

【4】調乳および授乳の管理に関連した事例

調乳および授乳の管理は、医療や治療の側面よりも、食事や保健指導の側面で管理される場面が多い。しかしながら、母乳は体液であり、児または搾乳された母乳を取り違えた際には母乳による感染を起こす危険性や、アレルゲンを含む人工乳をアレルギーのある児に間違えて与えた場合にはアナフィラキシーショックを起こす危険性などもある。児または搾乳された母乳の取り違えや調乳間違い等は、発生する頻度は少ないが、発生した場合の影響を考えると、事故の防止に努めることは重要である。調乳および授乳は、栄養・食事管理や育児・保健指導の側面のみならず、母乳による感染防止やアレルギー管理の側面からも、その各業務工程において正確性や安全性へ配慮し、管理する必要がある。

特に、自ら言葉を発することや意思を表出することができない新生児・乳幼児への医療・看護においては、個人の確認や異常の早期発見について十分な注意が必要である。また、調乳および授乳の管理にあたっては、看護職のほか、医師、栄養士、調理師等の多職種のみならず、母親など複数人が関わることから、各工程において確認が必要である。

今回、本報告書分析対象期間（平成26年4月1日～6月30日）において、児または搾乳された母乳の取り違えや、調乳の間違いなど、調乳および授乳の管理に関連した事例が報告された。そこで、本報告書では「調乳、授乳、母乳、搾乳、人工乳、ミルク」のいずれかの用語が含まれる事例のうち、経管栄養チューブの事故抜去などチューブ管理に関する事例を除いた、児や搾乳された母乳の取り違えおよび調乳間違いの事例などについて、「調乳および授乳の管理に関連した事例」として着目し、分析を行った。なお、取り違えた搾乳や人工乳の投与経路が経管栄養チューブである事例は含まれている。

（1）発生状況

調乳および授乳の管理に関連した事例は、本事業を開始した平成16年10月から本報告書対象期間（平成26年4月1日～6月30日）において15件の報告があった。そのうち、本報告書分析対象期間に報告された事例は2件であった。15件の事例の発生年ごとの報告件数は、図表Ⅲ-2-33に示すとおりである。

図表Ⅲ-2-33 発生年ごとの報告件数

発生年	平成 16年	平成 17年	平成 18年	平成 19年	平成 20年	平成 21年	平成 22年	平成 23年	平成 24年	平成 25年	平成 26年	合計
報告件数	0	1	0	0	2	1	2	1	2	4	2	15

分析対象事例における発生場所、関連診療科、当事者職種等の発生状況は図表Ⅲ-2-34～36に示すとおりである。関連診療科としては小児科が多く、当事者職種としては看護師が多かった。また、調乳および授乳を行う場所として、発生場所は様々であった。

図表Ⅲ - 2 - 3 4 発生場所

発生場所	件数
病室	7
N I C U	4
I C U	1
その他	3
新生児室	2
調乳室	1
合計	15

図表Ⅲ - 2 - 3 5 関連診療科

関連診療科 (複数回答可)	件数
小児科	10
小児外科	1
産科・産婦人科	3
心臓血管外科	1
その他	2
周産期医療センター	1
臨床栄養部	1
不明	1
合計	18

※「関連診療科」は、報告において複数回答が可能である。

図表Ⅲ - 2 - 3 6 当事者職種

当事者職種 (複数回答可)	件数
看護師	16
助産師	2
調理師・調理従事者	3
管理栄養士	1
合計	22

※当事者は当該事象に関係したと医療機関が判断したものであり、複数回答が可能である。

また、分析対象事例における発生時間帯を集計したところ、特に報告件数が多い時間帯はなかった(図表Ⅲ - 2 - 3 7)。

図表Ⅲ - 2 - 3 7 発生時間帯

発生時間帯	件数
0 : 00 ~ 1 : 59	0
2 : 00 ~ 3 : 59	0
4 : 00 ~ 5 : 59	2
6 : 00 ~ 7 : 59	1
8 : 00 ~ 9 : 59	2
10 : 00 ~ 11 : 59	2
12 : 00 ~ 13 : 59	0
14 : 00 ~ 15 : 59	2
16 : 00 ~ 17 : 59	3
18 : 00 ~ 19 : 59	1
20 : 00 ~ 21 : 59	1
22 : 00 ~ 23 : 59	1
合計	15

また、分析対象事例における事故の程度としては、死亡または障害残存の可能性の高い事例はなかった（図表Ⅲ - 2 - 3 8）。ただし、報告された事例のなかには、H B s 抗原陽性の母の搾乳された母乳を取り違えたために、間違っ て授乳された児に予防的にグロブリンを投与した事例や感染症確認のために血液検査を実施した事例などもあった。B 型や C 型肝炎については血液感染であるが、ヒト T 細胞白血病ウイルス - 1 型（以下、H T L V - 1）、ヒト免疫不全ウイルス（H I V）、サイトメガロウイルス（C M V）など母乳感染を起こす感染症もあることなどからも、感染防止の観点においては十分な注意が必要である。

図表Ⅲ - 2 - 3 8 事故の程度

事故の程度	件数
死亡	0
障害残存の可能性が高い	0
障害残存の可能性が低い	1
障害残存の可能性なし	3
障害なし	9
不明	2
合計	15

※事故の発生及び事故の過失の有無と「事故の程度」とは、必ずしも因果関係が認められるものではない。
 ※「不明」には、報告期日（2 週間以内）までに患者の転帰が確定していないもの、特に報告を求める事例で患者に影響がなかった事例も含まれる。

（2）事例の分類と概要

調乳および授乳の管理に関連した事例 1 5 件を分類したところ、児または搾乳された母乳の取り違えに関連する事例が 1 0 件、粉ミルクの調乳間違いに関連する事例が 5 件あった（図表Ⅲ - 2 - 3 9）。

図表Ⅲ - 2 - 3 9 「調乳および授乳の管理に関連した事例」の事例の分類と概要

事例の分類と概要	件数
児または搾乳の取り違えに関連する事例	10
搾乳された母乳の取り違えによる異なる母乳の授乳	8
児の取り違えによる異なる母親からの授乳	2
調乳の間違いに関連する事例	5
アレルギー児に対する調乳間違い	3
粉ミルクの調乳間違いによる低希釈乳の授乳	2
合計	15

報告された事例においては、感染事例はないものの母親の体液である母乳が異なる母児間で授乳されていた事例や、アレルギーを含むミルクが授乳されアレルギー症状が出現した事例、調乳間違いにより低血糖を発症した事例などがあつた。

(3) 児または搾乳された母乳の取り違えに関連する事例

①児または搾乳された母乳の取り違えに関連する事例における事例の概要

児または搾乳された母乳の取り違えに関連する事例は 10 件あり、「搾乳された母乳の取り違えによる異なる母乳の授乳」が 8 件、「児の取り違えによる異なる母親からの授乳」が 2 件であった。主な事例の内容を以下に示す。

図表Ⅲ－2－40 児または搾乳された母乳の取り違えに関連する事故の内容

No.	事故の内容	背景・要因	改善策
搾乳された母乳の取り違えによる異なる母乳の授乳			
1	緊急入院した患児の母より、搾乳したいと言われ、看護師は空の哺乳瓶を母へ渡した。搾乳後、母より哺乳瓶を受けとった看護師は、哺乳瓶へ違う患児の名前を記載し、そのまま違う患児へ授乳した。緊急入院した母からの「母乳を飲みましたか？」の質問から、違う患児へ授乳したことがわかり、医師へ報告した。家族に説明し、感染症チェックのために、採血を実施した。	現場のマニュアルでは、母乳を受取った際に、その場で母と確認して、哺乳瓶に名前を付けることとなっているが、確認ができていなかった。 緊急入院で、母親へのオリエンテーションの実施前であった。 説明用紙などがなく、母親へ統一したオリエンテーションが行われていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 母乳受け取り時の確認遵守。 母へのオリエンテーション用紙を作成する。
2	担当ではなかったが、泣いていた患者 A の授乳を手伝おうと考え、B と書いてある哺乳瓶をとった。当時 G C U には同姓ベビーが二人おり、患者 A には氏名がついておりベッドネームにはフルネームが書かれていた。しかし哺乳瓶には A・B の姓で記載されていたため、A がどちらの患者かわからず、担当の看護師に確認した。担当看護師は患者を確認しないまま、B の母親が授乳に来ており、不足分を飲ませるのだと思い込み、「そうである」と返答したため、A に B の母親の母乳を飲ませた。A の母乳が残っていることに気づき、間違いが判明した。B の母親は H B s 抗原陽性であったため翌日医師が感染担当者へ連絡し、指示により母親の了解の下、予防的にグロブリンを投与した。	同姓患者がいたが明記されていなかった。 患者確認不足があった。 母乳が感染源になるという認識の低下があった。	<ul style="list-style-type: none"> 同姓患者の氏名の表記を改善する。 感染母乳の保管場所を変更し、感染教育を実施する。 看護師の業務や責任を明確にする。
児の取り違えによる異なる母親からの授乳			
3	23 時に自律授乳のベビー A が起きたため母親に授乳の連絡をした。23 時 10 分、授乳室入口のインターフォンが鳴ったため母親を迎えに行った。授乳室での手洗い後、「A さんですね」と確認すると「はい」と返答があったので、口頭のみ確認しベビーを渡した(母親と共にベビーの識別確認はしていない)。23 時 20 分、再び授乳室入口のインターフォンが鳴った。入口に行くと母親 A が来られ「A です」と名乗られた。母親 A の手洗い中に授乳室を確認すると、定時授乳の母親 B がベビー A に授乳していた事が発覚した。母親 B は乳頭保護器を使用して授乳しており、母乳分泌はなかった。	従来は、授乳室に来られた母親に名前を名乗ってもらい、次に母親のリストバンドと児のリストバンド、衣類の名札、足に書かれた名前の 3 点を照合し、読み上げながら確認する事になっている。しかし、定時授乳は 23 時 30 分であり、母親 A 以外の母親が授乳室に来るとは思っていなかった事、手洗い後に名前を呼んで相手が「はい」と答えた事から、当該母親と思い込んでしまっていた事など、担当した看護師の思い込みの中で、本来実施されるべきマニュアルを遵守した確認行為が行われていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 原因の分析を行い、原因を明確にしたうえで、患者確認誤認防止マニュアルを遵守するように事例を提示し、院内での周知を図る。 母親にも識別表示確認の重要性について説明し確認の協力を得る(説明文書を作成)。 「氏名確認」ポスターの掲示場所を常に目のつく場所へ変更する。 リストバンドや名札以外での認識方法の採用を検討する(バーコード認証など)。

No.	事故の内容	背景・要因	改善策
4	2 人の新生児が泣いていたため、2 人の助産師がそれぞれの児を抱き上げた。ベッドに戻す際に、新生児のリストバンドとベッドネームの確認を怠り、お互いが児を違うベッドに戻した。授乳時間となり、母親へ児を渡す際に、ベッドネームで確認し、ベッドごと児を渡す。母親は、ベッドに寝ている児へ授乳し、授乳後、児のリストバンドで自分の子でないことに気づき、助産師が報告を受けて、発覚した。医師に報告後、母親に状況を説明し、児の胃内の母乳の吸引・感染症の有無の確認を行った。	新生児の患者確認手順の不履行。児を抱っこしたまま、移動し、ベッドに戻す際に確認を行っていない。 助産師のリスク感性の欠如があった。 会話しながらの作業であった。	<ul style="list-style-type: none"> ・新生児室業務基準・安全管理：患者誤認防止策の徹底。 ・新生児を抱っこしたまま移動しないことの徹底。 ・リスク感性の醸成：K Y T での危険予知強化。 ・互いに指摘し合える職場環境の整備。

また、児または搾乳された母乳の取り違えが発生した背景と要因を以下に示す（図表Ⅲ - 2 - 4 1）。

これら各事例においては、各業務工程における氏名の確認漏れ、同姓患者の氏名間違い、指示票の照合漏れ、ネームバンド等の識別表示の照合漏れなどが要因と考えられた。また、これらの確認漏れと思い込みが重なり、取り違えが発生し、正しい児に正しい母親の母乳が授乳されなかったと考えられた。特に新生児期においては、氏名が決まっていない場合に、母の姓のみが記載され「〇〇の児」などと表記されることも多く、同姓患者の氏名間違いが発生しやすい可能性も考えられる。

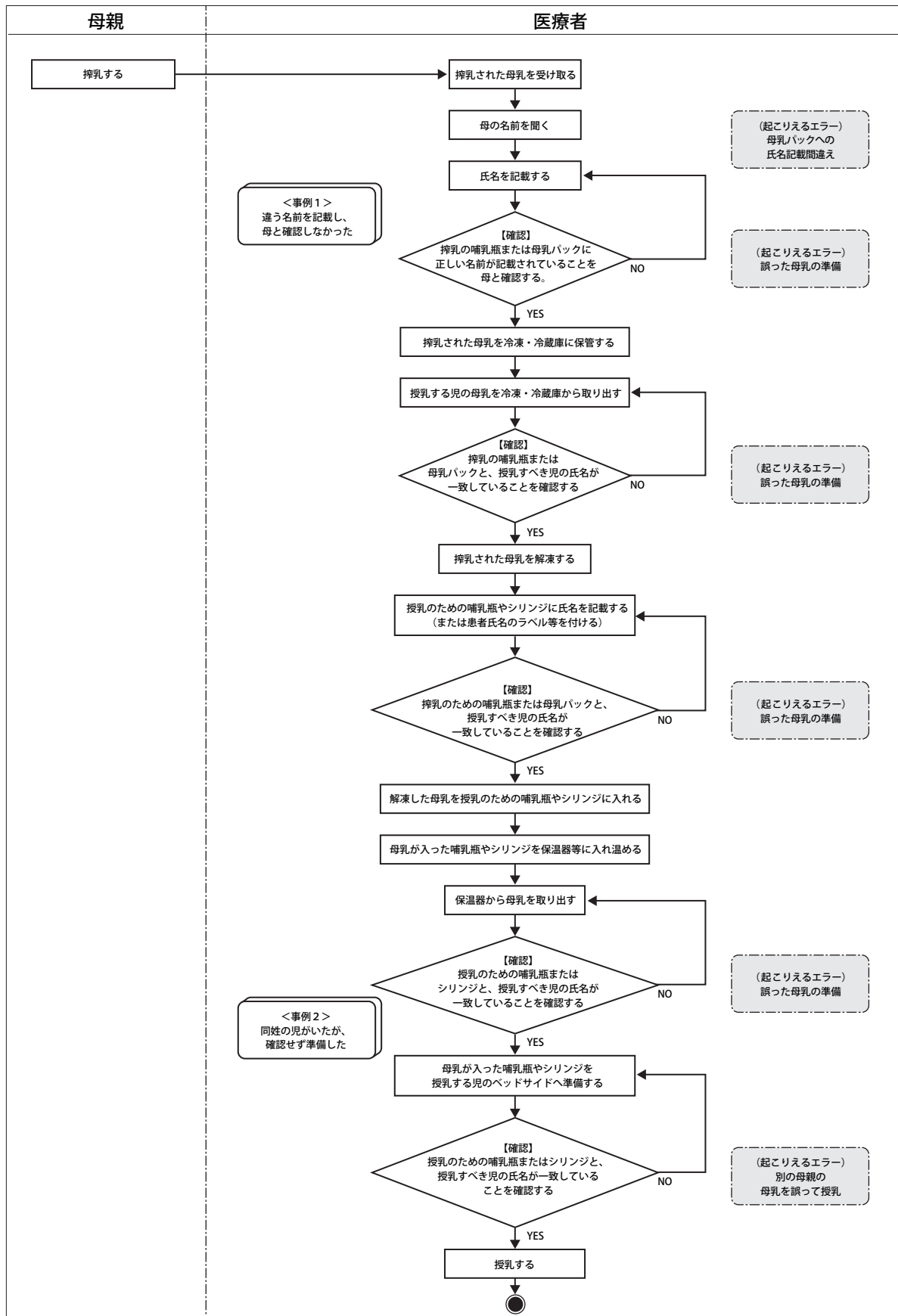
図表Ⅲ - 2 - 4 1 児または搾乳された母乳の取り違えが発生した背景と要因

搾乳された母乳の取り違えによる異なる母乳の授乳	
母から搾乳を預かった際の氏名確認漏れ	母乳を受取った際に、その場で母と確認し哺乳瓶に名前を付けることとなっているが、確認ができていなかった。
調乳時に冷凍搾乳パックを取り出す際の氏名確認漏れ	母乳パックを冷凍庫から取り出す際、氏名確認を行わなかった。
冷凍搾乳を解凍・調乳する際の氏名確認漏れ	指示票と母乳パックで氏名を確認しなかったため、思い込んだまま、他患者の氏名を記入した。
保温器から取り出し授乳する際の氏名確認漏れ	保温器から取り出す時に他児の母乳を手に取り、指示簿を読み上げたが、名前間違いに気づかなかった。
	温乳器からミルクを取り出した際に名札が偶発的に外れ、さらに残った哺乳瓶は当該児の分と思ひこみ、名札を確認せずに飲ませた。
調乳後の投与前の氏名確認漏れ	氏名を確認せず別患者の母乳が入ったシリンジを手を持ち、投与する際も確認せずに投与した。
投与時の同姓患者の氏名間違い	投与前にダブルチェックしたが、同姓患者がいる認識が薄く、記載されている患者の氏名が小さく、読みにくかった。
	哺乳瓶には同姓患者のフルネームが書かれておらず、患者を確認しないまま、思い込み、A に B の母親の母乳を飲ませた。同姓患者の明記や患者確認が不足していた。
児の取り違えによる異なる母親からの授乳	
児のネームバンドとベッドネームの確認漏れ	児をベッドに戻す際にリストバンドとベッドネームの確認を怠り、児を違うベッドに戻した。母親へ児を渡す際にはベッドネームで確認してベッドごと児を渡し、母親はベッドに寝ている児へ授乳した。
母と児のネームバンドの照合漏れ	口頭のみで確認し A 児を渡し (母親と共にベビーの識別確認はしていない)、患者 B が A 児に授乳した。名前を呼んで相手が「はい」と答えた事から、当該母親と思い込んでしまっていた事など、思い込みの中で、本来実施されるべきマニュアルを遵守した確認行為が行われていなかった。

②児または搾乳された母乳の取り違えにおける業務工程と事例の発生場面

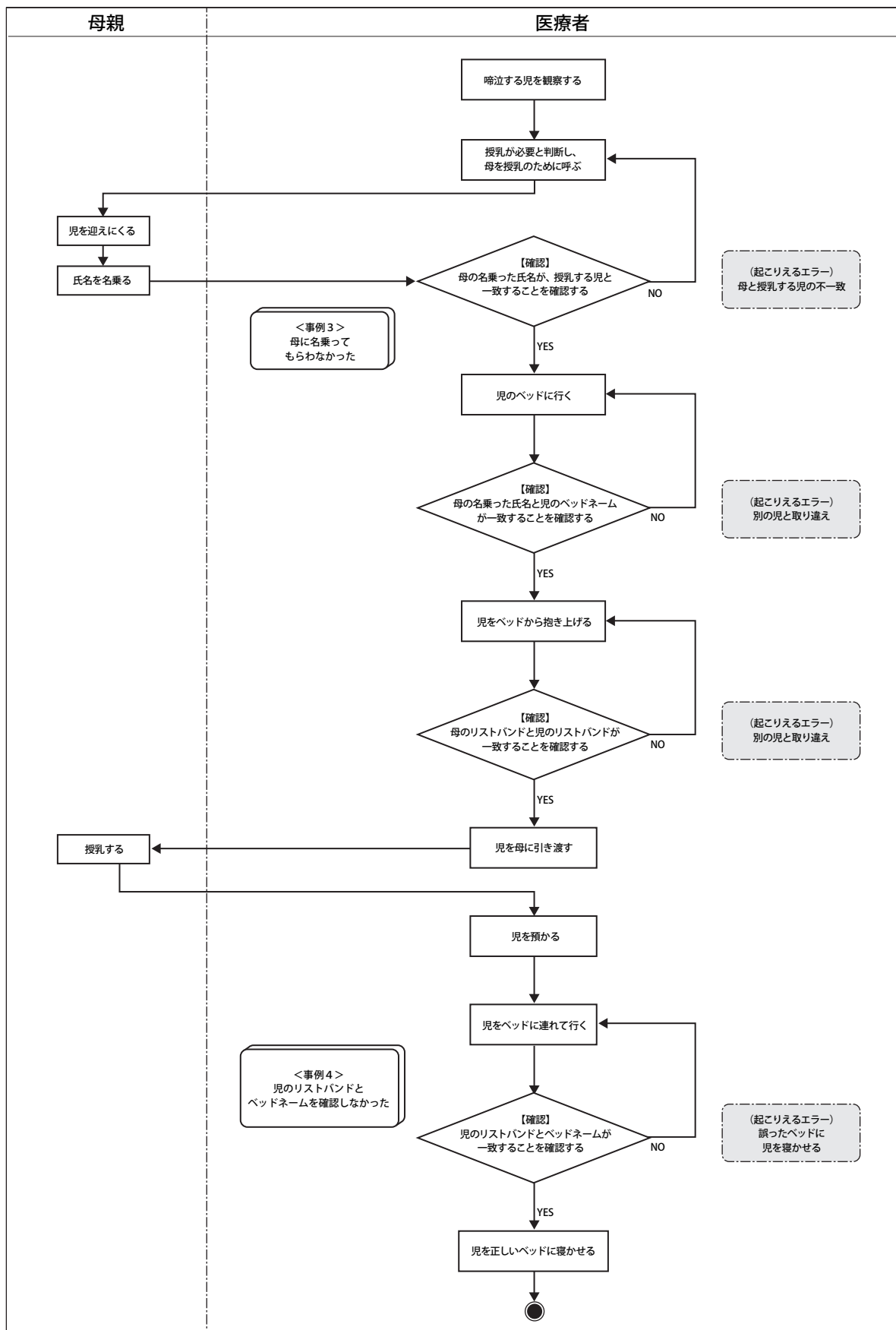
事例発生の場合を明確にするため、報告された事例に基づいて、児または搾乳された母乳の取り違えにおける業務の流れと起こりえるエラー、事例の発生場面を示す (図表Ⅲ - 2 - 4 2～4 3)。

図表Ⅲ - 2 - 4 2 「搾乳された母乳の取り違えに関連する事例」の業務の流れと起こりえるエラー (例)



※医療者が授乳する場合の業務の流れである

図表Ⅲ - 2 - 4 3 「児の取り違えに関連する事例」の業務の流れと起こりえるエラー (例)



Ⅲ
 1
 2-[1]
 2-[2]
 2-[3]
 2-[4]
 3-[1]
 3-[2]
 3-[3]
 調乳および授乳の管理に関連した事例

(4) 調乳間違いに関連する事例

粉ミルクの調乳間違い管理に関連する事例 5 件は、「アレルギー児に対する調乳間違い」が 3 件、「粉ミルクの調乳間違いによる低希釈乳の授乳」が 2 件であった。主な事例の内容を以下に示す。

図表Ⅲ－２－４４ 調乳間違い管理に関連する事例における事故の内容

No.	事故の内容	背景・要因	改善策
アレルギー児に対する調乳間違い			
1	<p>患児には、MA - 1 ミルクの指示が出ていた。9 : 0 0 調乳表によりミルクを作成する際、3 種類のミルク（普通、MA - 1、LW）を各々の缶から粉を取り出し、それぞれボウルに入れて湯を加えて調乳した。9 : 2 0 冷却後、調乳表の指示にしたがって、ミルクの分注を行い、食札をつけた。9 : 3 0 病棟ごとにミルクを冷蔵保管した。1 0 : 0 0 調理師二人でミルクの確認をした。1 1 : 0 0 病棟ごとに配膳する。1 4 : 0 0 病棟よりミルクでアレルギー症状がでたと連絡があった。確認したところ、普通ミルクと MA - 1 ミルクの混合乳を提供していた。</p>	<p>入院時に医師がアレルギー情報を給食、指示オーダー画面に入力すると、栄養部のオーダー画面に連動し、アレルギー情報が伝わる。栄養士が確認し、ミルクの選定を行っている。作業工程が明確化しておらず、異なった 3 種類のミルクの調乳作業を同一に行っていたことにより誤ったミルクを提供した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・業工程を明確化し、ルールを整備した。 ・ミルクの保管を種類別に管理するようにした。 ・特殊調乳を先に行い、終了すると次の作業に移るようにした。
粉ミルクの調乳間違いによる低希釈乳の授乳			
2	<p>病棟から栄養管理室に「S - 2 3 ミルク 1 3 % 2 0 0 m L × 4 回 / 日」の開始指示を受けたが、調乳濃度を 1 3 % と判断し、調乳指示カードを 2 6 g / 本にすべきところ、3. 6 g / 本と記入したため、低血糖になった。</p>	<p>一般のミルクは「ミルク名、1 回の指示量、回数」、特殊ミルクは「ミルク名、指示濃度、1 回の指示量、回数」の指示を受け、計算する。今回は一般のミルクであったが「S - 2 3 ミルク 1 3 %」と記入されていたため、希釈する薄いミルクと思い込んでしまった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・特殊ミルク、特別指示があった場合はダブルで確認を行うこととした。 ・病棟の指示用紙、栄養管理室からの調乳指示カードの見直しを行った。

これら粉ミルクの調乳間違いに関連する事例のうち、「アレルギー児に対する調乳間違い」の事例は 3 件とも、患児が卵やミルクにアレルギーを持ち、乳糖、大豆成分、卵成分等アレルゲンを含まないうよう調整し、アレルギー性を著しく低減した特殊ミルクを授乳すべきところを、調乳間違いにより普通のミルクを授乳したことにより、アレルギー症状が出現していた。

また、粉ミルクの調乳間違いが発生した背景と要因を次に示す（図表Ⅲ - 2 - 4 5）。

図表Ⅲ - 2 - 4 5 調乳間違いが発生した経緯と要因

アレルギー児に対する調乳間違い	
アレルギー情報等の共有不足と指示の漏れ	本来なら医師がアレルギー情報をオーダー画面に入力すると、栄養部で栄養士が確認してミルクの選定を行っているが、緊急入院翌日であり、患者情報の共有ができていなかった。
特別指示の確認漏れ	特殊乳の指示である事を、指示確認の際に見落とした。
調乳時の煩雑な環境や作業	異なった3種類のミルクの調乳作業を同一に行っていた。
粉ミルクの調乳間違いによる低希釈乳の授乳	
規格変更等の情報の把握と共有不足	新規格や製品の変更時などの情報発信の方法が部内で統一されていなかった。
計量方法による間違い	作成時に全量をグラム計量せず、何缶+何グラムと作成していた。
調乳内容の確認体制の不足	2名で調乳するが、業務分担が不明確で確認体制に不備があった。
調乳指示の記載方法による誤認	一般のミルクは「ミルク名、1回の指示量、回数」、特殊ミルクは「ミルク名、指示濃度、1回の指示量、回数」と指示される。「S-23ミルク 13%」と記入されていたため、希釈する薄いミルクと思い込んだ。

(5) 事例が発生した医療機関の改善策について

「児または搾乳された母乳の取り違えに関連する事例」、および「調乳の間違いに関連する事例」事例が発生した医療機関の改善策を整理し、以下に示す。

①児または搾乳された母乳の取り違えに関連する事例の改善策

i. 搾乳された母乳の取り違えによる異なる母乳の授乳の改善策

- 搾乳された母乳の管理から授乳までの各工程における氏名確認の徹底
 - ・5R確認の遵守。
 - ・搾乳された母乳を受け取る時、手に取る時、および授乳する時の氏名の確認を徹底する。
 - ・搾乳された母乳を取り扱う時は、指示票と母乳パックの氏名を照合し、指示票で内容、量、回数、時間等を確認し、作成後も母乳パックを廃棄する前に再度氏名を照合する。
 - ・哺乳瓶の患児名札は外れやすいものを使用しない、授乳が終了するまで外さない。
 - ・確認作業が行える環境を整えてから、必ず看護師2名で患者名札を確認する。
 - ・バーコード認証システムの導入。
- 同姓患者がいる場合の識別の強化
 - ・本来の基本的な声出し確認のダブルチェックに加え、同姓患者がいる意識を持つ。
 - ・搾乳された母乳やミルク等を冷所保存する場合は、フルネームで名前を書く。
 - ・同姓患者がいることを注意喚起するような氏名の書き方をとする。
- 搾乳された母乳の管理手順や環境の見直し
 - ・冷凍母乳の保管環境を整備する
(冷凍庫・冷蔵庫の整備、患者ごとの収納、母乳を預かる際の量の調整等)。
 - ・ミルクウォーマー周辺の整理整頓や取り間違いを防ぐ工夫をする。
- 感染母乳の保管場所の変更や感染に関する教育の実施

ii. 児の取り違えによる異なる母親からの授乳の改善策

- 児の識別・確認方法の検討と取り違え防止の徹底
 - ・リストバンドや名札以外での認識方法の採用を検討する（バーコード認証など）。
 - ・新生児を抱っこしたまま移動しないことを徹底する。
- 患者誤認防止に関する注意喚起と周知
 - ・原因を明確にした上で事例を提示し、患者誤認防止マニュアルを遵守するように院内での周知を図る。
 - ・「氏名確認」ポスターの掲示場所を常に目のつく場所へ変更する。

②調乳の間違いに関連する事例の改善策**i. アレルギー児に対する調乳間違いの改善策**

- アレルギー情報や特別指示等の情報共有
 - ・アレルギーの有無や特殊乳使用など安全情報等を知った際は、必ず申し送り、掲示板等で情報共有する。
- 複数種類のミルクの種類別の保管
- 特別指示の際の調乳・授乳時の確認の強化
 - ・特別指示がある場合や経管栄養を注入する際には必ずダブルチェックを行う。

ii. 粉ミルクの規格変更または粉ミルクの指示誤認に伴う調乳間違いの改善策

- 調乳方法・確認方法の見直し
 - ・粉ミルクは全てグラム計量とする。
 - ・調乳業務の確認体制を栄養士（計量担当）と調理補佐（作成担当）での確認に変更し、業務分担を見直した。
 - ・病棟の指示用紙、栄養管理室からの調乳指示カードの記載の見直しを行う。
- ミルクの規格変更等の調乳に関する情報の共有
 - ・必要な情報は回覧ではなく各担当者へ資料を配布し、誰でも見られる場所に掲示するなど周知徹底を図る。

(6) 児または搾乳された母乳の取り違い発生時の対応について

CDC（米国疾病予防管理センター）の感染対策ガイドライン¹⁾においては、児に「母親以外の女性が搾乳した母乳」が誤って与えられてしまった場合に、血液媒介病原体について他の体液への偶発的な暴露と同様に扱うことや、搾乳した母親に対して確認する内容、誤って母乳を与えられた児の母親への対応などについて記載している。また、日本においては、HTLV-1の母子感染の予防について厚生労働省のホームページ等で情報提供がされている²⁾。

(7) まとめ

今回は、調乳および授乳の管理に関連した事例 15 件を概観し、児または搾乳された母乳の取り違いに関連する事例、調乳の間違いに関連する事例に分類した。特に、児または搾乳された母乳の取り違いが発生した業務工程や各事例の発生した工程を示すことで、その発生状況や改善策を検討した。

調乳および授乳の管理は、複数人が関わる複数の工程で管理されていた。また、今回の分析対象事例の殆どが決められた手順とは違った流れや思い込み、確認を怠ったなかで、取り違いや調乳間違いなどを起こし、授乳に至っている。

調乳および授乳の場面においても、その各業務工程において正確性や安全性へ配慮し、薬剤の投与における 5 R や 6 R の確認と同様に、「1. 正しい児」に「2. 正しいミルク (正しい母親または母乳・人工乳・特殊乳など)」が「3. 正しく指示通りに準備されているか」を授乳前に指示票や母乳パック等の照合で確認し、授乳時には哺乳瓶やシリンジの患者名札とネームバンド (識別票) で再度照合し、適切に授乳されるまでの各工程を手順に沿って丁寧に確認することの重要性が示唆された。

また、報告された事例のなかには、取り違いの結果、予防的にグロブリンを投与した事例や感染症確認のために血液検査を実施した事例などもあった。母乳は体液であり、児または搾乳された母乳の取り違いにより病原体を含む母乳が誤って与えられた場合には母乳感染を起こす可能性もあることなどからも、感染防止の観点においても十分な注意が必要である。

(8) 参考文献

- 1) CDC. Breastfeeding: What to do if an infant or child is mistakenly fed another woman's expressed breast milk.
http://www.cdc.gov/breastfeeding/recommendations/other_mothers_milk.htm
- 2) ヒト T 細胞白血病ウイルス-1 型 (HTLV-1) の母子感染予防について、厚生労働省ホームページ
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/boshi-hoken16/index.html>
- 3) 正木宏、堀内勁. 母乳の取り違い. 周産期医学, 2009-8; Vol.39: No.8: 1098-1100.