菌薬の使用についてはp.71～72参照。

③超音波検査を行う。超音波画像は、乳管を鋳型にした楕円形の低エコー像を示す。小さな腫瘍が多発する場合や、癒合して隔壁を有する場合、癒合して隔壁がわずかに見られる場合等、多彩な形状を呈する。内部構造は、流動性があり、パルスドプラで血流信号を認めない。

④母親とその家族に、診断と今後の治療についての説明を行う。授乳継続への意思確認を行うとともに、治療中、治療後も母乳育児を継続することが可能であること、乳腺炎中に授乳を中断することでの悪化や治癒が遅れる等の危険性について説明し、母乳育児継続を勧める。



写真5 切開直前

(3) 医師が行う切開手術の手順

①局所麻酔下で行う。

②超音波画像で膿の性状を推定しながら切開を行う。粘稠度の高いもの、乳栓や湯葉状固形物を含むものは、効果的なドレナージを可能にするために1cm程度の切開を行う。

③切開は超音波ガイド下で行い、切開する位置を選択する。切開部位は、乳輪周辺は避ける。乳輪は乳管が集



写真6 切開

中する部位であり、切開によって多くの乳管を切断する危険性があるためである。授乳継続のため、乳輪上と乳輪と乳腺体の境界は避ける。児は乳輪だけでなく乳房体まで深くくわえて飲むため、授乳・搾乳に支障をきたさない部位を選択する。

- ④多房性膿瘍は、膿瘍間の隔壁をモスキートペアンで開窓し、遺残膿瘍を作らないように努める。
- ⑤貯留した内容物は、吸引機による吸引や膿瘍部位を切開創部に向けて圧迫し排出する。
- ⑥十分に排膿できたかを超音波画像で確認する。
- ⑦切開部は縫合せず、ペンローズドレーンを挿入する。
- ⑧厚めのガーゼで創部を覆う。授乳・搾乳ができるよう乳輪部位周辺をガーゼで覆わないようにする。



写真7 ドレーン挿入

(4) 医師・助産師による術後の支援(ドレーン抜去まで)

- ①術後は、創部からの内容物の排出量、性状について観察する。ガーゼ交換時には母親にも観察するよう説明する。創部からは膿、血液、乳汁が排出される。膿は、漿液性に近いものから、粘稠性の高いものまで多彩で、粒状の乳栓を多数含むもの、線維と好中球、壊死物質、細菌が層状に重なった湯葉状の固形物を含むものもある。
- ②母親にガーゼ交換の方法を説明する。ドレーンが挿入されていること、ドレーンから膿、血液、乳汁等の内容物が排出されてくるため、授乳毎に汚染の状態を確認し、ガーゼを交換する。創部からの排出物が多い場合は、ガーゼの上に吸収の良い授乳パッドや生理用ナプキンを置く。
- ③創部からの排出が少ないか全くない場合や母親が再度局所の疼痛や乳房の腫れを訴える場合には、ドレーンが固形物で詰まり、機能していないことが考えられるため、受診の必要性を説明して、再受診を促す。
- ④母親に薬物の服用方法 (p.71～72 参照) と児への安全性について (p.64 参照) 説明する。
- ⑤母親に授乳の安全性について説明する (p.64～65 参照)。
- ⑥切開側の乳房から児が授乳を拒否する場合、授乳方法の工夫 (p.66 参照)、搾乳の支援 (p.67～69 参照) を行う。
- ⑦日常生活上の注意 (入浴方法、食事・水分の摂り方、休養の摂り方、仕事との調

整等) について説明し、家族へ家事育児の負担軽減についての提言を行う。

(5) 医師または助産師による術後の支援(ドレーン抜去後)

- ①切開手術から約1週間前後(膿瘍の大きさ、術後のドレナージの状況によりドレーン留置期間は異なる)内容物の排出が見られなくなり、少量の乳汁が排出されていても超音波で膿瘍の消失を確認してドレーンを抜去する。
- ②不良肉芽、乳癭形成を予防する。ドレーン抜去後、切開創が乳汁が貯留するたびに開く場合は、伸縮性のない布絆創膏で切開創を閉鎖する。
- ③ドレーン抜去後、数日して創部が完全に癒合し、乳汁が漏れ出てこないかを確認する。
- ④炎症を起こした部位に掻痒感や落屑がある場合は、授乳可能な保湿剤で保湿ケアをする。
- ⑤切開創部周辺と乳腺炎部位には、しこりが残るためその大きさを計測し、経過を観察する。授乳を継続すると、しこりは次第に軟らかくなっていくことを説明する。
- ⑥乳腺炎再発予防的ケアについて確認する。
- ⑦切開後の母乳育児継続の利点について説明し、継続に向けての支援を行う。
- ⑧再発予防について、精神的方面からも支援を行う。



写真8 切開後5日目ドレーン抜去



写真9 切開後8日目

8 | 再発防止への支援(p.64～71参照)

乳腺炎が完治したうえで、再発を防ぐための予防的なケアについて確認し、母親が自分で対応できるように支援する¹⁾。

- ①乳房が張り過ぎているときや乳管閉塞に対して適切に対応する。

児が適切に吸着でき、制限のない授乳を行い、張り過ぎているときには手による

搾乳を行えるよう母親を支援する。利用できれば搾乳器を用いてもよい。突然、搾乳が必要になるときに備えて、すべての母親が自身の手による搾乳を行えるよう支援する (p.100 CQ7 参照)。

②乳汁うっ滞のどのような徴候にもすぐに対処する。

母親がしこり、痛み、発赤などがないか乳房を自己チェックできるよう情報提供し、母親と共に具体的方法を確認する。うっ滞している徴候に気付いたら、休息をとり、授乳回数を増やす、含ませる方向を変える、温める、しこりから乳頭に向かって自分でマッサージや搾乳をするなどして、効果的に乳汁を取り除くことができるよう支援する。

③母乳育児継続にあたり、ほかに困難なことがあればただちに対処する。

泣きやまない児、乳頭損傷、母乳不足感のある母親、身体・心理・社会・経済的に特別な配慮が必要な母子に対しては、よりいっそうきめ細やかに支援する。

④休息を取る。

疲労はしばしば乳腺炎の誘因となるので、母乳育児中は十分な休息をとるよう勧める。また、家族にもそのことを伝えるときに、家族以外の利用可能なサービスについても情報提供し、母親から助けを求められるよう奨励する。

⑤衛生状態を保持する。

一般的に黄色ブドウ球菌は病院や地域に存在しているので、病院職員、母親や家族の手指の衛生を保持し、搾乳器の洗浄など衛生管理ができるよう支援する。

乳腺炎の治療と支援においては、さまざまな乳房の張りや腫れを識別するとともに、乳腺炎の誘因を把握したうえで乳腺炎の予防、早期発見、早期対処および再発防止に努め、完治するまで継続的に支援する。また、母親の心身の苦痛と負担を軽減させながら、明るい見通しをもって母乳育児を継続できるよう支援する。

コラム 妊娠期からの乳腺炎予防支援

妊娠期および授乳を始めた母親に、母乳育児が順調に進むための方法と、乳汁うっ滞が生じたときの対処方法について知らせることは、乳腺炎予防の第一歩となる。

抱き方や吸着の仕方を学ぶ機会を提供することは、乳頭痛や乳頭損傷の予防に効果がある可能性がある (p.92 CQ1 参照)。

母乳育児成功のための10カ条(10ステップ)のStep3には、妊娠期に推奨される支援について記されている。Step5には、母親が授乳中の問題に対処できるよう支援することも述べられている。これらのことを妊娠期に母親伝え、母親の理解を促し、母親が実践的技術を身に着け、自信をもって母乳育児を始められるよう支援する。

また、妊娠期の母親が、乳房へのセルフアウェアネス (breast self-awareness) を高められるよう支援することが、授乳中の乳房のセルフチェック (p.92 CQ1 参照) につながり、乳腺炎症状の早期発見にもつながると考えられる。

【Step3】

すべての妊婦とその家族に母乳育児の重要性と方法について話し合いをする

- 母乳育児教育には、母乳育児の重要性や人工乳や他の母乳代用品を赤ちゃんに与えることに関する情報が含まれていることが重要です。
- 授乳姿勢や含ませ方、赤ちゃんの要求に応える授乳、赤ちゃんからの欲しがるサインの認識などの実践的技術
- 早期母子接触や母乳育児の開始、補足の方法、母子同室
- 乳汁うっ滞、母乳不足感等遭遇する可能性のある問題

【Step5】

お母さんが母乳育児をはじめ、続けるために、どんな小さな問題でも対応できるように支援する

- 授乳中のお母さんに、うっ乳 (engorged breast) の管理や授乳がうまくできていることの確認、乳首の亀裂および痛みの予防、赤ちゃんの母乳摂取量の評価の方法について伝える必要があります。
- お母さんは赤ちゃんから一時的に離れる場合にも授乳を維持する手段として、母乳を搾乳する方法について指導を受けておくべきです。(著者注：搾乳は母乳分泌を継続する方法としても、乳汁うっ滞を解消する方法としても有効である)

【乳房へのセルフアウェアネス (breast self-awareness)】

女性が自分自身の身体をよく知ることを目的として、自分の乳房について①自分にとって正常な状態を知ること、②見ること・触れること、③乳房の変化に気づくこと、④変化があったらすぐに知らせること (医療機関にかかる)、⑤40歳以上 (本邦基準) になったら乳がん検診を受けること、とされている。

National Health Service : Breast Cancer Screening Programme-Breast Awareness. Be Breast Aware (leaflet).

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/439602/breastaware.pdf [アクセス2018.8.6]

9 | 乳房マッサージ

1) 助産師による乳房マッサージの法的根拠

助産師が乳房マッサージを業とすることについては、基本法令である保健師助産師看護師法(1948)に基づく、業務に関する厚生労働省医政局からの基本通知にその根拠が示されている。以下にその回答の抜粋を示す。

【助産婦が乳房マッサージを業とすることについて】(昭和35.6.13. 医発468)

乳房マッサージは、妊婦又はじょく婦に対して、保健指導の範囲で行うものであれば、助産婦の本来の業務内容の一部であって(保健婦助産婦看護婦法第三条)、助産婦は、法第三八条に規定する場合を除いては、医師の指示を受けずにこれを行うことができ、傷病者又はじょく婦に対して療養上の世話又は診療の補助の範囲で行うものであれば、看護婦の業務として、法第三一条第二項の規定により、これを行うことができる(後略)¹⁴⁾。

2) 乳腺炎重症化予防ケア・指導に関する診療報酬と乳房マッサージ

2018年から乳腺炎に罹患した母親に対する「乳房マッサージや搾乳等の乳腺炎に係るケア、授乳や生活に関する指導、心理的支援等の(中略)包括的ケア及び指導」が診療報酬の対象となった。

乳房から乳汁を効果的に除去することにより、乳腺炎症状がより早く改善することから、乳腺炎症状改善のために助産師が搾乳(乳汁ドレナージ)を実施することの有効性が示されている(p.100 CQ7参照)。

そこで今回、日本助産師会・日本助産学会からは、炎症性疾患である乳腺炎罹患時には、乳房局所の安静を保ち、乳房の痛みを伴うような過度な圧力を加えない範囲において、助産師による乳汁ドレナージ(搾乳)の実施を提案している。

3) 乳房マッサージとは

現在、臨床において助産師から母親に提供される乳房マッサージには、統一された名称、定義、方法はないため、ここでは定義と範囲を示す。

ここでは、授乳期の母親の乳房に対して助産師が行う乳房への直接的ケアを「乳房マッサージ」とし、母親自身がセルフケアの範囲で行う乳房への直接的ケアには言及しない(母親自身が行う搾乳については、p.68～69参照)。

助産師が行う乳房マッサージは、乳房の解剖 (p.122 参照) 部位にもとづいて分類すると図 1 のように大別できる。

乳房マッサージとして働きかける部位には、乳頭と乳輪およびその下の組織 (乳頭乳輪体 [nipple-areola complex])、乳腺実質と乳腺内脂肪組織と後乳房脂肪を含む乳腺体、そして乳腺体の後面と大胸筋の境界部分がある (p.122 参照)。助産師はこれらの 3 つの部位に両手の手指と手掌を用いて、その時々のもとの母親と乳房の状態に応じて多様な働きかけを行っている。ここではその動作を総称して乳房マッサージと呼ぶ。乳房の状態を把握する (フィジカルアセスメント) のために行う触診は、乳房マッサージとは区別し乳房マッサージに含めない。

上記乳房マッサージのうち、おもに乳頭乳輪体に働きかける手技を用いて、乳汁を乳房外に取り出すことを目的に行う行為を搾乳と呼ぶ。

乳房からの乳汁の排出を容易にするために、乳房緊満や乳輪の浮腫によって硬くなった乳輪や乳頭を柔らかくする動作や、乳栓を排出してうっ滞を改善するなどの動作も乳頭乳輪体に働きかける乳房マッサージに含む。

また、乳腺実質と乳腺内脂肪組織と後乳房脂肪を含む乳腺体に働きかける乳房マッサージでは、乳房全体を軽く保持し直接乳房全体または部分的に軽い圧を加える動作が行われる。乳腺体と大胸筋の境界に働きかける乳房マッサージでは、乳房全体を胸壁と並行方向に動かしたり、乳房全体をわずかに持ち上げたりするような働きかけが行われる。

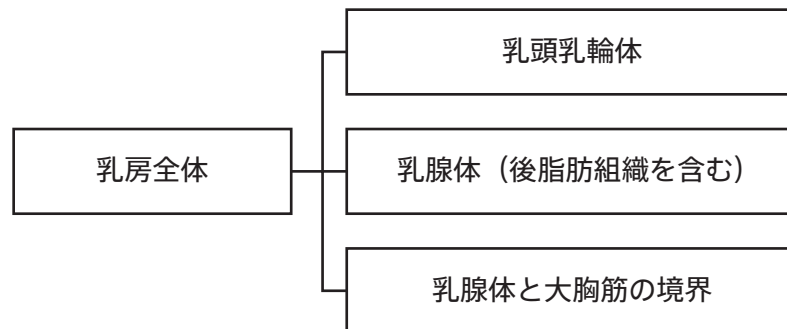


図 1 乳房マッサージにおいて働きかける部位の分類

4) 乳房マッサージを行うときの留意点

事前の情報収集 (問診・視診・触診) を行い乳房マッサージの必要性と適用について判断する。乳房マッサージの必要性に対する助産師の判断と母親の理解と同意によって乳房マッサージを行う。母親に乳房マッサージを提供する時は以下の点に留意する。

- ・母親の了解のもとで行う。乳房マッサージを行うことで母親が得られるメリット、デメリット、どのようなマッサージを行うか、施行時間、料金等を説明し、了承を

得る。また自らの技量の限界によって乳房の状態の改善が難しいならば、その事実を告げる必要もある。

- ・乳房マッサージと共に母親が行う乳房のセルフケアについても説明する。
- ・母親が安心してリラックスした状態で受けることができるよう、環境調整を行う。
- ・個人情報を保護する。
- ・助産師が安定した姿勢で行うことができる椅子やベッドを準備する。
- ・乳房マッサージを行う時間、回数、授乳時間との間隔を考慮し、母親と子どもの授乳のペースが乳房マッサージによって乱されることがないように配慮する。
- ・**触れ方、指手による圧力を微調整して、母親に決して痛みを与えないようにする。**
- ・乳房の解剖と乳汁分泌の生理に基づいて行う。助産師はトラブルのある部分の内部を想像しながら、乳房に触れていく¹⁶⁾。
- ・乳房マッサージ中は乳房に触れる手指の感覚を鋭敏に保ち、異常を見逃さないようにする。
- ・乳房マッサージ施行前後、または翌日の乳房の状態について評価し記録する。

コラム 乳房マッサージの歴史

日本の乳房マッサージは、さまざまな方法が助産師、あん摩師、医師によって編み出されてきた。

江戸末期に書かれた「按摩」の本や明治以降のマッサージの教科書には「乳揉み」として記述がみられ、日本人にとって出産後母乳の分泌を促進するために必要な施術として認識されていた。1935(昭和10)年から約40年をかけて全国各地の産育習俗や資料を調査した「日本産育習俗資料集成」にも、母乳を出すための神仏祈願や特別な食べ物、儀礼と並び「乳揉み」の方法と効用についての記述は多く、「乳揉み」は広く民間で行われていたものである¹⁵⁾。この伝統的な「乳揉み」は、それを専門とする「乳揉みさん」やあん摩師が行っていた。

第2次大戦後、女性の乳房に対する意識の変化や、家庭から施設に分娩が移行するとともに、「乳揉み」は「乳房マッサージ」として助産師が行うようになった¹⁶⁾。助産師は伝統的な「乳揉み」を継承するとともに、さまざまな改良を加え、現在の乳房マッサージへ発展していった。日本では、「あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律」において、あん摩マッサージ指圧師免許もしくは医師免許がなければマッサージを業として行うことはできない、とされているが、助産師による乳房マッサージは、1960(昭和35)年6月13日医発第468号により法的根拠が示された(p.79参照)。

1970年からは母乳育児推進の流れから、助産師によりさまざまな乳房マッサージが開発され、現在に至っている。

【文 献】

- 1) Amir LH & Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee (2014). ABM clinical protocol#4:Mastitis,revised March2014.Breastfeed Med9 (5). pp.239-243. http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/2014_Updated_Mastitis6.30.14.pdf [アクセス 2020.1.1]
Amir LH & Academy of Breastfeeding Medicine / 涌谷桐子訳 (2014). ABM臨床プロトコル第4号. 乳腺炎 (2014年改訂版). 日本ラクテーション・コンサルタント協会 http://www.jalc-net.jp/dl/ABM_4_2014.pdf [アクセス 2020.1.1]
- 2) American academy of pediatrics (2018)Red book.2018-2021 report of the committee on infectious diseases. 31st ed. transmission of infectious agent via human milk, pp.115-116. American academy of pediatrics.
- 3) WHO (2000). Department of child and adolescent health and development. Mastitis:causes and management. WHO, pp24-26. http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.13.pdf [アクセス 2020.1.3]
- 4) National Institute for Health and Care Excellence(2019). Clinical guideline37: Postnatal care up to 8 weeks after birth, 1.3. Infant feeding, continuing successful breastfeeding, 1.3.21. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37/resources/postnatal-care-up-to-8-weeks-after-birth-pdf-975391596997> [アクセス 2020.4.8]
- 5) Mohrbacher, N. et al (2003).The breastfeeding answer book 3rd.ed.La Leache League International.
- 6) 厚生労働省 (2006). 妊産婦のための食生活指針 <https://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/02/h0201-3a.html> [アクセス 2020.1.3]
- 7) 厚生労働省 (2006). 妊産婦のための食事バランスガイド https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/boshihoken/ninpu-02.html [アクセス 2020.1.3]
- 8) US National Library of Medicine:Toxnet[®]. Toxicology Data Network <http://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm> [アクセス 2014.12.18]
- 9) WHO/UNICEF (2018). Implementation guidance: protecting, promoting and support Breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. the revised baby-friendly hospital initiative. <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation/en/> [アクセス 2020.1.3]
日本母乳の会 (2018). 赤ちゃんにやさしい病院運動 実践ガイドおよびガイドライン-周産期医療施設における母乳育児の保護、促進、そして支援実践ガイド

- 2018.ガイドライン2017.日本母乳の会.
- 10) Riordan J & Wamback K (2016). Breastfeeding and human lactation. 5th ed. Jones & Bartlett, p.328.
 - 11) Lawrence RA & Lawrence RM (2016). Breastfeeding, A guide for the medical profession. 8th ed. Mosby, p.573.
 - 12) 佐貫潤一 (2018). 乳腺炎外科医が行う乳腺炎の診断と治療. 助産雑誌. 72 (11). pp.847-854. 医学書院.
 - 13) Wilson-Clay B & Hoover M (2017). The Breastfeeding Atlas. sixth ed. Lact News Press. pp.93-99.
 - 14) 看護行政研究会 (2018). 第一編, 第二章〔業務〕助産婦が乳房マッサージを業とすることについて (昭和三五医発四六八). 看護六法平成30年版. p.392. 新日本法規出版.
 - 15) 恩賜財団母子愛育会 (1975). 日本産育習俗資料集成. 第一法規出版.
 - 16) 伊賀みどり (2002). 母乳育児の文化再考. 一忘れられた「乳揉みさん」一. 日本民族学 232号. 11月.

VI

CQに基づくガイドライン



VI CQに基づくガイドライン

1 | 本書に基づく支援の考え方

乳腺炎に罹患した母親と子どもや家族に対する助産師の支援に関しては、その性質上厳密なランダム化比較試験 (Randomized controlled trial: RCT) を行うことは難しく、必ずしも明確かつ優良なエビデンスが豊富にあるわけではない。一方、少数ではあるが、複数のRCTのシステマティックレビュー等によるエビデンスも散見された。

ここに示すCQ (クリニカルクエスション) は、助産師による支援全体のごく一部ではあるが、各CQに対する【エビデンスに基づく推奨】に加えて、エビデンスが十分でないCQについては【日本助産師会・日本助産学会の提案】として推奨される支援を提示した。

助産師による日々の支援においては、これらを活用したエビデンスに基づく支援、エビデンスが不確実またはない場合の判断基準である有益/無益性と有害/無害性の判断 (p.13 ~ 15参照)、そして、ナラティブと協働的パートナーシップに基づく母親との対話的コミュニケーションを土台とした共有意思決定プロセスを進めることが求められる。

2 | 授乳期乳腺炎のケアガイドライン

1) 作成の手順とガイドライン利用の注意点

本書では、授乳期乳腺炎に関する網羅的文献検索を行い、クリニカルクエスション (CQ) に該当する研究結果を収集した。併せて、診療・ケアに関する系統的レビューを実施しているコクランレビューから、乳腺炎に関連するレビューを選択し、その結果を参照した。また、ABM臨床プロトコル第4号 (2014年改訂版) (以下ABM 2014とする) の記載にも触れた¹⁾。

(1) PICOの決定

本書の作成に伴い、日本助産師会の会員を対象に、CQを募集した。応募された105件のCQから、日頃の実践において助産師の関心が高く、多数の類似したCQが寄せられた項目を抽出し、授乳支援委員会のメンバーが8つのCQを設定した。

PICOとは、

P : Patients, Problem, Population (対象の範囲や症状など)

I : Intervention (検討したい治療法)

C : Controls, Comparators (比較する治療法)

O : Outcome (アウトカム)

(2) 文献検索

授乳期乳腺炎を主なキーワードとして、3つのデータベース(CENTRAL、MEDLINE、EMBASE)を用いて文献検索を行った(2018年12月)。重複を除き、合計3,906件の文献を、2名が独立してスクリーニングした。また参考として、上記8つのCQの他、授乳期乳腺炎の予防・治療を目的とした介入研究(コントロール群のある介入研究)を章末の表に整理した。

データベースと検索結果

Resource	Time coverage	Search Interface	Hits
CENTRAL	Issue 12 of 12, 2018	Cochrane Library	89
MEDLINE and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations and Daily	1946 to November 29, 2018	OVID	2930
Embase	1980 to 2018 Week 49	OVID	2437

検索式

A. CENTRAL

- #1 MeSH descriptor: [Mastitis] explode all trees
- #2 mastitis
- #3 ([inflam* or infect* or engorge* or sepsis or abscess* or sore] NEAR2 [breast* or mammary gland* or nipple*])
- #4 #1 or #2 or #3
- #5 MeSH descriptor: [Breast Feeding] explode all trees
- #6 MeSH descriptor: [Lactates] explode all trees
- #7 ([breast NEXT fe*] or breastfe*)
- #8 lactati*
- #9 MeSH descriptor: [Postpartum Period] explode all trees
- #10 (postpart* or post part* or puerperium or puerperal)

- #11 MeSH descriptor: [Pregnancy] explode all trees
- #12 MeSH descriptor: [Pregnant Women] this term only
- #13 pregnan*
- #14 #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12 or #13
- #15 #4 and #14

B. MEDLINE

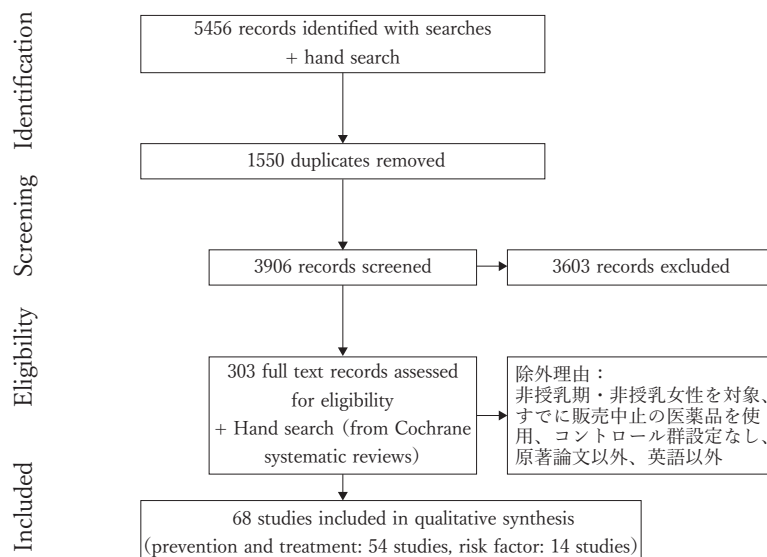
- 1 exp MASTITIS/ (4290)
- 2 mastitis.tw. (11283)
- 3 ([inflam* or infect* or engorge* or sepsis or abscess* or sore] adj2 [breast* or mammary gland* or nipple*]) .tw. (3805)
- 4 or/1-3 (15755)
- 5 exp Breast Feeding/ (34891)
- 6 exp LACTATION/ (38883)
- 7 ([breast adj fe*] or breastfe*) .tw. (39874)
- 8 lactati*.tw. (48099)
- 9 exp Postpartum Period/ (59653)
- 10 (postpart* or post part* or puerperium or puerperal) .tw. (66890)
- 11 Pregnancy/ (830444)
- 12 Pregnant Women/ (7036)
- 13 pregnan*.tw. (464844)
- 14 or/5-13 (1009549)
- 15 4 and 14 (5957)
- 16 exp animals/ not humans.sh. (4519948)
- 17 15 not 16 (2930)

C. EMBASE

- 1 exp mastitis/ (7470)
- 2 mastitis.tw. (9860)
- 3 ([inflam* or infect* or engorge* or sepsis or abscess* or sore] adj2 [breast* or mammary gland* or nipple*]) .tw. (5071)
- 4 or/1-3 (16709)
- 5 exp breast feeding/ (45233)
- 6 lactation/ (40813)

- 7 ([breast adj fe*] or breastfe*) .tw. (46048)
 8 lactati*.tw. (47950)
 9 exp puerperium/ (53624)
 10 (postpart* or post part* or puerperium or puerperal) .tw. (76333)
 11 exp pregnancy/ (552053)
 12 pregnant woman/ (64985)
 13 pregnan*.tw. (540172)
 14 or/5-13 (865024)
 15 4 and 14 (5214)
 16 (exp animal/ or nonhuman/) not exp human/ (5565567)
 17 15 not 16 (2437)

文献選択のフローチャート



(3) エビデンス総体のエビデンスの強さ

本書では、Minds 診療ガイドライン作成マニュアル2017およびGRADEを参考に、それぞれのCQに対して、エビデンス総体のエビデンスの強さを評価した²⁾³⁾。エビデンスの強さは、その治療効果などの推定値が推奨を支持するうえでどの程度十分かを示した。

RCT では初期評価「高い」から評価を開始し、評価を下げる必要の有無や程度に応じてエビデンスの高さを決定する。観察研究では、初期評価「弱い」から開始し、同様に評価を下げる5項目について評価する。この場合、同時に評価を上げる3項目につい

ても評価検討し、強さを決定する。

CQで設定したアウトカムに関して、GRADEにおける、エビデンスの質(4段階)の評価を行った。

- ・ 高い (high) : 真の効果が効果推定値に近いという確信がある
- ・ 中等度 (moderate) : 効果推定値に対し、中等度の確信がある。真の効果が効果推定値に近いと考えられるが、大幅に異なる可能性もある。
- ・ 低い (low) : 効果推定値に対する確信には限界がある、真の効果は効果推定値と大きく異なるかもしれない。
- ・ 非常に低い (very low) : 効果推定値に対しほとんど確信が持てない。真の効果は、効果推定値とは大きく異なるものと考えられる。

エビデンスの質の評価を下げるグレードダウンの5要因とは、バイアスのリスク (risk of bias)、非一貫性 (inconsistency)、非直接性 (indirectness)、不精確さ (imprecision)、出版バイアス (publication bias) である²⁾。それぞれ3段階(なし:0、深刻な:-1、非常に深刻な:-2)に評価を実施した。

(4)エビデンスからの推奨

臨床疑問に関連した推奨・提案レベルは、GRADE表記の2段階(強い、弱い)に分類された。推奨の強さは4つの要因を考慮して決定される。つまり、アウトカム全般にわたるエビデンスの質、望ましい効果と望ましくない効果のバランス、患者の価値観や好み、コストや資源の利用を考慮し、ケアの推奨の方向性(する・しない)と推奨の強さ(強い推奨、弱い推奨)が策定された。強い推奨(We recommend, 推奨する)とは、介入による望ましい効果(利益)が望ましくない効果(害・負担・コスト)を上回る、または下回る確信が強い。患者のほぼ全員が、その状況下において推奨される介入を希望し、希望しない人がごくわずかである。医療・ケア提供者のほぼ全員が推奨される介入の実施を受け入れる。弱い推奨(We suggest, 提案する)とは、介入による望ましい効果(利益)が望ましくない効果(害・負担・コスト)を上回る、または下回る確信が弱い²⁾。患者の多くが、その状況下において提案される介入を希望するが、希望しない人も少なくない。本ガイドラインでは、7つのCQに関してコンセンサス会議を行い、推奨または提案について検討を行った。

(5)日本助産師会・日本助産学会からの提案

エビデンスが少ない、もしくは現時点においてエビデンスが存在しない場合に、日本助産師会・日本助産学会としてどのようなケアを提案できるか、コンセンサス会議において検討を行なった。

コンセンサス会議は、2019年8月21日に開催した。日本助産師会、日本助産学会の担当者をはじめ、日本看護協会、日本産婦人科医会、日本産婦人科学会から推薦された各委員と、乳腺外科医、利用者である母親の代表者の参加を得て、各CQの推奨について検討をし、総意を得た。

【文 献】

- 1) Amir LH, The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM Clinical Protocol #4: Mastitis, Revised March 2014. Breastfeeding Medicine 2014; 9(5): pp.239–43. 日本語訳：涌谷桐子(2014)ABM臨床プロトコル第4号乳腺炎,2014年改訂版,日本ラクテーション・コンサルタント協会.
- 2) 相原守夫(2018). 診療ガイドラインのためのGRADEシステム. 中外医学社.
- 3) 小島原典子, 中山健夫, 森實敏夫, 山口直人, 吉田雅博(2017). Minds 診療ガイドライン作成マニュアル.

CQ1:妊婦に、乳腺炎についての情報提供をすると、乳腺炎の発症を予防できるか?

P：妊娠期の女性

I：乳腺炎についての情報提供を行う

C：乳腺炎についての情報提供を行わない

O：乳腺炎発症、授乳トラブル(乳房痛、乳頭痛および亀裂、しこり、発赤など)

【推奨】

抱き方や吸着の方法を伝えておくことは、乳頭痛や乳頭損傷の予防に効果がある可能性があり、出産後の授乳場面で実際に役立てられるよう、妊娠期女性に授乳姿勢と吸着の仕方を学ぶ機会を提供することを推奨する(弱い推奨)。

【エビデンスの確実性】低い

【解説】

現時点では妊娠期の乳腺炎についての情報提供が乳腺炎の発症を予防する確かなエビデンスは無い。

出生前の授乳支援に関するコクランレビュー¹⁾では、2件のRCT(ランダム化比較試験)が授乳のトラブルに関するアウトカムを報告していた。1件のRCT(n=70)では、通常ケアに比べ、妊娠期の授乳支援(授乳時姿勢・吸着)により、乳頭の疼痛および亀裂が有意に減少した(乳頭痛:MD = -19.80, 95% CI = -23.23 to -16.37, 中程度のエビデンスレベル)(乳頭亀裂:MD = 38.65, 95% CI = 32.95 to 44.35, 中程度のエビデンスレベル)。一方で乳腺炎に関しては、有意差は認められなかった(発症数:介入群0人、コントロール群2人, RR = 0.20, 95% CI = 0.01 to 4.02, 低いエビデンスレベル)。もう1件のRCT(n=1,162)では、妊娠期の教育プログラム(内容:母乳育児の重要性の講義、起こり得る授乳トラブルへの対応の講義、授乳に関する映像視聴)が授乳に関する困難や問題を予防する効果は認められなかった(RR = 1.00, 95% CI = 0.70 to 1.43, 中程度のエビデンスレベル)。介入の効果を検証するには、より十分なサンプルサイズでの試験が必要である。

ABM2014では、乳汁のうっ滞のどんな徴候にもすぐに対処できるよう、しこりや痛み、発赤がないか、乳房のチェックができるように女性に教えることを推奨している。

【日本助産師会・日本助産学会の提案】

妊娠期の乳腺炎に関する情報提供が、直接的に乳腺炎発症予防効果につながることは確認されていない。妊娠期の授乳支援(授乳時姿勢・吸着)により、乳頭の疼痛およ



び亀裂が有意に減少することが確認された。亀裂をはじめとする乳頭の損傷は乳腺炎の誘因とされている。

そのため、日本助産師会・日本助産学会は、妊娠期に、授乳姿勢、吸着に関する情報提供を行うことを提案する。情報提供と支援の内容については、ABM2014および「母乳育児がうまくいくための10のStep3」²⁾を参照されることを提案する。

【文 献】

- 1) Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin MR, Ho JJ, Hakimi M. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Dec 6; 12: CD006425.
- 2) WHO/UNICEF (2018). Implementation guidance: protecting, promoting and support Breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised baby-friendly hospital initiative.



CQ2:授乳中の女性が、脂肪摂取を制限すると、乳腺炎の発症を予防できるか?

P：授乳中の女性

I：脂肪摂取を制限する

C：脂肪摂取を制限しない

O：乳腺炎発症、授乳トラブル(乳房痛、乳頭痛および亀裂、しこり、発赤など)

【推奨】

今回は該当する研究が見つからず、エビデンスが存在しなかった。

【エビデンスの確実性】評価できず

【解説】

今回の網羅的文献検索の結果、該当する介入研究は見つからなかった。またコクランレビューやABM2014においても、乳腺炎の予防としての食事内容に関する記載はない。

【日本助産師会・日本助産学会の提案】

特定の食品の制限をしても乳腺炎の発症を予防できる根拠がないことが確認された。また、UNICEF／WHO¹⁾では授乳中の女性は特別なものを食べたり、特定の食事を避けたりする必要はないとされている。

そのため、日本助産師会・日本助産学会は、授乳中の女性に乳腺炎の発症予防を目的とした脂肪摂取の制限は勧めないことを提案する。

【文 献】

- 1) UNICEF/WHO (2009). 赤ちゃんとお母さんにやさしい母乳育児支援ガイドベーシックコースー「母乳育児成功のための10カ条」の実践. 医学書院. p.294.



CQ3:授乳中の女性が、乳製品の摂取を制限すると、乳腺炎の発症を予防できるか?

P：授乳中の女性

I：乳製品の摂取を制限する

C：乳製品の摂取を制限しない

O：乳腺炎発症、授乳トラブル(乳房痛、乳頭痛および亀裂、しこり、発赤など)

【推奨】

今回は該当する研究が見つからず、エビデンスが存在しなかった。

【エビデンスの確実性】評価できず

【解説】

今回の網羅的文献検索の結果、該当する介入研究は見つからなかった。またコクランレビューやABM2014においても、乳腺炎の予防としての食事内容に関する記載はない。

【日本助産師会・日本助産学会の提案】

特定の食品の制限をしても乳腺炎の発症を予防できる根拠がないことが確認された。また、UNICEF／WHO¹⁾では授乳中の女性は特別なものを食べたり、特定の食事を避けたりする必要はないとされている。

そのため、日本助産師会・日本助産学会は、授乳中の女性に乳腺炎の発症予防を目的とした乳製品の摂取の制限は勧めないことを提案する。

【文献】

- 1) UNICEF/WHO (2009). 赤ちゃんとお母さんにやさしい母乳育児支援ガイドブックコースー「母乳育児成功のための10ヵ条」の実践. 医学書院. pp.283-294.



CQ4:授乳中の女性が、児の欲求に応じた授乳をすると、乳腺炎の発症を予防できるか？

P：授乳中の女性

I：児の欲求に応じた授乳をする

C：児の欲求に応じた授乳をしない(規則授乳)

O：乳腺炎発症、授乳トラブル(乳房痛、乳頭痛および亀裂、しこり、発赤など)

【推奨】

今回は該当する研究が見つからず、エビデンスが存在しなかった。

【エビデンスの確実性】評価できず

【解説】

今回の網羅的文献検索の結果、該当する介入研究は見つからなかった。

ABM2014では、乳房の充満や乳管閉塞に対する効果的な対処として、授乳を制限しないことを推奨している。

【日本助産師会・日本助産学会の提案】

児の欲求に応じた授乳は、母乳育児がうまくいく要件の一つ¹⁾²⁾である。

そのため、日本助産師会・日本助産学会は、児の欲求に応じた授乳を支援することを提案する。

児の欲求回数は、1日に5回～15回といわれ³⁾個人差がある。一方、児の欲求の状況が通常と異なる、もしくは、児の欲求に授乳中の女性が応えられないような状況で授乳間隔が延長し、乳房に違和感や痛みを感じるほど乳汁がうっ滞すると、乳腺炎のリスクとなりうる。その場合には、第一に直接授乳を促し、それが不十分もしくはできない場合には自身による搾乳、さらに不十分な場合には助産師による搾乳で乳房内の乳汁のうっ滞を軽減させることを提案する。助産師は、搾乳手技を授乳中の女性が修得できるよう支援することを提案する。

【文 献】

- 1) Crepinsek MA, Crowe L, Michener K, Smart NA. Interventions for preventing mastitis after childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Oct 17; 10: CD007239.
- 2) Fallon A, Van der Putten D, Dring C, Moylett EH, Fealy G, Devane D. Baby-led compared with scheduled (or mixed) breastfeeding for successful breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev. 2016; (9): CD009067. doi: 10.1002/14651858.CD009067.pub3.
- 3) Wambach K., Riordan J. Breastfeeding and Human Lactation 5th ed. pp.107-108.



CQ5:乳腺炎の女性が、葛根湯を服用すると、乳腺炎症状(発熱・発赤・疼痛・腫脹)が改善するか?

P：乳腺炎の女性

I：葛根湯を服用する

C：葛根湯を服用しない

O：乳腺炎症状(全身の発熱、乳房の発赤・疼痛・腫脹)の改善

【推奨】

今回は該当する研究が見つからず、エビデンスが存在しなかった。

【エビデンスの確実性】評価できず

【解説】

今回の網羅的文献検索の結果、該当する介入研究は見つからなかった。

【日本助産師会・日本助産学会の提案】

乳腺炎症状の改善を期待して慣例的に葛根湯が用いられている。一方、乳腺炎症状を改善する効果の根拠は不明である。

そのため、日本助産師会・日本助産学会は、助産師が乳腺炎症状を改善する目的で、葛根湯の服用を勧めることは提案しない。



CQ6:乳腺炎の女性が、患側の乳房に冷湿布をすると、乳腺炎症状(発熱・発赤・疼痛・腫脹)が改善するか?

P：乳腺炎の女性

I：患側の乳房に冷湿布をする

C：患側の乳房に冷湿布をしない

O：乳腺炎症状(全身の発熱、乳房の発赤・疼痛・腫脹)の改善

【推奨】

今回は該当する研究が見つからず、エビデンスが存在しなかった。

【エビデンスの確実性】評価できず

【解説】

今回の網羅的文献検索の結果、乳腺炎の女性を対象とした該当する介入研究は見つからなかった。

乳房の緊満の治療に関するコクランレビュー¹⁾では、冷湿布/温湿布が症状の軽減に有効であるという研究報告はあるものの、研究デザインの限界から、レビューのデータ解析からは除外されていた。一方で、温/冷湿布やキャベツの葉(常温、冷却)、ジェルパックは痛みを和らげる効果がある可能性があり、これらは、害はなさそうで価格も安く利用しやすいことも指摘されていた。また、積極的な介入の有無にかかわらず、時間とともに症状は改善する傾向にあったとも報告されている。

ABM2014では、授乳もしくは搾乳後は、痛みと浮腫を軽減するために、冷湿布を使用することもできると記載されている。

【日本助産師会・日本助産学会の提案】

乳腺炎の患側乳房に冷湿布をすることは、熱感や痛みを和らげる可能性があるため、乳腺炎に罹患している女性が心地よいと感じれば、冷湿布を使用することを提案する。その際の第一選択肢として冷却ジェルシートや、過冷却を避けるため冷凍されていない保冷材を使用することを提案する。また、本人が心地よいと感じる場合には、授乳直前や授乳中に温湿布を使用することも提案する。

国内外では乳房の腫れに対してキャベツを貼付することが行われている。一方、海外では土壌中に存在するリステリア菌によるリステリア感染症発症の報告がある²⁾ことから、安全性の点からキャベツの葉等の植物の葉を湿布材の第一選択として使用しないことを提案する。

**【文 献】**

- 1) Mangesi L, Zakarija-Grkovic I. Treatments for breast engorgement during lactation. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Jun 28; (6): CD006946.
- 2) 内閣府食品安全委員会事務局(2010). 平成21年度食品安全確保総合調査. 食品により媒介される感染症等に関する文献調査報告書. p.218.



CQ7:乳腺炎の女性が、医療者、特に助産師による乳房マッサージや搾乳を受けると、乳腺炎症状(発熱・発赤・疼痛・腫脹)が改善するか?

P：乳腺炎の女性

I：医療者、特に助産師による乳房マッサージ、搾乳を受ける

C：医療者、特に助産師による乳房マッサージ、搾乳を受けない

O：乳腺炎症状(全身の発熱、乳房の発赤・疼痛・腫脹)の改善

【推奨】

乳腺炎の女性が、医療者、特に助産師による搾乳(乳汁ドレナージ)を受けることは、乳房から効果的に乳汁が取り除かれ、乳腺炎症状が改善されるため推奨される。エビデンスとなる文献では、抗菌薬と併用した搾乳群がもっとも症状の持続日数が短く効果が出ていたので、必要に応じて抗菌薬を併用すること(弱い推奨)。

【エビデンスの確実性】低い

【解説】

今回の網羅的文献検索の結果、乳腺炎を発症した女性を対象とした乳房マッサージに関する介入研究は見つからなかった。

乳腺炎の抗菌薬治療に関するコクランレビュー¹⁾に含まれている、1件のRCT(n=213)²⁾では、頻繁に効果的に乳汁を乳房から取り除くことで、非感染性乳腺炎および感染性乳腺炎ともに、症状が早く改善すると報告していた(非感染性乳腺炎の症状持続平均日数：搾乳群3.2日、介入なし7.9日、感染性乳腺炎の症状持続平均日数：抗菌薬+搾乳群2.1日、搾乳のみ4.2日、介入なし6.7日) ※研究デザイン上の問題(ランダム化生成に関する情報不十分、非盲検化試験)を含む。

同コクランレビューでは、乳腺炎治療の原則は効果的な乳汁の除去であり、授乳の継続を促し、適切な姿勢と吸着を助けることであると述べられている。

ABM2014においても、頻繁に効果的に乳汁を乳房から取り去ることが、最も重要な治療手段であると記載されている。

【日本助産師会・日本助産学会の提案】

今回の網羅的文献検索から得られた既存のエビデンスは限られており、この結果からは、助産師による乳房マッサージや搾乳を受けることは弱い推奨となっている。しかし、ABM2014においては、乳汁を頻繁に効果的に除去することは乳腺炎の重要な治療といわれている。

そのため、日本助産師会・日本助産学会は、乳腺炎症状改善のために、助産師が搾乳(乳汁ドレナージ)を実施することを提案する。ただし、乳腺炎は炎症性の疾患であ

るため、局所の安静を保つことを優先し、局所への過度な圧力を避け、痛みを伴わない搾乳(乳汁ドレナージ)を推奨する。

母子への支援と対処(処置)の方法についてはp.64～参照。

【文 献】

- 1) Jahanfar S, Ng CJ, Teng CL. Antibiotics for mastitis in breastfeeding women. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Feb 28; (2): CD005458.
- 2) Thomsen AC, Espersen T, Maigaard S. Course and treatment of milk stasis, noninfectious inflammation of the breast, and infectious mastitis in nursing women. Am J Obstet Gynecol. 1984 Jul 1; 149 (5): pp.492-5.

CQ8:乳腺炎のリスク因子は何か?

【解説】

今回の網羅的文献検索の結果から、乳腺炎のリスク因子に関する研究結果を下記の表にまとめた。※分析結果から、リスク因子として有意差が示されていたものを抽出している。

ABM2014では、乳汁がうっ滞すること以外の因子と乳腺炎との関連は、一般的な結論が出ていないとしているが、乳腺炎の誘因として以下の要因が記載されている。

- ・ 乳頭に損傷があること、特に黄色ブドウ球菌が定着していること
- ・ 授乳回数が少ないこと、回数もしくは授乳時間を決めて授乳していること
- ・ 授乳をとばすこと
- ・ 不適切な吸着や、吸啜が弱かったり適切に吸啜運動ができなかったりするために、乳房から効果的に乳汁を飲み取ることができないこと
- ・ 母親、または赤ちゃんの病気
- ・ 乳汁の過剰分泌状態
- ・ 急に授乳をやめること
- ・ 乳房が圧迫されること(例：きついブラジャー、シートベルト)
- ・ 乳頭の白斑、乳管口や乳管の閉塞：乳疱(milk blister)、水疱(blister)、(局所的な炎症反応)
- ・ 母親のストレスや疲労(特定の食物がヒトにおける乳腺炎のリスクであるというエビデンスはない)

表 研究結果として報告されている授乳期乳腺炎のリスク因子

研究	国	研究デザイン	対象者(対象者数;乳腺炎の症例数(発症率))	リスク因子(有意であった結果を抽出)
Abou-Dakn 2009	ドイツ	前向きコホート研究(産後1年)	産後の女性(初産婦)(n=379)	ストレスの増加(Perceived Stress Questionnaire: PSQ 20):乳腺炎を発症した女性のほうが発症しなかった女性に比べて、産後1年でのストレスレベルが有意に高かった
Amir 2006	オーストラリア	ケース・コントロール研究	ケース:乳腺炎で受診した女性、コントロール:授乳中の女性(産後6カ月まで)(ケースn=100;コントロールn=99)	児の鼻腔内黄色ブドウ球菌(adjusted OR 3.23, 95% CI 1.30-8.27)
				乳頭亀裂(adjusted OR 9.34, 95% CI 2.99-29.20)
				児の授乳困難(母親の報告)(adjusted OR 6.32, 95% CI 2.53-15.76)
				きついブラジャーの着用(adjusted OR 3.47, 95% CI 1.30-9.22)

Amir 2007	オーストラリア	他の介入研究と調査のデータを統合	授乳支援に関する介入研究の参加者および産後の女性(初産婦:産後6カ月時点)(n=1,193; 206(17%))	乳頭亀裂(adjusted OR 1.71, 95% CI 1.14-2.56)
				4週間以上続く乳頭痛(adjusted OR 1.58, 95% CI 1.15-2.19)
Cullinane 2015	オーストラリア	前向きコホート研究(産後8週)	産後の女性(初産婦)(n=346; 70(20%))	女性の乳頭の黄色ブドウ球菌培養(IRR 1.72, 95% CI 1.04-2.85)
				母乳中の黄色ブドウ球菌(IRR 1.78, 95% CI 1.08-2.92)
				乳頭損傷(IRR 2.17, 95% CI 1.21-3.91)
				乳汁分泌量過多(IRR 2.60, 95% CI 1.58-4.29)
				吸着障害(IRR 1.96, 95% CI 1.18-3.24)
				ニップルシールドの使用(IRR 2.93, 95% CI 1.72-5.01) * ¹
日に数回の搾乳(IRR 1.64, 95% CI 1.01-2.68) * ²				
Fetherston 1998	オーストラリア	ケース・コントロール研究	授乳支援プログラムに関する前向きコホート研究の参加者(ケースn=78; コントロールn=78)	乳腺炎の既往(p=0.01)
				乳頭損傷(初めての授乳: OR 3.71, p=0.0045)
				乳頭閉塞(初めての授乳: OR 3.56, p=0.0062、過去に授乳経験あり: OR 3.11, p=0.0005)
				吸着困難(初めての授乳: OR 7.37, p=0.0084)
				通常よりストレスを感じている(過去に授乳経験あり: OR 2.03, p=0.0079)
				きついブラジャーの着用(初めての授乳: OR 4.05, p=0.0327)
Foxman 1994	アメリカ	ケース・コントロール研究	産後1週の女性(17組)	乳房痛・乳頭痛(ケース82.4%, コントロール35.3%)
				乳房亀裂・乳房緊満(ケース41.2%, コントロール5.9%)
				昼寝を十分にとれない(「昼寝をとれる」割合ケース41.2%, コントロール70.6%)
Jonsson 1994	フィンランド	横断調査	産後5~12週の女性(n=664; 24%)	乳腺炎の既往あり: 乳腺炎発症率約3倍(既往あり46.2%, 既往なし15.7%)(p=0.007)
				乳頭痛: 乳頭に痛みがある201名のうち、30.8%は乳腺炎を発症(健康な乳頭の女性では21%)(p=0.003)
				1日に数回乳頭にクリームを塗布(p=0.001) * ⁴

Kaufmann 1991	アメリカ	カルテ調査	分娩後授乳ありの女性 (n=966 ; 24 (2.5%))	専門職・技術職・管理職 (RR 12.29, 95% CI 1.62-93.43) * ⁵
Kinlay 2001	オーストラリア	前向きコホート研究 (産後26週)	産後の女性 (n=1,075 ; 219 (20%))	乳腺炎の既往 (adjusted HR 1.74, 95% CI 1.07-2.81)
				乳頭亀裂 (adjusted HR 1.44, 95% CI 1.00-2.07)
				乳頭閉塞 (adjusted HR 2.43, 95% CI 1.68-3.49)
				乳頭にクリームを塗布 (adjusted HR 1.83, 95% CI 1.22-2.73) * ⁴
				大学卒 (adjusted HR 1.93, 95% CI 1.18-3.16) * ⁶
				連続した授乳で交互の乳房から授乳を始める (adjusted HR 2.28, 95% CI 1.50-3.44) * ⁷
Mediano 2014	スペイン	ケース・コントロール研究	授乳中の女性 (ケース n=368 ; コントロール n=148)	乳腺炎の既往 (adjusted OR 3.91, 95% CI 1.60-9.56, p=0.0014)
				乳頭亀裂 (adjusted OR 1.43, 95% CI 1.23-1.67, p<0.0001)
				抗菌薬の使用 (adjusted OR 5.38, 95% CI 2.85-10.14, p<0.0001) * ⁸
				抗真菌薬の使用 (adjusted OR 3.81, 95% CI 1.35-10.76, p = 0.0009) * ⁹
				咽頭感染症 (adjusted OR 2.05, 95% CI 1.10-3.80, p=0.0224)
				乳頭にクリームを塗布 (adjusted OR 1.91, 95% CI 1.13-3.24, p = 0.0228) * ⁴
				搾乳器の使用 (adjusted OR 2.78, 95% CI 1.68-4.58, p<0.0001) * ¹⁰
				乳汁分泌が分娩後24時間以上経過後 (adjusted OR 2.26, 95% CI 1.24-4.12, p=0.0016) * ¹¹
				24時間以上の母子分離 (adjusted OR 6.40, 95% CI 1.77-23.18, p = 0.0027) * ¹²
家族の乳腺炎の既往 (adjusted OR 2.28, 95% CI 1.26-4.13, p=0.0028) * ¹³				
Tang 2014	中国	前向きコホート研究 (産後6か月)	産後の女性 (n=670 ; 42 (6.3%))	乳頭亀裂・乳頭痛 (adjusted IRR 2.24, 95%CI 1.38-3.63)
				ストレスを感じている (adjusted IRR 3.15, 95%CI 1.56-6.37)
Vogel 1999	ニュージーランド	前向きコホート研究 (1年間)	産後の女性 (n=350 ; 83 (23.7%))	乳頭痛 (RR 2.07, 95% CI 4 1.17-3.66)

Wöckel 2010	ドイツ	前向きコホート研究 (20週間)	産後の女性 (n=87 ; 23)	産後の白血球：ケース群で有意に少ない (P = 0.03)
				ストレスの増加 (Perceived Stress Questionnaire: PSQ 20)：乳腺炎を発症した女性で有意に増加 (P = 0.029)
				女性の年齢高い (ケースの平均年齢 32.26歳, コントロール 29.77歳)
Zarshenas 2017	イラン	前向きコホート (産後12週)	産後の女性 (n=672 ; 130 (19.3%))	乳頭亀裂 (adjusted OR 21.16, 95%CI 5.09-87.90)
				授乳中の痛み (adjusted OR 13.63, 95%CI 2.05-90.57)
				乳房緊満 (adjusted OR 156.35, 95%CI 31.33-780.18)
				搾乳 (adjusted OR 11.30, 95%CI 4.06-31.39) * ¹⁴
				おしゃぶりの使用 (adjusted OR 6.86, 95%CI 1.53-30.72) * ¹⁵
				授乳回数の減少 (adjusted OR 3.91, 95%CI 1.29-11.88) * ¹⁶

HR: Hazard Ratio, IRR: Incidence Rate Ratio, OR: Odds Ratio, RR: Rate Ratio

【注】

- * 1 乳頭に傷のある女性がニップルシールドを使用しているため、リスク因子になった可能性がある。
- * 2 乳房の傷や乳汁分泌過多 (乳腺炎のリスク因子)がある女性が実施しているために、リスク因子に挙げられている可能性がある。
- * 3 乳腺炎発症群は、昼寝が取れなかったため、疲労につながった可能性が考えられる。
- * 4 乳頭痛や乳頭亀裂 (乳腺炎のリスク因子)がある女性が乳頭のクリームを使用しているためリスク因子に上がった可能性がある。
- * 5 就労によってストレスや疲労を抱えやすく、授乳の中断や搾乳器の使用により直接授乳にくらべて効果的でない乳汁の排出が影響している可能性がある。
- * 6 高学歴の女性は、就労をしていることが多い。雇用の影響としては、産後早期に外勤に出ていること、ストレスや疲労、搾乳器の使用がある。また、高学歴の女性は、乳腺炎の発症率が同じでも、医療への受診率が高く、そのことにより、乳腺炎をより多く報告した可能性が考えられる。
- * 7 授乳のたびに (前回授乳を終えたほうの) 同じ乳房から授乳を始める女性のほうが乳腺炎の発症が低い傾向にあり、それらは乳房の緊満やうっ滞を予防する目的で母親たちが取り入れていた可能性がある。そのため、授乳のたびに交互

に授乳をしていた群でリスクが上がった可能性がある。

- * 8 広域感染の抗菌薬の頻繁な使用により、乳腺炎を引き起こす病原体の薬剤耐性が増えている可能性がある。
- * 9 抗真菌薬を使用しているということは、すでにカンジダ感染症を発症していてその治療に使用されている可能性がある。
- * 10 搾乳器の頻繁な使用により、乳頭痛や乳頭の傷につながっている可能性が考えられ、それにより乳腺炎のリスクが上昇している可能性がある。
- * 11 授乳のポジショニングとラッチの問題との関連がある。出産後すぐに授乳できた母親は乳腺炎のリスクが低く、授乳がうまくいかなかった結果として、乳汁分泌が遅れることから、これがリスク因子になった可能性がある。
- * 12 母子分離は、母子相互作用を阻害し、児の吸啜の学習が妨げられるため、授乳がうまくいかないことから、リスク因子になった可能性がある。
- * 13 遺伝性素因が関連している可能性が考えられる。
- * 14 乳腺炎の原因ではなく、結果である可能性がある。
- * 15 児が適切な吸啜を獲得する前に使用することで不適切な吸啜を身につける可能性が考えられる。また、おしゃぶり自体に病原体が付着している可能性がある。赤ちゃんをあやす際に授乳ではなくおしゃぶりを使用することで授乳の回数が減り乳汁うっ滞を引き起こすリスクとなっている可能性が考えられる。
- * 16 特に産後初期で乳汁分泌が多いときに突然授乳が減ると、乳房緊満や乳頭閉塞のリスクが高くなる可能性がある。



【文 献】

- Abou-Dakn M, Schäfer-Graf U, Wöckel A. Psychological stress and breast diseases during lactation. *Breastfeed Rev.* 2009 Nov; 17 (3): 19–26.
- Amir LH, Garland SM, Lumley J. A case-control study of mastitis: nasal carriage of *Staphylococcus aureus*. *BMC Fam Pract.* 2006 Oct 11; 7: 57.
- Amir LH, Forster DA, Lumley J, McLachlan H. A descriptive study of mastitis in Australian breastfeeding women: incidence and determinants. *BMC Public Health.* 2007 Apr 25; 7: 62.
- Cullinane M, Amir LH, Donath SM, Garland SM, Tabrizi SN, Payne MS, Bennett CM. Determinants of mastitis in women in the CASTLE study: a cohort study. *BMC Fam Pract.* 2015 Dec 16; 16: 181.
- Fetherston C. Risk factors for lactation mastitis. *J Hum Lact.* 1998 Jun; 14 (2): 101–9.
- Foxman B, Schwartz K, Looman SJ. Breastfeeding practices and lactation mastitis. *Soc Sci Med.* 1994 Mar; 38 (5): 755–61.
- Jonsson S, Pulkkinen MO. Mastitis today: incidence, prevention and treatment. *Ann Chir Gynaecol Suppl.* 1994; 208: 84–7.
- Kaufmann R, Foxman B. Mastitis among lactating women: occurrence and risk factors. *Soc Sci Med.* 1991; 33 (6): 701–5.
- Kinlay JR, O’Connell DL, Kinlay S. Risk factors for mastitis in breastfeeding women: results of a prospective cohort study. *Aust N Z J Public Health.* 2001 Apr; 25 (2): 115–20.
- Mediano P, Fernández L, Rodríguez JM, Marín M. Case-control study of risk factors for infectious mastitis in Spanish breastfeeding women. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014 Jun 6; 14: 195.
- Tang L, Lee AH, Qiu L, Binns CW. Mastitis in Chinese breastfeeding mothers: a prospective cohort study. *Breastfeed Med.* 2014 Jan-Feb; 9 (1): 35–8.
- Vogel A, Hutchison BL, Mitchell EA. Mastitis in the first year postpartum. *Birth.* 1999 Dec; 26 (4): 218–25.
- Wöckel A, Beggel A, Rütke M, Abou-Dakn M, Arck P. Predictors of inflammatory breast diseases during lactation—results of a cohort study. *Am J Reprod Immunol.* 2010 Jan; 63 (1): 28–37.
- Zarshenas M, Zhao Y, Poorarian S, Binns CW, Scott JA. Incidence and Risk Factors of Mastitis in Shiraz, Iran: Results of a Cohort Study. *Breastfeed Med.* 2017 Jun; 12: 290–296.



2) 資料

(1) 授乳期乳腺炎の予防・治療に関する介入研究

対象者	介入内容		主なアウトカム
妊婦・産婦(症状なし)	内服薬	<ul style="list-style-type: none"> ・ドパミン作用薬 (Brooten 1983) ・抗分泌性因子 (Svensson 2004) ・プロバイオティクス (Fernández 2016, Hurtado 2017) ・合成ビタミンC (Fulton 1945) 	乳腺炎 乳頭痛・亀裂 乳房緊満 膿瘍
	外用薬	<ul style="list-style-type: none"> ・ハイドロゲル (Dodd 2003) ・軟膏・クリームの使用を控える (Centuori 1999) 	
	医薬品以外	<ul style="list-style-type: none"> ・ナツメ・ローション (Shahrahmani 2017) ・ペパーミント・ジェル (Melli 2007) 	
	湿布	<ul style="list-style-type: none"> ・キャベツの葉 (Nikodem 1993, Lim 2015) 	
	マッサージ・搾乳	<ul style="list-style-type: none"> ・妊娠期からのマッサージ (Storr 1988) ・初乳の搾乳 (Alekseev 2014) ・片方の乳房ずつ時間をかけて空にする (Evans 1995) 	
	教育	<ul style="list-style-type: none"> ・授乳カウンセリング (Flores 2002, De Oliveira 2006) ・家庭訪問によるケア (Milani 2017) ・周産期医療従事者への教育 (Moghani Lankarani 2014) 	
乳頭痛・亀裂の授乳中の女性	内服薬	<ul style="list-style-type: none"> ・抗菌薬 (Livingstone 1999, Amir 2004) 	乳頭痛・亀裂 乳腺炎
	外用薬	<ul style="list-style-type: none"> ・軟膏 (Livingstone 1999, Dennis 2012) ・ラノリン (Jackson 2017) ・ハイドロゲル (Brent 1998) 	
	医薬品以外	<ul style="list-style-type: none"> ・母乳の塗布 (Mohammadzadeh 2005) 	
	湿布	<ul style="list-style-type: none"> ・ティーバッグ (Lavergne 1997) 	
	教育	<ul style="list-style-type: none"> ・授乳姿勢と吸着の確認+ガイダンスツールを用いた授乳支援 (Cadwell 2004) 	
乳房緊満の授乳中の女性	内服薬	<ul style="list-style-type: none"> ・プロテアーゼ複合体 (Murata 1965) ・オキントシン (Ingelman-Sundberg 1953) 	乳房緊満の症状改善 乳腺炎
	湿布	<ul style="list-style-type: none"> ・キャベツ(冷蔵/常温) (Roberts 1995, Roberts 1998, Wong 2017) ・ハーブ・葉草 (Ketsuwan 2018) ・ホリホック(タチアオイ) (Khosravan 2017) 	
	マッサージ	<ul style="list-style-type: none"> ・セルフマッサージ (Witt 2016) ・電動マッサージ機・搾乳機 (Heberle 2014) ・カッサ (Chiu 2010) 	
	医療機器	<ul style="list-style-type: none"> 超音波治療 (McLachlan 1991) 	



乳腺炎を発症した授乳中の女性	内服薬	<ul style="list-style-type: none"> ・抗菌薬 (Green 1957, Thomsen 1984, Hager 1996) ・プロバイオティクス (Jimenez 2008, Arroyo 2010, Maldonado-Lobon 2015) ・ナイシン (Fernández 2008) 	乳腺炎 (炎症) の改善・治癒期間
	外用薬	<ul style="list-style-type: none"> ・クルクミン・クリーム (Afshariani 2014) 	
	代替療法	<ul style="list-style-type: none"> ・鍼 (Kvist 2004, Kvist 2007) 	
	診療	<ul style="list-style-type: none"> ・電話での乳腺炎管理 (Berth 2009) 	
膿瘍を起こした授乳中の女性	ドレナージ	<ul style="list-style-type: none"> ・(超音波ガイドによる) 穿刺吸引 (Eryilmaz 2005, Naeem 2012) ・切開排膿+抗菌薬 (Singla 2012) ・乳輪周囲切開 (Wei 2016) ・一次縫合創 (Benson 1970) 	膿瘍の治癒率・治癒期間

(2) 予防・治療に関する文献

- ・ Afshariani R, Farhadi P, Ghaffarpasand F, Roozbeh J. Effectiveness of topical curcumin for treatment of mastitis in breastfeeding women: a randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. *Oman Med J.* 2014 Sep; 29 (5): 330-4.
- ・ Alekseev NP, Vladimir II, Nadezhda TE. Pathological postpartum breast engorgement: prediction, prevention, and resolution. *Breastfeed Med.* 2015 May; 10 (4): 203-8.
- ・ Amir LH, Lumley J, Garland SM. A failed RCT to determine if antibiotics prevent mastitis: Cracked nipples colonized with *Staphylococcus aureus*: A randomized treatment trial [ISRCTN65289389]. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2004 Sep 16; 4 (1): 19.
- ・ Arroyo R, Martín V, Maldonado A, Jiménez E, Fernández L, Rodríguez JM. Treatment of infectious mastitis during lactation: antibiotics versus oral administration of *Lactobacilli* isolated from breast milk. *Clin Infect Dis.* 2010 Jun 15; 50 (12): 1551-8.
- ・ Benson EA, Goodman MA. Incision with primary suture in the treatment of acute puerperal breast abscess. *Br J Surg.* 1970 Jan; 57 (1): 55-8.
- ・ Berth WL, Schauburger CW, Alvarado MA, Mathiason MA. Telephone-based management of lactation mastitis. *J Reprod Med.* 2009 May; 54 (5): 291-4.
- ・ Brent N, Rudy SJ, Redd B, Rudy TE, Roth LA. Sore nipples in breast-feeding women: a clinical trial of wound dressings vs conventional care. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1998 Nov; 152 (11): 1077-82.
- ・ Brooten DA, Brown LP, Hollingsworth AO, Tanis JL, Donlen J. A comparison of four treatments to prevent and control breast pain and engorgement in nonnursing



- mothers. *Nurs Res.* 1983 Jul-Aug; 32 (4): 225–9.
- Cadwell K, Turner-Maffei C, Blair A, Brimdyr K, Maja McInerney Z. Pain reduction and treatment of sore nipples in nursing mothers. *J Perinat Educ.* 2004 Winter; 13 (1): 29–35.
 - Centuori S, Burmaz T, Ronfani L, Fragiaco M, Quintero S, Pavan C, Davanzo R, Cattaneo A. Nipple care, sore nipples, and breastfeeding: a randomized trial. *J Hum Lact.* 1999 Jun; 15 (2): 125–30.
 - Chiu JY, Gau ML, Kuo SY, Chang YH, Kuo SC, Tu HC. Effects of Gua-Sha therapy on breast engorgement: a randomized controlled trial. *J Nurs Res.* 2010 Mar; 18 (1): 1–10.
 - de Oliveira LD, Giugliani ER, do Espírito Santo LC, França MC, Weigert EM, Kohler CV, de Lourenzi Bonilha AL. Effect of intervention to improve breastfeeding technique on the frequency of exclusive breastfeeding and lactation-related problems. *J Hum Lact.* 2006 Aug; 22 (3): 315–21.
 - Dennis CL, Schottle N, Hodnett E, McQueen K. An all-purpose nipple ointment versus lanolin in treating painful damaged nipples in breastfeeding women: a randomized controlled trial. *Breastfeed Med.* 2012 Dec; 7 (6): 473–9.
 - Dodd V, Chalmers C. Comparing the use of hydrogel dressings to lanolin ointment with lactating mothers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2003 Jul-Aug; 32 (4): 486–94.
 - Eryilmaz R, Sahin M, Hakan Tekelioglu M, Daldal E. Management of lactational breast abscesses. *Breast.* 2005 Oct; 14 (5): 375–9.
 - Evans K, Evans R, Simmer K. Effect of the method of breast feeding on breast engorgement, mastitis and infantile colic. *Acta Paediatr.* 1995 Aug; 84 (8): 849–52.
 - Fernández L, Cárdenas N, Arroyo R, Manzano S, Jiménez E, Martín V, Rodríguez JM. Prevention of Infectious Mastitis by Oral Administration of *Lactobacillus salivarius* PS2 During Late Pregnancy. *Clin Infect Dis.* 2016 Mar 1; 62 (5): 568–573.
 - Fernández L, Delgado S, Herrero H, Maldonado A, Rodríguez JM. The bacteriocin nisin, an effective agent for the treatment of staphylococcal mastitis during lactation. *J Hum Lact.* 2008 Aug; 24 (3): 311–6.
 - Flores M, Filteau S. Effect of lactation counselling on subclinical mastitis among Bangladeshi women. *Ann Trop Paediatr.* 2002 Mar; 22 (1): 85–8.
 - Fulton AA. Vitamin C and Lactational Mastitis. *Br Med J.* 1945 Oct 13; 2 (4423): 488–91.



- Green DC, Baker HJ, Evans JR, Pendergast PA, Lindberg RB. Novobiocin therapy in puerperal mastitis. *Antibiot Annu.* 1957–1958; 5: 14–21.
- Hager WD, Barton JR. Treatment of sporadic acute puerperal mastitis. *Infect Dis Obstet Gynecol.* 1996; 4 (2): 97–101.
- Heberle AB, de Moura MA, de Souza MA, Nohama P. Assessment of techniques of massage and pumping in the treatment of breast engorgement by thermography. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2014 Mar-Apr; 22 (2): 277–85.
- Hurtado JA, Fonollá J. Oral Administration to Nursing Women of *Lactobacillus fermentum* CECT5716 Prevents Lactational Mastitis Development: a Randomized Controlled Trial. *Breastfeed Med.* 2017; 12 (4): 202–209.
- Ingelman-Sundberg A. Early puerperal breast engorgement. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1953; 32 (4): 399–402.
- Jackson KT, Dennis CL. Lanolin for the treatment of nipple pain in breastfeeding women: a randomized controlled trial. *Matern Child Nutr.* 2017 Jul; 13 (3).
- Jiménez E, Fernández L, Maldonado A, Martín R, Olivares M, Xaus J, Rodríguez JM. Oral administration of *Lactobacillus* strains isolated from breast milk as an alternative for the treatment of infectious mastitis during lactation. *Appl Environ Microbiol.* 2008 Aug; 74 (15): 4650–5.
- Ketsuwan S, Baiya N, Paritakul P, Laosooksathit W, Puapornpong P. Effect of Herbal Compresses for Maternal Breast Engorgement at Postpartum: A Randomized Controlled Trial. *Breastfeed Med.* 2018 Jun; 13 (5): 361–365.
- Khosravan S, Mohammadzadeh-Moghadam H, Mohammadzadeh F, Fadafen SA, Gholami M. The Effect of Hollyhock (*Althaea officinalis* L) Leaf Compresses Combined With Warm and Cold Compress on Breast Engorgement in Lactating Women: A Randomized Clinical Trial. *J Evid Based Complementary Altern Med.* 2017 Jan; 22 (1): 25–30.
- Kvist LJ, Hall-Lord ML, Rydhstroem H, Larsson BW. A randomised-controlled trial in Sweden of acupuncture and care interventions for the relief of inflammatory symptoms of the breast during lactation. *Midwifery.* 2007 Jun; 23 (2): 184–95.
- Kvist LJ, Wilde Larsson B, Hall-Lord ML, Rydhstroem H. Effects of acupuncture and care interventions on the outcome of inflammatory symptoms of the breast in lactating women. *Int Nurs Rev.* 2004 Mar; 51 (1): 56–64.
- Lavergne NA. Does application of tea bags to sore nipples while breastfeeding provide effective relief? *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1997 Jan-Feb; 26 (1): 53–8.



- Lim AR, Song JA, Hur MH, Lee MK, Lee MS. Cabbage compression early breast care on breast engorgement in primiparous women after cesarean birth: a controlled clinical trial. *Int J Clin Exp Med*. 2015 Nov 15; 8 (11): 21335–42.
- Livingstone V, Stringer LJ. The treatment of *Staphylococcus aureus* infected sore nipples: a randomized comparative study. *J Hum Lact*. 1999 Sep; 15 (3): 241–6.
- Maldonado-Lobón JA, Díaz-López MA, Carputo R, Duarte P, Díaz-Ropero MP, Valero AD, Sañudo A, Sempere L, Ruiz-López MD, Bañuelos Ó, Fonollá J, Olivares Martín M. *Lactobacillus fermentum* CECT 5716 Reduces *Staphylococcus* Load in the Breastmilk of Lactating Mothers Suffering Breast Pain: A Randomized Controlled Trial. *Breastfeed Med*. 2015 Nov; 10 (9): 425–32.
- McLachlan Z, Milne EJ, Lumley J, Walker BL. Ultrasound treatment for breast engorgement: A randomised double blind trial. *Aust J Physiother*. 1991; 37 (1): 23–8.
- Melli MS, Rashidi MR, Nokhoodchi A, Tagavi S, Farzadi L, Sadaghat K, Tahmasebi Z, Sheshvan MK. A randomized trial of peppermint gel, lanolin ointment, and placebo gel to prevent nipple crack in primiparous breastfeeding women. *Med Sci Monit*. 2007 Sep; 13 (9): CR406–411.
- Milani HS, Amiri P, Mohseny M, Abadi A, Vaziri SM, Vejdani M. Postpartum home care and its effects on mothers' health: A clinical trial. *J Res Med Sci*. 2017 Aug 16; 22: 96.
- Moghani Lankarani M, Changizi N, Rasouli M, AmirKhani MA, Assari S. Prevention of pregnancy complications in iran following implementing a national educational program. *J Family Reprod Health*. 2014 Sep; 8 (3): 97–100.
- Mohammadzadeh A, Farhat A, Esmaily H. The effect of breast milk and lanolin on sore nipples. *Saudi Med J*. 2005 Aug; 26 (8): 1231–4.
- Murata T, Hanzawa M, Nomura Y. The clinical effects of “protease complex” on postpartum breast engorgement (based on the double blind method). *J Jpn Obstet Gynecol Soc*. 1965 Jul; 12 (3): 139–47.
- Naeem M, Rahimnajjad MK, Rahimnajjad NA, Ahmed QJ, Fazel PA, Owais M. Comparison of incision and drainage against needle aspiration for the treatment of breast abscess. *Am Surg*. 2012 Nov; 78 (11): 1224–7.
- Nikodem VC, Danziger D, Gebka N, Gulmezoglu AM, Hofmeyer GJ. Do cabbage leaves prevent breast engorgement? A randomized, controlled study. *Birth*. 1993 Jun; 20 (2): 61–4.
- Roberts KL, Reiter M, Schuster D. A comparison of chilled and room temperature

- cabbage leaves in treating breast engorgement. *J Hum Lact.* 1995 Sep; 11 (3): 191–4.
- Roberts KL, Reiter M, Schuster D. Effects of cabbage leaf extract on breast engorgement. *J Hum Lact.* 1998 Sep; 14 (3): 231–6.
 - Roberts KL. A comparison of chilled cabbage leaves and chilled gelpaks in reducing breast engorgement. *J Hum Lact.* 1995 Mar; 11 (1): 17–20.
 - Shahrahmani N, Amir Ali Akbari S, Mojab F, Mirzai M, Shahrahmani H. The Effect of Zizyphus Jujube Fruit Lotion on Breast Fissure in Breastfeeding Women. *Iran J Pharm Res.* 2018 Winter; 17 (Suppl): 101–109.
 - Singla SL, Bishnoi PK, Kadian YS, Pawanjit, Jindal O. Evaluation of the role of antibiotics in the surgical management of breast abscess. *Trop Doct.* 2002 Jul; 32 (3): 165–6.
 - Storr GB. Prevention of nipple tenderness and breast engorgement in the postpartal period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1988 May-Jun; 17 (3): 203–9.
 - Svensson K, Lange S, Lönnroth I, Widström AM, Hanson LA. Induction of anti-secretory factor in human milk may prevent mastitis. *Acta Paediatr.* 2004 Sep; 93 (9): 1228–31.
 - Thomsen AC, Espersen T, Maigaard S. Course and treatment of milk stasis, noninfectious inflammation of the breast, and infectious mastitis in nursing women. *Am J Obstet Gynecol.* 1984 Jul 1; 149 (5): 492–5.
 - Wei J, Zhang J, Fu D. Negative Suction Drain Through a Mini Periareolar Incision for the Treatment of Lactational Breast Abscess Shortens Hospital Stay and Increases Breastfeeding Rates. *Breastfeed Med.* 2016 Jun; 11: 259–60.
 - Witt AM, Bolman M, Kredit S. Mothers Value and Utilize Early Outpatient Education on Breast Massage and Hand Expression in Their Self-Management of Engorgement. *Breastfeed Med.* 2016 Nov; 11: 433–439.
 - Wong BB, Chan YH, Leow MQH, Lu Y, Chong YS, Koh SSL, He HG. Application of cabbage leaves compared to gel packs for mothers with breast engorgement: Randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2017 Nov; 76: 92–99.

VII

用語の規定と解説



VII 用語の規定と解説

助産師は日常業務において、乳房を観察し、さまざまな言葉を用いてそれらを記述している。助産師間および多職種間で共通用語を用いて相談、調整、連絡できるよう、これまでに用いられている用語を規定する（共通用語の標準化は今後も進めるべきである）。以下、50音順に用語を示す。

う	
(乳房の) うっ積 breast engorgement	→参照：(乳房の) 緊満breast engorgement (乳房の病的緊満)
(乳汁の) うっ滞 milk stasis/retention	うっ滞stasisとは血液や組織液、リンパ液などが循環せずその場に滞っている状態 ¹⁾ 、放出されるべきものの体内への保留、貯留されている状態 ²⁾ 。ここでは乳汁が乳房内に滞っている状態。 関連用語： 「うっ乳」とは、乳汁が滞っている状態で、乳汁のうっ滞と同義である。「乳汁うっ滞症」という用語は、医学書において乳房の病的緊満や乳管閉塞を意味して用いられる場合がある ³⁾ 。
うっ滞性乳腺炎 stagnation/ non-infectious mastitis	乳管の閉塞や乳汁のうっ滞が長引いた場合、細菌感染には至っていないが蓄積された乳汁により乳房に炎症症状が生じた状態。通常、片側性に局所の発赤、腫脹、硬結、圧痛、熱感があり、全身的に軽度の発熱がみられることもある。うっ滞した乳汁により腺房内圧が持続的に上昇して、細胞間の密着結合の透過性が高まり、傍細胞経路を通して乳汁成分が乳腺間質に移行した結果として、乳腺組織に炎症反応が引き起こされる ⁴⁾ 。→参照：感染性乳腺炎
え	
炎症 inflammation	物理的、化学的、または生物学的作用物質によって、障害された血管および隣接する組織に起こる組織学的に明らかな細胞学的変化、細胞浸潤、ケミカルメディエーターの放出が時々刻々変化しながら絡み合った基本的な病理学的変化。これには、1.局所反応とその結果起こる形態学的変化、2.損傷を与えた物質の破壊または除去、3.修復と治癒への過程が含まれる。炎症の主徴には、発赤、熱感(温熱)、腫瘍(腫脹)、疼痛(痛み)、加えて機能喪失(抑制・喪失)がある。必ずしもすべてが観察されるとは限らない ²⁾ 。

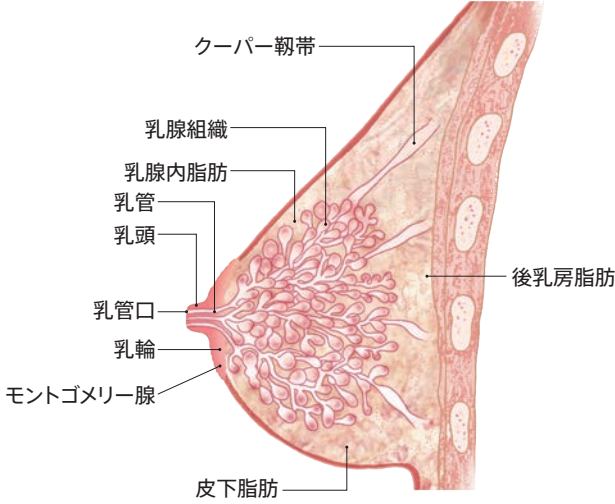
<p>炎症性乳がん inflammatory breastcancer/ inflammatory carcinoma</p>	<p>通常腫瘍を認めず、皮膚のびまん性発赤、浮腫、硬結を示す臨床的特徴を呈する病態で⁵⁾、TNM分類ではT4dであり、極めて予後不良の乳がんである。急性乳腺炎と症状が似ており、鑑別が重要になる。</p> <p>* TNM分類とは悪性腫瘍の病期分類に用いられる指標である。T = tumor (腫瘍の大きさと進展度T1 ~ T4) N=nodes (所属リンパ節への転移状況N0 ~ N3) M=metastasis (遠隔転移の有無M0 ~ M1) 以上を指標としてStageI ~IVまでの4期に分ける。</p> <p>炎症性乳がんでは多くの場合、乳房腫瘍や腋窩リンパ節の腫大を伴うが、全身的な炎症症状は伴わない。授乳期の炎症性乳がんの発生頻度はごくまれであるが、授乳期乳腺炎の治療開始後1週間を経過しても症状の改善が見られず、膿瘍の形成もない場合は、炎症性乳がんを疑う⁶⁾。</p> <p>炎症性乳がんでは、腫瘍による皮膚のリンパ管閉塞のため、乳房皮膚の1/3以上を占めるびまん性発赤・浮腫・硬結を認め、橙皮状皮膚 (peau d'orange : 乳房の皮膚がくぼんでオレンジの皮に似た外観となった状態、または豚皮様皮膚 [pig skin]) として特徴づけられる。この癌巣は浸潤性が強く、腫瘍というよりも硬結として触知される場合がある。明らかな腫瘍を振れないが、乳房はほぼ全域で硬化し、広範な浮腫と発赤、熱感、疼痛等を伴う¹⁾。</p>
か	
<p>かさぶた・痂皮 scab</p>	<p>血液、血清あるいはこれらの組み合わせたものの凝固によって形成される²⁾。</p>
<p>感染性乳腺炎 infectious mastitis</p>	<p>うっ滞性乳腺炎の症状発症から12～24時間以内に状態が改善されず¹⁾、片側性の局所の発赤、腫脹、硬結、圧痛、熱感などの症状が強く、発熱がみられ悪寒や体の痛みなどの感冒様症状がある場合には細菌感染を疑う⁸⁾。白血球数と細菌数から分類する視点もあるが⁹⁾、通常は一連の症状から判断する。</p> <p>→参照：うっ滞性乳腺炎</p>
き	
<p>亀裂 rhagades</p>	<p>線状の皮膚表皮の断裂¹⁾。</p>
<p>(乳房の) 緊満 breast engorgement</p>	<p>乳房の病的緊満ともいう。</p> <p>産生された乳汁が適切に飲みとられない (または搾乳されない) 場合、乳汁が貯留し、乳房には光沢を伴った張りがみられ、母親は痛みを感じ、乳汁の流れが阻害され、組織にさらに浮腫が起こる¹⁰⁾。腺房内に貯留した乳汁は、腺房細胞間隙から細胞間質に漏出して炎症を引き起こす可能性があり、感染につながることもある⁸⁾。近年の母乳育児研究では、充満 (fullness) を生理的なもの、緊満 (engorgement) を病的なものに分けている記載が多く、本書では「乳房の充満 (乳房の生理的緊満)」 「乳房の緊満 (乳房の病的緊満)」 という用語を用いる。engorgement は、うっ積と訳され、臨床的に乳房のうっ積と乳房の (病的) 緊満は同義に使用されていることが多い。→参照：(乳房の) 充満 (breast fullness)</p>

け	
形質細胞乳腺炎 plasma cell mastitis	→参照：乳管周囲性乳腺炎 (periductal mastitis)
血疱 blood blister	血液を含む水疱 ²⁾ 。
こ	
硬結 induration	→参照：しこり lump
咬傷 bite mark <small>こうしょう</small>	歯によって残された跡を歯痕というが、歯牙によって生じた皮膚の創傷をいう ¹⁾ 。 噛み傷痕の組織が部分的に白化することがある。
さ	
擦過傷 abrasion	擦り傷または皮膚や粘膜の限局性表皮剥離 ²⁾ 。
し	
しこり lump	<p>皮膚の上から触知する腫瘤状のもの。リンパ節、乳腺、<small>しゅくしゅ</small>粥腫、筋硬結などの組織、脂肪腫、乳がんなどがある¹⁾。</p> <p>しこりには、硬結 (induration：軟組織が、骨ほどではないが極度に硬くなった状態¹⁾)、腫瘤 (tumor：生体内にできた腫れものをいう。膿瘍も炎症や増殖性疾患で肥厚・肥大した組織も、真の腫瘍〔新生物〕も、病変の本質が明らかでない腫れものは、すべて一般に腫瘤と呼ぶ¹⁾) が含まれる。</p> <p>支援上の留意点：実際の支援現場で多くの母親が乳房の「しこり」として表現するものの中には、乳汁のうっ滞による乳房の硬さから、悪性新生物を含むさまざまな範囲の「触知される硬結や腫瘤」が含まれる。助産師は問診 (主訴、経過など)、視診、触診等をもとに「しこり」の本体を注意深く識別することが必要である。</p> <p>支援の経過中に直接授乳や搾乳によっても変化が見られず判別不能な「しこり」については、乳腺外科等への照会を含めて医師との連携も検討する。</p>
(乳房の) 充満 breast fullness	<p>乳房の生理的緊満ともいう。産後の乳汁産成 (lactogenesis) II 期が開始される産後 36～96 時間に自然な経過の一部として生じる乳房の充満感を伴う張りであり、プロラクチン機能が発現し乳房への血液とリンパ液が増加することに加え¹⁰⁾、母乳量の増加と細胞間の組織にわずかに浮腫が起こることによる。充満した乳房は大きくなり温かく感じ、ときには不快を感じることもあるが母乳は正常に分泌される⁸⁾。</p> <p>→参照：(乳房の) 緊満 (breast engorgement)</p>
腫脹 swelling tumor	<p>組織の容積が局所性に増大する現象をいう。血管拡張による血流増加、組織間液の増量によって生じる。炎症の古典的四大主徴である発赤、腫脹、灼熱、疼痛の一つ。滲出物が腫脹の重要な原因とされている¹⁾。</p> <p>関連用語：炎症性水腫 (浮腫) (inflammatory edema)：炎症中心周囲の軟部における滲出液による腫脹²⁾。</p>

授乳期腺腫 lactating adenoma	乳腺の良性上皮性腫瘍である腺腫の中の一つで、妊娠・授乳期に発生し、境界明瞭な限局型充実性腫瘤を形成する。断面は黄褐色で分葉構造を示す。間質はきわめて少なく、分泌性変化を示す肺胞構造に似た管状腺房状構造によりなる。比較的まれな病変である ¹⁾ 。
授乳姿勢	→参照：授乳方法【ポジショニング】 positioning
授乳方法	
【ポジショニング】 positioning	授乳姿勢、抱き方。児が乳房にうまく吸着できるようにする母親の児の抱き方のこと。ポジショニングには決まった形というのではない。ただし、効果的な吸着のための抱き方の要点として、児の耳・肩・臀部が一直線になる、児が母親の体に引き寄せられて密着している、児の肩と体全体が支えられている、児が乳房に近づくときに鼻と乳頭が向き合っている、というポイントがある ¹¹⁾ 。母親がリラックスしていることが大切である。→参照：【ラッチ】
【ラッチ】 Latch	乳房への吸着・含ませ方・ふくみ方・くわえさせ方・くわえ方。ラッチのほかアタッチメント (attachment) ともいう。児が乳房を口の中に含み吸いついていることをいう。児は大きな口を開けてできるだけ大きく乳房を口の中に含み、下顎は乳房に触れていて、下唇が外向きに開き、児の上唇部分の乳輪が下の部分の乳輪より、より大きくくわえて、乳房をとらえていることが効果的なラッチといわれている ¹²⁾ 。 →参照：【ポジショニング】
腫瘍 tumor	→参照：しこり lump
す	
水疱 blister	表皮下または表皮内に液体がたまった小胞。内容は血清、血液(血疱)、フィブリン、細胞成分などである ¹⁾ 。
せ	
線維線腫 fibroadenoma	乳腺内に発生する結合織性および上皮性の良性混合腫瘍。境界明瞭な限局型充実性腫瘤を形成する。乳腺症、乳がんと並んで最もよく際する乳腺疾患の一つである。好発年齢は10歳代後半、20歳代で、乳腺症、乳がんより若年に位置する。30歳代以上になると間質に粗大な石灰化を伴うことがあり、画像診断上特徴的である。葉状腫瘍との鑑別が難しいこともある。ごくまれに線維線腫の中にがんが発生することがある ¹⁾ 。
た	
たこ	→参照： ^{べんち} 胼胝 callus
ち	
乳離れ weaning	乳児が自然に母乳を飲まなくなる状況。「卒乳」や「断乳」などともいわれるが、明確な定義が行われていないため、本書においては授乳の終了をさすことの総称として用いる。

	<p>参考：weaningには離乳の意味もあるが、成長に伴い、母乳または育児用ミルク等の乳汁だけでは不足してくるエネルギーや栄養素を補完するために、乳汁から幼児食に移行する過程をいい、離乳の完了は母乳または育児用ミルクを飲んでいない状態を意味するものではない¹³⁾。</p>
と	
<p>トキシックショック症候群 toxic shock syndrome (TSS)</p>	<p>毒素産生黄色ブドウ球菌およびA群溶連菌から産出される外毒素によって、呼吸数の増加、発熱、血圧低下が起こり、急速に進行する腎不全、多臓器不全を示す。乳腺炎に起因して発症した報告があり、短期間で重症化するので乳腺炎の治療経過をフォローすることが大切である¹⁴⁾。時として死に至ることもあり、発症すると母親はICUで集中治療を受ける。</p>
に	
<p>肉芽腫性乳腺炎 granulomatous mastitis</p>	<p>乳腺組織のまれな肉芽腫性炎症で、多核巨細胞浸潤を伴う。サルコイドーシスとは白血球浸潤および他臓器への浸潤から鑑別される²⁾。出産・授乳後2～3年(17～42歳)に好発し、硬い腫瘤を触知し、発赤・圧痛・熱感を伴うこともある。同時に複数個所に発症したり、再発を繰り返したりする慢性の炎症性疾患であり、自然治癒するものからステロイドや抗菌薬が必要なもの、難治性のものまでさまざまである¹⁵⁾。</p>
<p>乳管拡張症 mammary duct ectasia</p>	<p>乳管拡張がみられ、乳管周囲の組織に炎症が生じており、乳腺の炎症性病変の一つである。異常乳頭分泌、乳頭陥没、疼痛、瘻孔形成、腫瘤、日周期性の乳腺痛、皮膚の炎症症状、膿瘍などの症状を呈する¹⁶⁾。乳腺炎との鑑別が必要な疾患である。高年者に著明であり、年齢範囲は平均43.2～58.4歳で50歳代に報告が多い。組織像は、分泌物のうっ滞による乳管の拡張像であり、乳管内は細胞のdebris沈殿物や脂質を含んだ液で満たされている。乳管内の脂質の刺激による炎症が起こると乳管周囲にリンパ球浸潤が起こり、線維化で肥厚した乳管が見られるようになる。乳管上皮は萎縮していることが多い。病変が進み乳管の一部が破壊されると、乳管周囲組織に強い炎症が及び、乳管周囲性乳腺炎の像を呈する。ときに形質細胞の浸潤が著明となると形質細胞乳腺炎と呼ばれる像を示す¹⁷⁾。</p>
<p>乳管周囲性乳腺炎 periductal mastitis</p>	<p>→同義語：形質細胞乳腺炎 plasma cell mastitis 乳管周囲に種々の炎症細胞浸潤を伴う慢性の乳腺炎。細菌感染でない原因により、乳管の狭窄、閉塞、分泌物のうっ滞が出現し、炎症が乳管壁を超えて周囲組織に及ぶ。乳管腔の拡張、上皮の剥脱、分泌物の貯留を認める。乳頭の近くに硬結が生じ、炎症症状は軽く、血性または漿液性の乳頭分泌物をみる¹⁾。</p>
<p>乳管閉塞 plugged ducts / blocked ducts</p>	<p>乳房のある部位の乳管がつまって乳管が閉塞し乳汁の流れが滞った状態。うっ滞、母乳の詰まり、母乳や壊死細胞がたまったことが原因と考えられていて、時に、乳管口に白い点が出て開口部を閉塞させているものもみられる¹⁸⁾。</p>
<p>乳汁嚢胞 galactoceles</p>	<p>主に授乳期乳腺にみられる良性限局型嚢胞性腫瘤で、チーズ様に濃縮変性した乳汁を貯留する。分泌乳管の部分的閉塞によって引き起こされる(乳管の閉塞による停滞嚢胞)¹⁾。→同義語：乳瘤</p>

乳汁分泌の生理	
【乳汁生成 I 期】 Lactogenesis Stage I	乳汁生成は、妊娠中からいくつかの段階を経て行われる。乳汁生成 I 期は妊娠中期から産後2日目までの乳汁生成の段階である。プロラクチンが乳腺上皮細胞を刺激して乳汁を生成する。乳糖や α ラクトアルブミンが増加する ¹⁹⁾ 。
【乳汁生成 II 期】 Lactogenesis Stage II	産後3日から8日の乳汁生成の段階である。母親のプロゲステロンの急激な減少により引き起こされ、大量の乳汁分泌が開始される。乳房が充満し、温かみを持つ。内分泌調節から局所調節に切り替わる ¹⁹⁾ 。
【乳汁生成 III 期】 Lactogenesis Stage III	産後9日目から乳房退縮期までをいう。乳汁の産生量は乳児の乳房から飲む量(需要)によって産生される(供給)というオートクリンコントロールとなる ¹⁹⁾ 。
乳腺症 mastopathy	乳癌取り扱い規約第18版では、「いわゆる乳腺症」と分類され、30～40歳代の女性に多く見られる乳腺の良性変化で、疾患ではない。線維化とともに乳管が増殖した状態(硬化性腺症)、乳管内に良性の上皮細胞が多層化して増殖した状態(乳管過形成)、ほかに嚢胞、アポクリン化生(乳管上皮がアポクリン汗腺相当の細胞に変化する)、間質の線維症など、病態は多岐にわたる。異型過形成を伴わなければ、がんの発生のリスクは乏しい ²⁰⁾ 。
乳頭上の白斑 white spot on the nipple	<p>乳頭上の乳管口部分が白いほぼ円形の点、またはその周辺の表皮が不定形な白色部分として見えるものをさし、痛みと乳管の閉塞を伴うことが多い。チーズ様の凝乳、石灰化した成分、脂肪成分などが乳管に詰まっている場合や、皮膚硬結(肥厚)、すなわち通称〈たこ〉、胼胝が形成されている場合などがある。脱落すべき角質層が付着して白く見える場合は、乳管の閉塞と痛みを伴わないことも多い。</p> <p>委員会注：</p> <p>「白斑leukoderm」は医学用語としては、皮膚または粘膜の脱色素局面、メラノサイトが消失しているか、メラノソームが減少または縮小していることをいう²⁾が、「色素脱失または局所性貧血で生じた白色の斑」²¹⁾とも定義されている。この定義に基づくと、従来から助産師が使用してきた「乳頭の白色または白色化した部分」を意味する白斑は、定義上誤りではない。ゆえに、現在でも助産師業務で多用されている、乳頭上にみられる白点または限局性の白色部分のことを、本書においても白斑として「乳頭上の白斑」を暫定的に規定している。しかしながら、乳頭上に白く見えるものはすべて白斑として一括するのではなく、可能な限り識別して記述することが必要である。</p> <p>〈「乳頭上の白斑」から除外することから〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 皮脂嚢胞：皮脂嚢胞の場合にも、乳頭の側面等に白い点または部分として観察されるが、乳汁のうっ滞は生じない。 ・ 咬傷 ・ 血管の攣縮<small>れんしゆく</small>、乳頭の虚血 ・ 乳頭のレイノー現象

<p>乳頭痛 nipple pain</p>	<p>母親が主観的に体験する乳頭の痛み。痛みの原因は、不適切な吸着や児の飲み方、搾乳による乳頭のダメージによるもの、湿疹や母体の疾患に起因した皮膚科的な要因、感染、血管攣縮、乳管閉塞、乳汁分泌過多、paget病が挙げられている²⁶⁾。乳頭痛は、授乳がうまくできない、母乳分泌が心配であることに次いで、母親が母乳育児をやめてしまう主な原因として挙げられている²²⁾。また、痛みの体験は、産後のうつとの関係も指摘されている²³⁾。</p>
<p>乳房の解剖 【乳房】 breast</p>	<p>乳腺組織、脂肪組織が神経・血管・リンパ管・クーパー靭帯などからなる、結合組織によって支えられ表面が皮膚で覆われている、大胸筋の上側に存在する。</p>  <p>乳房の断面図²⁴⁾</p>
<p>【乳輪】 areola</p>	<p>乳頭の周囲にある色素の豊富な部位。大きさは個人差が大きい。アポクリン腺の一種であるモントゴメリー腺があり、皮脂が分泌されている。</p>
<p>【乳頭】 nipple</p>	<p>乳房の中央あたりに突出し、乳管口がある。大部分は平滑筋でできていて、乳管を閉じるメカニズムをもっている。知覚神経、交感神経の刺激により勃起する²⁴⁾。</p>
<p>【乳管】 duct</p>	<p>乳管は細乳管から主乳管となり乳頭に開口し、乳腺房で分泌された乳汁の分泌と、その乳汁を乳頭まで輸送するための管である。主乳管は直径2mm程度で、乳輪下の乳管には、射乳反射に一致して58%程度拡張する伸縮性に富んだ部位がある。かつてはこの部分を乳管洞と表現したが、現在では解剖学的な構造ではないことが分かっている²⁵⁾。</p>
<p>【乳腺(組織)】 mammary tissue</p>	<p>乳管と小葉からなる組織。小葉は乳腺房が10～100個ほど集まったもので、さらに小葉が20～40個集まったものが乳腺葉である。</p>
<p>【乳腺房】 mammary gland</p>	<p>乳腺上皮細胞と筋上皮細胞の2重構造をもつ。乳腺上皮細胞ではプロラクチンに刺激されて乳腺腔に乳汁が分泌される。分泌された乳汁は児の吸啜によってオキシトシンが分泌され筋上皮細胞が刺激されて収縮し乳管に分泌される。</p>



【乳管口/乳管開口部】	乳頭まで到達した乳管の開口部で、乳汁が排出される部位である。乳管口は5～10個といわれている。
【副乳】 accessory breast/ accessory mamma	女性では胎生5週ころからミルクラインが発達しはじめ、6週目以降出生にかけて、乳腺組織が発達する ¹⁰⁾ 。一部の女性ではその残存組織がミルクラインに沿って存在し、特に腋窩や上腕内側で発達する。これを副乳という。副乳は、ホルモンの影響を受けるため、月経周期による変化、授乳期には乳汁分泌や腫脹がみられることもある。
乳瘤	→参照：乳汁嚢胞 (galactoceles)
乳輪下膿瘍 subareolar abscess	妊娠・授乳とは関係なく乳輪下あるいは乳輪傍皮下に限局性、有痛性の発赤、硬結が生じて、やがて波動を呈するようになる。膿瘍の自壊あるいは切開により、いったん治癒したかのように見えるが、皮膚に瘻孔を形成し、長期にわたり炎症を繰り返す、治癒に難渋することが多い。20～30歳代の女性の罹患が多く、陥没乳頭のある例に多く発生する ¹⁾ 。
妊娠関連乳がん PABC：pregnancy associated breast cancer	妊娠関連乳がんとは、妊娠中あるいは、出産後1年以内、または授乳中に診断された乳がんとして定義される ¹⁾ 。妊娠関連乳がんに共通してみられる特徴として、腫瘍径が大きいこと、進行した病期であること、リンパ節転移が高度であること、ホルモン受容体陰性の割合が高いことが知られ、妊娠関連乳がんの予後は悪いといわれてきたが、妊娠期乳がんの予後は、妊娠と関連のない乳がんと同様で、授乳期乳がんは予後不良といわれている ⁵⁾ 。 支援上の留意点：授乳経験に関する乳がんの発症リスクについては、授乳経験があり、授乳期間が長いほど乳がんの発症リスクが低くなる ⁵⁾ 。 妊娠関連乳がんの診断は極端に遅れることが多々あり、これが予後不良の一因となっている。妊娠、授乳中の女性に対しては産婦人科医や助産師との連携を深めて、乳房の変化を観察することの重要性を教育、啓発し、できるだけ早い段階で乳がんを診断できるように努める必要がある ⁵⁾ 。
の	
膿瘍 abscess	膿状の滲出物の限局性集積で、しばしば腫脹や他の炎症徴候を伴う ²⁾ 。化膿した結果、化膿性分泌物の蓄積が限局的に生じた場合、またはその病変。好中球などの変性崩壊に由来した蛋白分解酵素により中心部組織が融解し腔を形成して、そこに化膿性分泌物が蓄積される。膿瘍の周辺部には、崩壊に至る前の好中球や浸潤層ができる。膿の排出や内容物の分解がされないと、周囲の境界部分に血管に富む結合織(膿瘍膜)が生じ、膿瘍が被包化する ¹⁾ 。
は	
白斑	→参照：乳頭上の白斑

ひ	
皮脂嚢胞(嚢腫) sebaceous cyst / pilar cyst	皮膚や頭皮にみられる嚢胞で、皮脂とケラチンを含み、毛包の外毛根鞘由来の淡染する重層上皮細胞で覆われる ²⁾ 。
びらん erosion	皮膚、粘膜における上皮ならびにその下層の結合組織の局所的な浅い組織欠損で、粘膜の場合は欠損が粘膜筋板までにとどまるもの。組織欠損がそれ以上深部におよぶものは潰瘍という ¹⁾ 。 関連用語： カンジダ症 (Candidiasis) Candidiasis属、特に鵝口瘡カンジダ (C.albicans) によって起こる感染あるいは疾患 ²⁾ 。正常な人の皮膚や消化器にも分布するが宿主の感染防御機能低下に伴い内因性感染を起こす。表在型は皮膚や粘膜に病変を起こす ¹⁾ 。 口腔カンジダ症：鵝口瘡 (thrush) ともいう。口腔粘膜あるいは舌に偽膜や白苔が付着し、炎症性の紅潮をとまなう。味覚の消失や灼熱感を伴い、偽膜をはがすとびらん局面を形成し、疼痛をきたす。新生児や虚弱児に多い ²¹⁾ 。乳頭がカンジダ症にり患した場合、乳頭は赤く光沢があり、ただれているようになるか、単にピンク色をしている場合もある。乳輪は不規則に光沢を帯びていることもある。自覚症状として、何日間にもわたる授乳と授乳の間の焼けるような痛み、かゆみ、乳頭が針で刺されるような痛みを訴えることもある ¹⁰⁾
ふ	
不快性射乳反射 dysphoric milk ejection reflex (D-MER)	母乳育児中の母親の射乳反射の30～90秒前に、胃の不快感、不安、悲しみ、恐怖、気分の落ち込み、緊張、感情的な動揺、いらいら、絶望感、否定的な感情が現れ、射乳反射のたびに繰り返される不快症状。個人の成育歴や分娩の体験などは影響しない。ドーパミンが介在していることはわかっているが、症状が出る母親とそうでない母親がいる理由はわかっていない ²⁷⁾ 。
(乳房の) 浮腫 breast edema	乳頭乳輪体を含む乳房に生じた浮腫をいう。浮腫とは液状成分が間質の結合織内や体腔内に過剰に蓄積した状態。多くの場合、液の95%以上が水分で、他に細胞成分やタンパクを含む。狭義には結合織内への体液貯留を水腫、皮下組織への貯留を浮腫という ¹⁰⁾ 。
へ	
(乳房) ページェット 病(バジェット病とも いう) extramammy paget disease	乳房、腋窩、会陰部、肛門周囲などに発生する上皮内がんで進行するとページェットがんになる。通常、乳房ページェット病と乳房外ページェット病とに分けられ、一般に赤色調(淡紅褐色～鮮紅色)の斑状病変として認められる ²⁸⁾ 。 (乳房) ページェット病は、乳頭あるいは周囲の表皮内に腺がん成分を認める腫瘍で乳腺の実質にがんを認める場合も多い ²⁹⁾ 。乳頭痛の原因でもある ²⁶⁾ 。
べんち 胼胝 callus	通称<たこ> 繰り返される摩擦あるいは間欠的な圧力による上皮角質層の限局性肥厚 ²⁰⁾ 。

ほ	
ほうかきえん 蜂窩織炎 cellulitis/phlegmon	蜂巣炎、蜂巣織炎などともいう。皮膚、皮下組織の急性感染症で、さまざまな原因菌があるが、連鎖球菌、黄色ブドウ球菌が多い。皮下や筋肉など周辺に炎症が拡大する、膿や壊疽を起こすことがある ²⁾ 。乳腺炎に合併して乳房の皮膚にも起こることがある。感染が起きた皮膚は熱感、発赤、強い疼痛を伴い、発熱や悪寒、頭痛などの全身症状を合併する。
哺乳ストライキ nursing strike	生後3、4カ月から7カ月ごろにもっともよくみられ、突然数日から1週間程度、直接授乳をいやがったり、授乳回数が減ったりする乳児の行動をさす。まれに3～4週間続くことがあるが、その後また通常の授乳習慣に戻る ³⁰⁾ 。
よ	
葉状腫瘍 cystosarcoma phyllodes	間隙状の腺管と、それを取り囲む線維成分の強い増殖からなる乳腺の混合腫瘍。線維線腫と類似するが、線維成分の増殖がより強い。徐々に増殖するものでは、巨大な腫瘤を形成する。良性、境界領域、悪性に分類される ¹⁾ 。
れ	
レイノー現象 Raynaud's phenomenon	寒冷や激しい感情の動きによって指動脈、細動脈がれん縮して間欠的に虚血となり、手指の白色化、しびれ、疼痛がおこる ²⁾ 。乳頭においてもこの現象が観察され、乳頭の青白い変色と、疼痛がみられる。 関連用語： (血管) れん縮 (vasospasm)；短時間で血管径の回復を見る一過性の血管収縮 ¹⁾ 。 関連用語： 虚血 (ischemia)；血管の器質的障害、主に動脈の狭窄または中断による血液供給の欠乏 ²⁾ 。組織、臓器への動脈血を運搬する動脈が狭窄あるいは閉塞することにより、組織・臓器への動脈血供給が減少あるいは途絶した病的状態をいう ¹⁾ 。

【文 献】

- 1) 伊藤正男, 井村裕夫, 高久史磨総編 (2009). 医学書院医学大辞典. 第2版, 医学書院.
- 2) ステッドマン医学大辞典編集委員会編 (2008). ステッドマン医学大辞典. 第6版. メジカルビュー社.
- 3) 丸尾猛, 岡井崇編 (2004). 標準産科婦人科学. 第3版, 医学書院. p.539.
- 4) Fetherston C, Lee CS, Hartman P (2001). Mammary gland defense. *Adv Nutr Res* 10. pp.171-173.
- 5) 日本乳癌学会 (2018). 乳癌診療ガイドライン疫学・診断編 2018年版 BQ19 妊娠期・授乳期の乳癌は予後が不良か?. pp.131-133.
- 6) 落合慈之監修, 角田肇ら編 (2011). 婦人科・乳腺外科疾患ビジュアルブック. 学研メディカル秀潤社. p.324.
- 7) Amir LH & Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee (2014). ABM clinical protocol #4: Mastitis, revised March 2014. *Breastfeed Med* 9(5). pp.239-243. http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/2014_Updated_Mastitis6.30.14.pdf [アクセス2020. 1. 8]
- 8) Mannel R, Martens PJ, Walker M (2013). Core curriculum for lactation consultant practice. 3rd ed, Jones & Bartlett. pp.747-772.10.
- 9) Thomsen AC, Espersen T, Maiggard S (1984). Course and treatment of milkstasis, noninfectious inflammation of the breast, and infectious mastitis in nursing women. *Am J Obstet Gynecol*.
- 10) Lauwers J, Swisher A (2016). Counseling the nursing mother: a lactation consultant's guide. 6th ed. Jones & Bartlett Learning. p.389.
- 11) UNICEF/WHO(2009)/BFHI2009 翻訳編集委員会 (2009). UNICEF/WHO 赤ちゃんとお母さんにやさしい母乳育児支援ガイド. ベーシック・コース. 「母乳育児成功のための10カ条」の実践. 医学書院. pp.144-145.
- 12) 前掲書11. p.166.
- 13) 厚生労働省 (2019). 授乳離乳の支援ガイド. <https://www.mhlw.go.jp/content/000497123.pdf> [アクセス2020.1.8]
- 14) 藤原葉一郎ら (2001). 乳腺炎が原因と考えられたMRSAによるToxic Shock Syndrome(TSS)の1例. *感染症学雑誌*. 日本感染症学会. p.75 (10).
- 15) 何森亜由美, 森谷卓也編 (2018). 一冊でわかる乳腺疾患. 文光堂. pp.188-189.
- 16) 前掲書15. pp.202-203.
- 17) 泉雄勝, 妹尾亘明編 (1993). 乳腺疾患. 第2版. 金原出版. pp.247-249.
- 18) Wambach K, Riordan J (2016). Breastfeeding and human lactation 5th ed. Jones &

- Bartlett. p.321.
- 19) 前掲書 18. pp.86-95.
 - 20) 前掲書 15. pp.40-41.
 - 21) 清水宏 (2005). あたらしい皮膚科学. 中山書店. p.51.
 - 22) Li R, Fein S B, Chen J, et al. (2008). Why mothers stop breastfeeding: Mothers' self-reported reasons for stopping during the first year. *Pediatrics*. 122(2). pp.69-76.
 - 23) Watkins S, Meltzer-Brody S, Zolnoun D, et al. (2011). Early Breastfeeding experiences and postpartum depression. *Obstetrics & Gynecology*. 118(2). 1. pp.214-221.
 - 24) NPO 法人日本ラクテーション・コンサルタント協会 (2007). 母乳育児スタンダード. 第2版. 医学書院.
 - 25) Ramsay D T, Kent J C, Hartmann R A, Hartmann P E.(2005). Anatomy of the lactating human breast redefined with ultrasound imaging. *J Anatomy*. 206(6). pp.525-534.
 - 26) Berens P, Eglash A, Malloy M, et al. (2016). ABM Clinical Protocol #26. Persistent pain with breastfeeding. *Breastfeeding Medicine*. 11(2)
 - 27) D-Mer.org <https://d-mer.org/> [アクセス 2020.3.9]
 - 28) 日本形成外科学会 http://www.jsprs.or.jp/member/disease/malignancy/malignancy_04.html [アクセス 2020.3.9]
 - 29) 前掲書 15. p.24.
 - 30) 前掲書 10. p.543.

VIII





付記資料

母乳外来カルテ（1号用紙）原本
感染性乳腺炎の経過記録帳（2号用紙）原本
乳腺炎重症化予防ケア・指導経過記録用紙
乳腺炎重症化予防ケア・指導経過記録用紙の使い方
紹介・診療情報提供書（紹介状）原本
感染予防マニュアル（例）
妊産婦のための食事バランスガイド

母乳外来カルテ (1号用紙) 原本

ふりがな 名前: _____ 歳	生年月日 _____年 _____月 _____日	職業(復職の予定)												
住所: _____ (自宅・実家)	連絡先 ① 携帯 ② 自宅 ③ 実家													
<相談内容をお書きください>														
◆当てはまることがあれば()に印をしてください。 () 発熱 () 痛み () しこり・腫れ () 乳首の傷・痛み () 母乳分泌不足(感) () 児の体重増加確認 () 吸着困難(吸わない) () その他 ◆自覚症状はいつからありますか。 ◆最近生活に変化はありましたか(行事・旅行など)。														
<今回のお子様のお名前> 男 ・ 女	<現在の授乳のようす> 母乳のみ: 直接 _____回/日 搾乳 _____回/日 混 合 : 母乳 _____回/日 搾乳 1回()mL × _____回 人工乳 1回()mL × _____回													
<お子様の生年月日> _____年 _____月 _____日	<生まれた時の体重> _____g	混 合 : 母乳 _____回/日 搾乳 1回()mL × _____回 人工乳 1回()mL × _____回												
<今回の分娩の様子> 正常・異常(無痛・帝王切開・吸引・鉗子) 分娩時の週数 分娩時出血量 妊娠高血圧症候群、妊娠糖尿病、不妊治療														
<既往歴> 手術歴(乳房・乳頭・豊胸術含む) 手術以外の病気 アレルギー(薬・食物・その他) 常備薬(治療薬・サプリメント) 感染症(なし・あり)	<お子様のきょうだいの様子> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width:10%;">年 齢</th> <th style="width:50%;">母乳育児の状況 (乳腺炎含む)</th> <th style="width:40%;">分娩場所</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">歳</td> <td style="text-align: center;">母 ・ 混 ・ 人工乳</td> <td style="text-align: center;">カ月</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">歳</td> <td style="text-align: center;">母 ・ 混 ・ 人工乳</td> <td style="text-align: center;">カ月</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">歳</td> <td style="text-align: center;">母 ・ 混 ・ 人工乳</td> <td style="text-align: center;">カ月</td> </tr> </tbody> </table> <家族のようす> 家族の協力状況 家族以外にサポートして下さる方		年 齢	母乳育児の状況 (乳腺炎含む)	分娩場所	歳	母 ・ 混 ・ 人工乳	カ月	歳	母 ・ 混 ・ 人工乳	カ月	歳	母 ・ 混 ・ 人工乳	カ月
年 齢	母乳育児の状況 (乳腺炎含む)	分娩場所												
歳	母 ・ 混 ・ 人工乳	カ月												
歳	母 ・ 混 ・ 人工乳	カ月												
歳	母 ・ 混 ・ 人工乳	カ月												

感染性乳腺炎の経過記録帳(2号用紙) 原本

	初診当日の状態			
	年 月 日()	年 月 日()	年 月 日()	年 月 日()
月齢	カ月	カ月	カ月	カ月
母体の状態 (発熱、感冒症状など)	S:	S:	S:	S:
乳房所見 (硬結、発赤、熱感など) ()cm×()cm	O: 	O: 	O: 	O: 
乳頭所見 (乳栓、白斑、浮腫、亀裂・損傷、痂皮、虚血など)				
乳汁所見 (色・粘稠性など)				
※ケア終了時の様子を記入				
授乳のようす 母乳・混合・人工乳 母乳: 回/日 搾乳: 1回 mL×回 人工乳: 1回 mL×回 離乳食: 回/日・未開始 授乳間隔 補足の方法、タイミング 抱き方 授乳間隔 1回の授乳時間 など	母乳・混合・人工乳 母乳: 回/日 搾乳: 1回 mL×回 人工乳: 1回 mL×回 離乳食: 回/日・未開始	母乳・混合・人工乳 母乳: 回/日 搾乳: 1回 mL×回 人工乳: 1回 mL×回 離乳食: 回/日・未開始	母乳・混合・人工乳 母乳: 回/日 搾乳: 1回 mL×回 人工乳: 1回 mL×回 離乳食: 回/日・未開始	母乳・混合・人工乳 母乳: 回/日 搾乳: 1回 mL×回 人工乳: 1回 mL×回 離乳食: 回/日・未開始
児の様子 体重、増加率 吸着のようす (深・浅・ひっぱる・かむ) おしっこ、うんち 全身状態 発達 など				
アセスメント ①乳管閉塞 ②乳汁うっ滞 ③うっ滞性乳腺炎 ④感染性乳腺炎 ⑤膿瘍形成 ⑥乳瘤 ⑦その他 ※ケア継続の必要性、時期のアセスメント ※医師による診断の必要性のアセスメント	A:	A:	A:	A:
プラン 授乳方法の見直しとセルフケア ※医師による診断、処方が ある場合その内容	P: 次回予約日 月 日	P: 次回予約日 月 日	P: 次回予約日 月 日	P: 次回予約日 月 日
担当				

乳腺炎重症化予防ケア・指導経過記録用紙

母親氏名

カルテ番号

評価月日

児の月齢

/	/	/	/

A. 重症度評価			該当する番号を記入する			
①発熱	24時間以内の発熱	0: 37.5℃未満 8: 38.5~39.4℃	4: 37.5~38.4℃ 10: 39.5℃以上			
②発赤	最も発赤が強い部位で評価	0: なし	1: ピンク	2: 赤い	3: 暗紫色	
③しこりの大きさ (cm ²)	交差する最大径 (cm) × 最大径 (cm) の面積 (cm ²)	0: しこりなし 4: 16以上36cm ² 未満 8: 64以上100cm ² 未満	2: 16cm ² 未満 6: 36以上64cm ² 未満 10: 100cm ² 以上			
④しこりの硬さ	触診により評価 (膿瘍を疑わせる波動感)	0: 普通 10: 硬さの中にブヨブヨ (波動) 感がある	2: 少し硬い	4: かなり硬い		
⑤疼痛 (母親の主観的評価)	 <p>まったく痛みがない 少し痛い かなり痛い 非常に痛い</p>					
⑥熱感	左右乳房の触診により比較	0: なし	1: あり			
⑦乳汁	患部から排出される乳汁	0: 白色 3: 膿を含む	1: 淡黄色 4: 分泌不可	2: 黄色		
重症度評価得点			0	0	0	0
B. 観察所見			該当する番号を記入する			
⑧発症部位	患部 (発赤/しこり) がある部位の番号	 右  左				
⑨乳頭所見: 右	該当する番号をすべて記入	0: なし 3: 浮腫 6: 虚血	1: 乳栓 4: 亀裂 7: 咬傷	2: 白斑 5: かさぶた 8: 擦過傷		
⑨乳頭所見: 左	該当する番号をすべて記入	0: なし 3: 浮腫 6: 虚血	1: 乳栓 4: 亀裂 7: 咬傷	2: 白斑 5: かさぶた 8: 擦過傷		
⑩栄養方法		1: 母乳 3: 人工乳が多い混合	2: 母乳が多い混合 4: 人工乳			
⑪授乳姿勢/吸着		1: 適切	2: 改善の必要			
⑫直接授乳	患側乳房からの直接授乳	1: 可 3: 児が入院中などで母子分離中	2: 不可			
⑬経過時間	発症からの受診までの時間	1: 24時間以内 3: 48~71時間以内	2: 24~47時間 4: 72時間以上			
C. 助産師が実施したケア			該当する番号を記入する			
⑭授乳指導	該当する番号をすべて記入	0: なし 2: 授乳回数/時間の調整	1: 授乳姿勢/吸着方法 3: 人工乳の補足量調整			
⑮生活調整	該当する番号をすべて記入	0: なし 3: 家事/育児	1: 生活/休息 4: 家族調整	2: 食事/水分		
⑯服薬確認		0: なし	1: あり			
⑰セルフケア指導	該当する番号をすべて記入	0: なし 2: 搾乳手技	1: うっ滞箇所の排乳 3: 冷/温罨法			
⑱直接ケア	該当する番号をすべて記入	0: なし 2: 搾乳 4: 冷/温罨法	1: うっ滞箇所の排乳 3: 乳房マッサージ 5: 背部ケア			
⑲所要時間	ケア開始から終了までの時間	1: 15分未満 4: 60分未満	2: 30分未満 5: 60分以上	3: 45分未満		
D. 医師との連携			該当する番号を記入する			
⑳医師の診断		0: なし	1: あり			
㉑医師への紹介	乳腺専門医への紹介	0: なし	1: あり			
㉒切開排膿手術	穿刺/排膿を含む	0: なし	1: あり			
E. ケアの継続			該当する番号を記入する			
㉓継続フォロー		0: 不要	1: 要			
㉔地域連携	地域資源への紹介	0: なし 2: 産後ケア施設	1: 開業助産師 3: 母親の自助グループ			
担当者氏名						


乳腺炎重症化予防ケア・指導経過記録用紙の使い方

乳腺炎重症化予防ケア・指導経過記録用紙の中には、A.重症度評価、B.観察所見、C.助産師が実施したケア、D.医師との連携、E.ケアの継続という5つの項目があります。

■ A.重症度評価の①から⑦のスコア判定にさいしては、以下の3事例の写真・症状・判定スコアをご参照のうえ評価してください。

■ B.～E.についても、もれなくご記入ください。

重症度評価事例

事例1	評価項目	症状	スコア
	①発熱	昨夜38.0°Cの発熱	4
	②発赤	薄いピンク色の発赤	1
	③しこりの大きさ	3 cm × 4cm = 12cm ²	2
	④しこりの硬さ	少し硬い	2
	⑤疼痛	少し痛い	1
	⑥熱感	あり	1
	⑦乳汁	淡黄色	1
	合計		12
事例2	評価項目	症状	スコア
	①発熱	昨夜39.0°Cの発熱	8
	②発赤	あり	2
	③しこりの大きさ	6 cm × 8 cm=48cm ²	6
	④しこりの硬さ	少し硬い	2
	⑤疼痛	かなり痛い	3
	⑥熱感	あり	1
	⑦乳汁	1本の乳口から黄色の乳汁排出	2
	合計		24
事例3	評価項目	症状	スコア
	①発熱	過去に39.5°C以上の発熱を経験しているが、24時間以内では38.6°C	8
	②発赤	赤い中に暗紫色の部分がある	3
	③しこりの大きさ	10cm × 14cm=140cm ²	10
	④しこりの硬さ	暗紫色部分はブヨブヨとしている	10
	⑤疼痛	非常に痛い	4
	⑥熱感	あり	1
	⑦乳汁	搾乳するが患部からの排乳はない	4
	合計		40

紹介・診療情報提供書

年 月 日

〒

殿

所在地

名称

電話番号

FAX番号

助産師氏名

患者

様を御紹介申し上げます。よろしく御高診の程お願い致します。

患者住所	
生年月日	年 月 日 (歳)
電話番号	

紹介目的	
病状経過	
その他	

感染予防マニュアル(例)

1. 手指衛生

- 1-1. 個々の患者のケア前後に、石鹼と流水による手洗いか、アルコール製剤による擦式消毒を行う。
- 1-2. 使い捨て手袋を着用してケアをする場合の前後も、石鹼と流水による手洗いか、アルコール製剤による擦式消毒を行う。
- 1-3. 目に見える汚れが付着している場合は必ず液体石鹼と流水による手洗いをを行うか、そうでない場合はアルコール製剤による擦式消毒でも良い。
- 1-4. 手荒れ防止に関する配慮(皮膚保護剤の良質な手荒れのおきにくい石鹼/擦式消毒使用、及び適切なスキンケアの実施)を行う。

注1：手拭タオルはペーパータオルを使用するようにする。

2. 手袋

- 2-1. 血液/体液には、直接触れないように作業する事が原則である。血液/体液に触れる可能性の高い作業を行う時には、使い捨て手袋を着用する。
- 2-2. 手袋を着用したまま、汚染した手袋でベッド・ドアノブ等に触れないよう注意する。
- 2-3. 使い捨て手袋は、処置ごとの交換が原則である。やむをえず繰り返し使用する場合には、その都度のアルコール清拭が必要である。(材質に対する影響あり。)

3. 個人防護具(PPE)

- 3-1. ケア時に濃厚な接触をする場合、血液/体液が飛散する可能性のある場合は、PPE(ガウンまたはエプロン、ゴーグル、フェイスシールド等の目の保護具、手袋、その他の防護具)を着用する。

4. リネン類

- 4-1. 共有するリネン類(シーツ・パッドなど)は熱水消毒80℃・10分間で洗濯後に再使用する。直接触れるタオル等は、個人持ちが望ましい。
- 4-2. 熱水消毒装置がない場合は、0.05～0.1% (500～1,000ppm) 次亜塩素酸ナトリウムへ30分間浸漬処理後洗濯とする。

5. 医療施設の環境整備

- 5-1. 床、テーブルなどは汚染除去を目的とした除塵清掃が重要であり、湿式清掃を行う。また日常的に消毒薬を使用する必要はない。
- 5-2. 手が頻繁に触れる部位は、1日1回以上の水拭き清拭または消毒薬(両性界面活性剤、第四級アンモニウム塩、アルコール等)による清拭消毒を実施する。

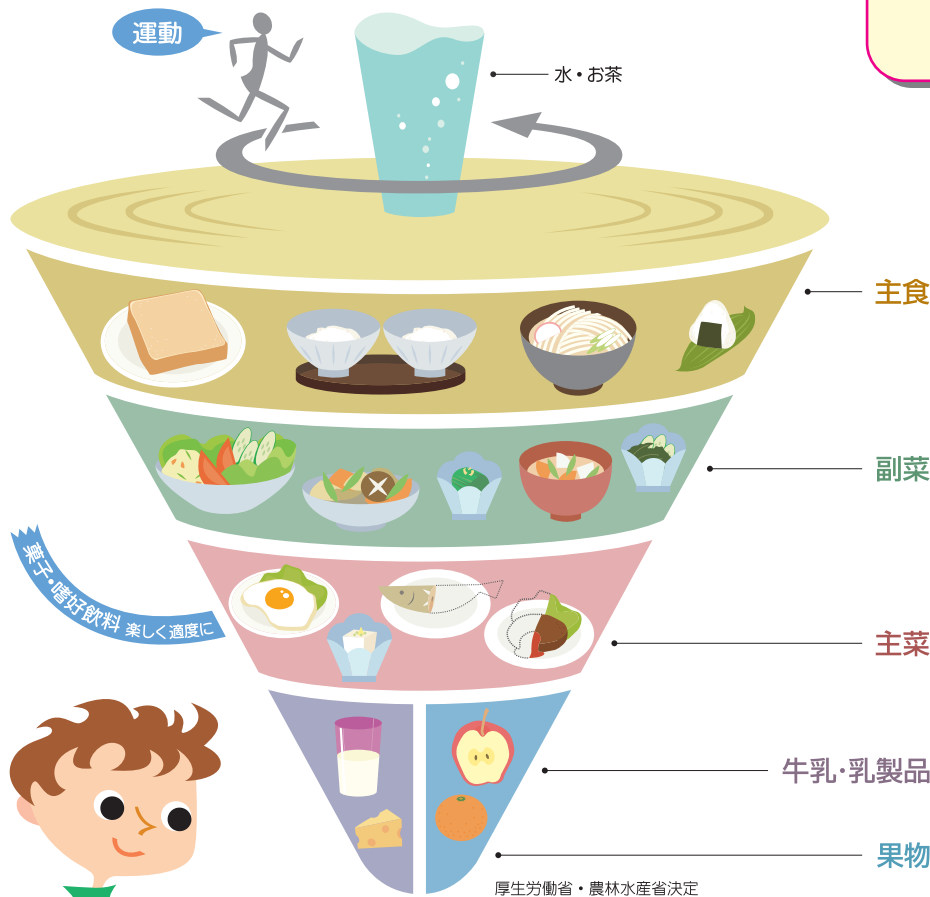
[中小病院/診療所を対象にした医療関連感染制御策指針(2014年3月改訂より抜粋)]

妊産婦のための食事バランスガイド

～あなたの食事は大丈夫？～

「食事バランスガイド」ってなあに？

「食事バランスガイド」とは、1日に「何を」「どれだけ」食べたらよいかが一目でわかる食事の目安です。「主食」「副菜」「主菜」「牛乳・乳製品」「果物」の5グループの料理や食品を組み合わせるとれるよう、コマにたとえてそれぞれの適量をイラストでわかりやすく示しています。

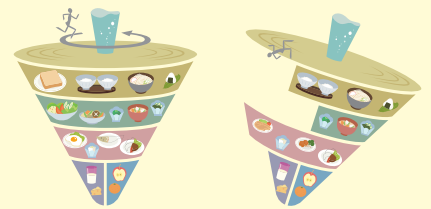


このイラストの料理例を組み合わせるとおおよそ2,200kcal。非妊娠時・妊娠初期（20～49歳女性）の身体活動レベル「ふつう（Ⅱ）」以上の1日分の適量を示しています。

厚生労働省及び農林水産省が食生活指針を具体的な行動に結びつけるものとして作成・公表した「食事バランスガイド」（2005年）に、食事摂取基準の妊娠期・授乳期の付加量を参考に一部加筆

妊娠前から、健康なからだづくりを

妊娠前にやせすぎ、肥満はありませんか。健康な子どもを生ま育てるためには、妊娠前からバランスのよい食事と適正な体重を目指しましょう。



1日分付加量

	非妊娠時	妊娠初期	妊娠中期	妊娠末期 授乳期
主食	5～7 コ(S.V)	—	—	+1
副菜	5～6 コ(S.V)	—	+1	+1
主菜	3～5 コ(S.V)	—	+1	+1
牛乳・乳製品	2 コ(S.V)	—	—	+1
果物	2 コ(S.V)	—	+1	+1

非妊娠時、妊娠初期の1日分を基本とし、妊娠中期



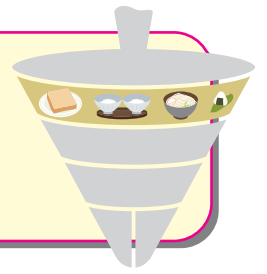
食塩・油脂については料理の中に使用されていますが、実際の食事選択の場面で表示提供されることが望まれます。

たばことお酒の害から赤ちゃんを守ろう

妊娠・授乳中の喫煙、受動喫煙、飲酒の影響を与えます。禁煙、禁酒に努め、

「主食」を中心に、エネルギーをしっかりと

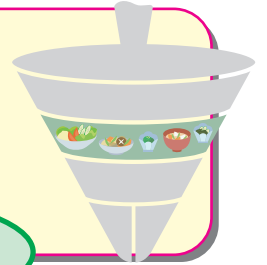
妊娠期・授乳期は、食事のバランスや活動量に気を配り、食事量を調節しましょう。また体重の変化も確認しましょう。



不足しがちなビタミン・ミネラルを、「副菜」でたっぷりと

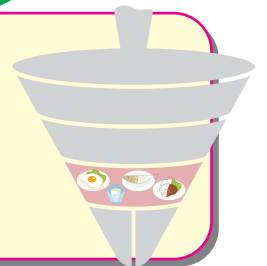
緑黄色野菜を積極的に食べて葉酸などを摂取しましょう。特に妊娠を計画していたり、妊娠初期の人には神経管閉鎖障害発症リスク低減のために、葉酸の栄養機能食品を利用することも勧められます。

副菜で十分に野菜を
+摂取しましょう!



からだづくりの基礎となる「主菜」は適量を

肉、魚、卵、大豆料理をバランスよくとりましょう。赤身の肉や魚などを上手に取り入れて、貧血を防ぎましょう。ただし、妊娠初期にはビタミンAの過剰摂取に気をつけて。



料理例

1つ分 = ごはん小盛り1杯 = おにぎり1個 = 食パン1枚 = ロールパン2個

1.5つ分 = ごはん中盛り1杯 2つ分 = うどん1杯 = もりそば1杯 = スパゲッティ

1つ分 = 野菜サラダ = きゅうりとわかめの酢の物 = 具たくさん味噌汁 = ほうれん草のお浸し = ひじきの煮物 = 煮豆 = きのこコンテ

2つ分 = 野菜の煮物 = 野菜炒め = 芋の煮っころがし

1つ分 = 冷奴 = 納豆 = 目玉焼き一皿 2つ分 = 焼き魚 = 魚の天ぷら = まぐろとイカの刺身

3つ分 = ハンバーグステーキ = 豚肉のしょうが焼き = 鶏肉のから揚げ

1つ分 = 牛乳コップ半分 = チーズ1かけ = スライスチーズ1枚 = ヨーグルト1パック 2つ分 = 牛乳瓶1本分

1つ分 = みかん1個 = りんご半分 = かき1個 = 梨半分 = ぶどう半房 = 桃1個

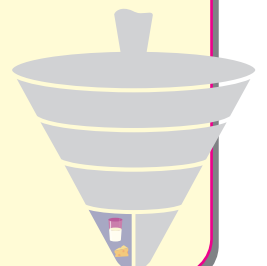
※SVとはサービング(食事の提供量の単位)の略

妊娠末期・授乳期の方はそれぞれの枠内の付加量を補うことが必要です。

表示される際には食塩相当量と脂質も合わせて情報

牛乳・乳製品などの多様な食品を組み合わせて、カルシウムを十分に

妊娠期・授乳期には、必要とされる量のカルシウムが摂取できるように、偏りのない食習慣を確立しましょう。



母乳育児も、バランスのよい食生活のなかで

母乳育児はお母さんにも赤ちゃんにも最良の方法です。バランスのよい食生活で、母乳育児を継続しましょう。



赤ちゃんを守りましょう

喫煙・飲酒は、胎児や乳児の発育、母乳分泌に悪影響を及ぼすため、周囲にも協力を求めましょう。



<食事バランスガイドの詳細>

<http://www.j-balanceguide.com/>

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyou-syokuj.html>

日本助産師会

井村真澄(日本助産師会授乳支援委員会委員長)

稲田千晴 大野芳江 金子美紀 須藤茉衣子 武市洋美
淵元純子 松山亜佐子 宮下美代子 吉田みち代

日本助産学会

大田えりか 長田知恵子 片岡弥恵子 小林紀子 田中利枝
永森久美子 三上由美子

協力

日本看護協会 瀧真弓
日本産婦人科医会 星真一
日本産科婦人科学会 水主川純 谷口千津子
日本赤十字医療センター 妊婦授乳婦薬物療法認定薬剤師 小林映子
練馬駅前内視鏡・乳腺クリニック院長 乳腺外科医 佐貫潤一
ラ・レーチェ・リーグ日本 稲葉信子

(敬称略 50音順)

乳腺炎ケアガイドライン 2020

発行日 2020年4月30日(初版)
2021年2月1日(2版 追加文章あり)

発行 株式会社日本助産師会出版

<http://www.midwifepc.co.jp/>

※本書の無断複製、転載を禁じます。