

報告

低出生体重児出産の要因と援助の視点

賀数いづみ¹⁾ 加藤尚美¹⁾

沖縄県の低出生体重児の出生割合は、全国一高く、沖縄県の母子保健の指標は悪い状況にあり、低出生体重児の出生予防は県内の母子保健上大きな課題である。

本研究は、低出生体重児出産の要因を明らかにし、低出生体重児の出生予防及び援助の視点を見いだすことを目的として、沖縄県内のN公立病院で2500g未満の児を出産し、承諾の得られた母親を対象として産褥入院期間中に半構成面接を実施した。

対象者は、妊娠24週～36週で出生時体重628g～2406gの児を出産した母親28人で初産婦14人、経産婦14人である。低出生体重児出産に関連する要因として、産科的異常や疾患の合併、妊娠前・妊娠中の健康管理、妊娠中の心身の安定の脅かしが影響しており、妊娠中の異常に対する知識の理解、異常の早期発見や本人の保健行動への援助、妊娠前・妊娠中の健康管理のための教育、妊娠中の不安軽減のための専門的支援や夫・家族の支援の必要性など低出生体重児出生予防のための援助の視点が示唆された。

キーワード：低出生体重児 母子保健 妊娠中 健康管理 支援

緒言

低出生体重児（以下低体重児）の出生割合は、全国的に昭和60年代から増加傾向を示しており、沖縄県においても平成元年以降¹⁾²⁾増加している。沖縄県内の平成10年の出生数は、16,928人であり、2500g未満の低体重児の出生は1,739人（前年度+81人）で低体重児出生割合は10.3%である。10人に1人が2500g未満の低体重児ということになり、全国の低体重児出生割合の8.1%に比べ1.3倍高く、沖縄の比率の高さは目立つ。低体重児の出生と関連する周産期死亡率や新生児死亡率・乳児死亡率も全国と比較して高く、^{1)～5)}沖縄県の母子保健の指標は悪い状況にあり、低体重児出生の予防は、県内の母子保健上の大きな課題となっている。これまでも、県内で出生した低体重児に関する調査報告^{5)～9)}があるが県内の低体重児出生は改善されていないのが現状である。

本研究は、低出生体重児出産の要因を明らかにし、低出生体重児出生の予防及び援助の視点を見いだすことを目的とした。

研究方法

1. 調査期間：1999年11月～2000年7月
2. 調査方法：県内N公立病院で低出生体重児（2500g未満）を出産し承諾を得られた母親を対象として産褥入院期間中に半構成面接を実施した。妊娠・分娩・産褥経過及び新生児の経過については診療録・看護記録より情

報を収集した。

倫理的配慮として、面接は、心身の落ち着いた時期の産後4日目以降とし、対象の状況を病棟のスタッフに確認後、調査の趣旨を説明し同意を得て行った。

結果

1. 対象の属性 (表1)

対象者は28人であり、初産婦14人、経産婦14人（1回経産婦8人・2回経産婦5人・4回経産婦1人）でその内4人が双胎分娩であった。年齢は平均30歳（SD=5.56）で、児の出生時体重は628g～2406g、平均1512g（SD=630.8）であった。児の在胎週数は、32週～35週が15人で、24週～27週が7人、28週～31週5人、36週1人であった。分娩様式は、帝王切開16人、自然分娩11人、吸引分娩1人であった。母体搬送により緊急入院・分娩に至った産婦は25人であり、その内20人は搬送後24時間以内に分娩となった。児の予後は生後22日で1人、25日で2人、乳児期に入り2人が死亡に至っている。なお、調査期間中のN公立病院の分娩数は273例で、その内訳は自然分娩130例、帝王切開104例、吸引分娩23例、双胎分娩が11例であった。

2. 今回の妊娠中の異常と合併症

妊娠経過で異常があったものは、切迫早産が最も多く21人であり、その他に前期破水、妊娠中毒症、子宮頸管無力症などあり、合併症として甲状腺機能低下症、慢性腎炎などがあった。妊娠中の異常に対して、妊婦自身は、

1) 沖縄県立看護大学

表1 対象の属性

n = 28

初・経別 (人)	年齢 (人)	出生時体重 (人)	在胎週数 (人)	分娩様式 (人)
初産 14	19歳 2	628 ~ 999 g 7	24 ~ 27週 7	帝王切開 16
経産 14	20 ~ 24歳 1	1000 ~ 1499 g 7	28 ~ 31週 5	経膣分娩 12 (自然 11・吸引 1)
	25 ~ 29歳 11	1500 ~ 1999 g 10	32 ~ 35週 15	
	30 ~ 34歳 9	2000 ~ 2406 g 8	36週 1	
	35 ~ 39歳 4			
	40歳 1			

浮腫の増強や尿蛋白が (+) であっても妊娠経過は順調とされていたり、腹部の緊満感を自覚しても特に気にしなかったと答える者もあり、本人の認識と実際の妊娠経過にずれのある者もいた。出生時体重が1000g未満の児(在胎24週~27週)7人の母親は、切迫早産・常位胎盤早期剥離(2人)、切迫早産・横位・臍帯下垂、重症妊娠中毒症・HELLP症候群(溶血・肝機能障害・血小板減少症候群)、子宮頸管無力症・切迫早産・前期破水(2人)、切迫早産・前期破水・子宮内感染など全員に複数の異常がみられた。対象28人の内、流早産などの産科既往歴を有していたものは18人であった。

3. 妊娠や出産についての不安及び対処について(表2)

妊娠中、妊娠や出産について不安を抱えていたものは27人おり、その内容は飲酒や薬剤の胎児への影響、胎児の異常、妊娠出産への漠然とした不安、妊娠が順調に経過するか等の不安、前回の妊娠分娩等の既往からくる不安、異常症状への対処ができない不安、仕事の継続への不安、経済的な不安、双胎妊娠の経過や育児への不安などであった。妊娠・出産への不安はなかったと答えた1人は、お腹の子どもを気にかける気持ちの余裕がなかったという。不安の対処方法は、誰かに相談したり、マタニティ情報誌を読むなど、何らかの対処行動を15人がとっており、その結果13人は不安が軽減し、2人は不安の気持ちには変化がなかった。対処行動がとれずに、妊娠中の不安を抱えたまま分娩に至った者は11人であった。

また、妊娠する事により日常生活で気をつけた事は、食事、休養・睡眠が各12人、運動2人、日常生活動作4人である。特に意識をしなかった者は、経産婦4人、初産婦1人であり、その内、前回分娩が正期産であったものの3人、妊娠34週で早産の既往があるもの1人であった。

4. 妊娠中の健康診査及び保健指導・母子健康手帳の交付等の状況

妊婦健康診査は、15週以後の初診が5人いたが、母子健康手帳交付後の健康診査は、1人を除いて27人が定期

的に受診していた。そのうち、16人は切迫症状などの妊娠経過の異常で定期外の診察を受けていた。保健指導は、母親学級の受講(1回以上)が12人、個別保健指導を受けたものが9人であった。妊婦健康診査受診の負担感は、7人が負担があると答えており、負担の内容は、妊娠初期のつわり時の受診の負担、健診費用が高い、待ち時間が長い、上の子供を預けられない、休みが取れないなどであった。

母子健康手帳の交付の時期は、妊娠12週までが23人、17週2人、18週、20週、25週がそれぞれ1人であった。妊娠17週以降に交付を受けた者5人の交付が遅れた理由は、妊娠時未婚で学生、失業中、月経不順を既往疾患(卵巣腫瘍摘出術)の再発と思ひ悩み受診が遅れた、家族調整が困難、妊娠前から飲酒(酔うほど)を3回/週していて悩んだ、第1子(5歳)出産後、3回の流産(1度は妊娠20週双胎)後、月経不順で妊娠に気づくのが遅れて胎動自覚後の受診となった等であった。また、母子健康手帳交付時に保健指導を受けたという意識を持つ者は4人であった。

5. 就業状況

妊娠中仕事を有していたのは10人で、その内6人は妊娠中の異常で安静の必要性のためや妊婦であること(妊娠中の業務軽減への配慮ができない)などの理由で退職を余儀なくされていた。分娩まで仕事を継続していた4人は、栄養士、ピアノ教師、保育士、弁当店勤務であった。しかし、仕事を継続したとはいえ、職場の人員が少なく休暇が取りにくい、重い食材の運搬が避けられない(栄養士)、乳児クラスの担当で毎日児を抱えてのお尻洗い(保育士)、ずっと立ち仕事(弁当店勤務)など業務の負担に悩みを感じながらの継続であった。勤労を継続した4人は、切迫早産や双胎妊娠、重症妊娠中毒症などなんらかの異常があった。また、失業中で、職業訓練中だった27歳の初妊婦は、妊娠に気づくのが遅れて妊娠19週で初診、母子健康手帳の交付は20週で、職業訓練の最終日に性器出血があり入院となり、子宮頸管無力症で妊娠22週に子

表2 妊娠中の不安の内容

<ul style="list-style-type: none"> ・飲酒や薬剤の胎児への影響 <ul style="list-style-type: none"> ・妊娠前に3回/週酔うほど飲酒、初期は不安で不眠だった ・妊娠18週切迫流産で入院、児への薬の影響がないか不安 ・胎児の異常 <ul style="list-style-type: none"> ・高齢初産なので胎児の異常がないか不安 ・妊娠出産への漠然とした不安 <ul style="list-style-type: none"> ・妊娠中の漠然とした不安 ・体力がないので不安、無事に出産できるか不安 ・妊娠が順調に経過するか等の不安 <ul style="list-style-type: none"> ・児が小さいと言われたが順調な経過かどうか不安 ・妊娠初期に出血があり順調に経過するか心配 ・前回の妊娠分娩等の既往からくる不安 <ul style="list-style-type: none"> ・子宮頸管無力症で頸管縫縮術を受けたが術後の管理が前回とちがう ・いつ入院管理になるのか気をむ毎日だった ・流産の既往から分娩までもつ心配 ・異常症状への対処ができない不安 <ul style="list-style-type: none"> ・妊娠経過がすすむとともに血圧の調節が困難となっていくので心配だった ・毎日の血圧値や日常生活動作の一つ一つが気になる ・仕事の継続への不安 <ul style="list-style-type: none"> ・妊娠経過が異常で仕事が継続できるか ・休暇が取得しづらい、雇用者の妊婦に対する業務への配慮がない ・経済的な不安 <ul style="list-style-type: none"> ・妊娠により退職したが生活が不安 ・収入が少なく、生活のゆとりがない ・双胎妊娠の経過や育児への不安 <ul style="list-style-type: none"> ・双胎妊娠はリスクが高いため妊娠経過が心配 ・双胎妊娠の情報が少ない、育児が心配

宮頸管縫縮術を受けたが、妊娠24週で切迫早産・前期破水で母体搬送され、792gの児を出産している。

6. 経済状態

経済的にゆとりがある5人、何とかなる16人、ぎりぎり・苦しい7人であった。経済的にぎりぎり・苦しいと答えていた4人は母子健康手帳の交付時期が遅れていた。

経済的に苦しいと訴えた1人の経産婦は、夫に定職がなく、自分自身が生活の担い手であったが、職場で妊婦への業務軽減ができないという理由で職を失っていた。また、経済的に厳しく、早朝から深夜まで働く夫へ、話し相手になってほしいと思うことが自分のわがままなのかと悩んだり、経済基盤が弱いため、夫婦喧嘩など家族関係に悩んだ、今回の妊娠を素直に喜べなかったと答えたものもいた。

7. 他施設から NICU のある N 公立病院に母体搬送されて児死亡に至った事例 (表3)

母体搬送後24時間以内に分娩となり児の死亡に至った事例についてみると、事例Aは、S病院で不妊治療を受けようやく妊娠、仕事(パート)を妊娠6週で退職、自宅で安静にしていたが高血圧、IUGR(子宮内発育遅延)になり、妊娠19週に入院となった。妊娠30週に性器出血、腹痛、常位胎盤早期剥離でNICUのあるN公立病院に母体搬送され、緊急帝王切開となった。出生時体重は1010gであった。事例Bは、2回経産婦で前2回は帝王切開、妊娠24週での健診は異常なしであった為、腹部緊満の自覚があったがそのまま仕事(保育士)を継続していた。妊娠25週に突然の下腹痛、便意を感じて通院中の産科を受診、子宮口開大、胎胞形成があり母体搬送となり、N公立病院で胎児が横位で胎胞下に臍帯下垂の診断を受け緊急帝王切開となった。出生時体重は782gであった。事例Cは、妊娠26週で血圧159/100mmHg尿蛋白(3+)浮腫(+)で安静の指示、食事指導を受けていたが、妊娠27週悪心嘔吐、上腹部痛で通院中の産科を受診後入院し、翌日、HELLP症候群疑いで内科医を紹介

され受診、産科がないため、産科のある総合病院を紹介され、その後N公立病院へと母体搬送され緊急帝王切開となった。出生時体重628gであった。事例Dは、入籍予定で彼の実家に同居中、妊娠25週の深夜に腹痛があり、通院中の産科に連絡するが様子を見るように言われ経過をみている。我慢できず早朝に受診したところ、直ちに搬送された。搬送された時は、既に子宮口全開大しておりすぐに経膈分娩となった。胎盤からは、常位胎盤早期剥離の所見が認められた。出生時体重は778gであった。事例Eは、妊娠25週で初診、その後26週に受診し異常なかったが、妊娠27週で下腹部痛、肛門部痛、性器出血があり、通院中の産科を受診、骨盤位、胎胞形成著明で搬送され、緊急帝王切開となっている。出生時体重1042gであった。いずれのケースも継続した保健指導を受けていない。

表3 他施設からN公立病院に母体搬送され児死亡に至った事例

事例	年齢	初・経産	在胎週数	出生体重(g)	分娩様式	現病歴	母子健康手帳交付	母親学級受講	個別保健指導
A	38	初	30	1010	帝切	切迫早産 IUGR 高血圧合併 常位胎盤早期剥離	1 2 週	有	有
B	31	2経	25	782	帝切	切迫早産 横位 臍帯下垂 (前2回帝切)	7 週	無	無
C	27	初	27	628	帝切	重症妊娠中毒症 HELLP症候群	1 8 週	無	有
D	19	初	25	778	自然	切迫早産 常位胎盤早期剥離	1 7 週	無	無
E	27	1経	27	1042	帝切	切迫早産 骨盤位 常位胎盤早期剥離	2 5 週	無	無

表4 低体重児出産の主な要因のある事例

事例	年齢	初・経産	在胎週数	出生体重(g)	分娩様式	現病歴	母体搬送	児の入院期間(日)	退院時体重(g)
F	32	2経	30	1098	帝切	慢性腎炎 重症妊娠中毒症	有	89	2790
G	29	4経	34	1958	帝切	切迫早産 前期破水 切迫子宮破裂	有	43	2670
H	27	1経	27	1042	帝切	骨盤位 切迫早産 常位胎盤早期剥離	有	41日目死亡	-
I	27	初	24	792	自然	子宮頸管無力症 切迫早産 前期破水	有	*	-
J	38	初	30	1010	帝切	切迫早産 IUGR 高血圧合併 常位胎盤早期剥離	有	25日目死亡	-
K	29	1経	26	818	自然	切迫早産 常位胎盤早期剥離	有	132	3038
L	33	1経	25	824	自然	子宮頸管無力症 切迫早産 前期破水	有	171	3040

* 転院のため入院期間不明

8. 低体重児出産の主な要因があると思われる事例
(表4)

低体重児出産の要因となると思われる顕著なものとして、事例Fは、妊娠前の職場健診で尿蛋白陽性となり慢性腎炎疑いの指摘を受けていたが受診せず、第1子妊娠中に妊娠中毒症を合併したが正常産で自然分娩した。産後に蛋白尿や高血圧が続いたが特に受診していない状況で第2子を妊娠し妊娠中毒症合併、妊娠28週で胎内死亡をおこし、疾患の怖さを認識している。今回の妊娠では、1098gの児の出産をしている。事例Gは、4回経産婦で

第1・2子を正常産で自然分娩、第3子は妊娠28週骨盤位で子宮縦切開にて帝王切開(児は生後2週目に新生児死亡)、第4子は帝王切開術後の腹腔内血腫で再開腹の既往を持ち、今回は妊娠末期に恥骨部痛を自覚し、毎日、子宮破裂への不安を抱えて生活していた。夫は、妊婦は身体を動かす方がよいという認識で、自分の心情を夫に理解してもらえないつらさや医療者への希望として夫への指導をしてほしいと語り、在胎34週で1958gの児を帝王切開で出産している。事例Hは、1回経産婦で過去に3回の流産(1回は20週双胎)の既往があり、月経不順

(1-2回/年)の状態、妊娠に気づくのが遅れ、胎動感自覚後の初診で妊娠25週の診断を受け、その後、1回の妊婦健診受診後の妊娠27週に骨盤位・切迫早産・常位胎盤早期剥離でN公立病院に母体搬送され、帝王切開を受け1042gの児を出産、児は生後41日で死亡している。事例G・Hとも、経済的に厳しく生活のゆとりがなく、夫や家族に支援が得られない状況であった。事例Iは、卵巣腫瘍摘出術の既往があり、月経不順を疾病の再発と思ひ悩み、妊娠19週で初診、妊娠確定まで20-30本/日の喫煙をし、未婚で失業中、経済的不安を抱えての入院で、家族調整などが大きな負担であったと話し、妊娠24週で792gの児を出産している。事例Jは、妊娠中の不安の中で切迫流産で安静を指示されたが、安静のレベルが理解できず、日常生活行動の一つ一つを気にして生活し、妊娠19週に高血圧の管理で入院。その後も常に血圧値が気になりストレスを感じていた入院中の妊娠30週に性器出血、常位胎盤早期剥離で母体搬送され、直ちに帝王切開で、1010gの児を出産したが生後25日で死亡に至っている。事例Kは、前回早産で、今回も妊娠経過は心配ではあったが、特に何も気にせず生活して、妊娠25週で腹部緊満の自覚があってもすぐには受診せず、妊娠26週の受診時には子宮口開大、胎胞形成で母体搬送され、818gの児を出産している。事例Lは、子宮頸管無力症で妊娠16週に子宮頸管縫縮術を受け、術後の管理が前回の時と異なることへ不安を抱きながらも確認せず、25週に腹部緊満を自覚していながら、外出し、座位でいられない状態で受診、子宮口5cm開大で母体搬送され、824gの児の出産に至っている。事例K・Lのどちらの事例も異常を察知してから、受診するまで時間を要し、子宮収縮を抑制できない状態での搬送となっていた。

考察

1. 低体重児出産の要因

低体重児の出産の要因は、母体の合併症や年齢、過労や過激な運動、多胎妊娠、頸管の異常等であり^{10) - 16)}、沖縄県においても妊娠中の産科的異常や社会的要因が相互に関連しているという報告^{5) - 9)}がある。本対象においても妊娠中の産科的異常や疾患の合併が多くあり、妊娠以前の基礎疾患管理ができていなかったことや産科既往歴、妊娠中の異常に対する認識のずれや異常症状の自覚や対処の遅れなど、適切な保健行動がとれず疾病の重症化へと悪循環していた。これらの事例は、いずれも具体的な保健指導を受ける機会が少なく一貫した指導を受けておらず、妊娠中に注意すべき保健行動がとられていなかった。妊娠前・妊娠中の健康管理に関心がなく初診が遅れたり、妊娠中の異常に対する認識不足等、適切

な保健行動がとれていないこと、夫・家族の支援の不足、妊娠中の心身の安定の脅かしなどの要因が複雑に重なり低体重児出産に至ったと考えられる。

2. 妊娠や出産についての不安及び対処の必要性

谷口ら¹⁶⁾の報告でも低出生体重児群に妊娠中の不安は有意に多いという結果であったが今回の調査でも、対象の殆どが妊娠出産への不安を抱えており、対処行動がとれず分娩まで不安を抱えていた事例が11人、どうしてよいかわからなかった2人、1人は不安が増強し、妊娠中の心身の安定がとれないものが多くいた。不安は、妊娠経過の正しい理解や異常症状についてのわかりやすい説明、気軽に相談できる雰囲気づくりや本人にあった対処方法を工夫し不安の表出をはかることで軽減するといえる。妊婦は、不安を自分の中に抱え込みがちなのでできるだけ表出できるよう関わることが大切である。

勤労と経済は密接な関係を持ち、本対象者の10人が妊娠中仕事をし、6人は妊娠中退職しているが、継続できるならば経済を考えて仕事を持つことを望んでいた。また、仕事を継続した妊婦の4人は、妊娠中の業務の負担や休暇の取得が難しいなど悩んでいた。女性の社会進出に伴い勤労妊婦も増加しており、女性の社会的地位の向上及び安心して働ける職場づくりなど労働環境の改善も必要となる。また、経済的な問題を抱えて、就業を余儀なくされている妊産婦の現状から、家事育児へのサポートは重要であり、夫・家族をも含めて指導を強化していく必要がある。

3. 妊娠中の健康診査及び保健指導のあり方

低体重児を出産した妊婦は、妊娠中の健康診査が少ない傾向にあるという報告^{12) - 13)}があるが本対象者は、妊婦健康診査は殆どが定期受診していた。妊娠中の異常症状などで定期外の受診も多くみられたが、健診の結果と自らの生活行動自制が伴わなかった事も伺える。また、母子健康手帳の交付の遅れがあった5人は、計画妊娠ではなく、新しい子どもを迎え入れる心身の準備は不十分であった。特に妊娠に気づくのが遅れた2人は、月経不順が日常的にあり(1~2回/年)、妊娠前の健康管理にあまり関心を持っていなかったことや、未婚のまま妊娠した場合、家族調整が複雑で妊娠初期に妊娠の事実を隠したり、経済的ゆとりがなく心身がストレス状態であった。妊娠への気づきの遅れは、本人の健康への意識と生活のゆとりのなさも関係しているようであるが、妊娠前からの健康管理への意識の高揚をはかることが重要であると考えられる。妊娠が早期にわかり、妊娠中の母子の健康の確保のために、母子健康手帳の交付時期は重要な鍵と

なる。交付が遅れている妊婦は、何らかの問題を抱えているという前提に立脚し健康診査や保健指導の徹底を図る必要がある。また、沖縄県は、若年妊娠や非嫡出子分娩も全国平均より高い現状¹⁷⁾の中、未婚者や受診が遅れた事例には、特に気軽に相談できる雰囲気や、心身の負担軽減への支援や予測される異常についても本人が理解し、保健行動がとれるようにするためにも病院、施設等においても継続一貫した関わりをしていくことが望ましい。保健指導の受講状況は、母親学級12人、個別指導は9人が受けているが、一貫した継続的指導は受けていない。また、妊娠中に夫婦で母親学級を受講したり、夫と共に学んだと答えたものは8人で、特に話し合いをしていない等は20人あり夫の妊娠出産への理解や関心が低いことがわかった。

妊婦の支援は、夫や家族を含めてアセスメントし、心身共に健全に過ごせるような環境づくりをする事も大切である。妊娠中の注意事項や負担が軽減するような働きかけによって妊婦自身がスムーズな保健行動がとれるようにすることが求められる。核家族化が進んでいる現在、夫の支援は必要不可欠であり、夫への働きかけが必要である。そのためにも妊娠中から夫に妊娠経過の正しい理解や妊婦自身の健康への関心を持たせることが大切である。特にリスクの高い妊婦に対しては、心理的な支援と共によりきめ細かい具体的な指導やアプローチの方法を検討することが必要である。

妊娠中の日常生活指導の必要性では、少数ではあるが特に気をつけていない等があり、そのうち1人は前回妊娠34週で早産した経産婦で妊娠経過に不安を持ちながらも、気をつけていないなど既往歴とは矛盾する行動がみられた。一般的な指導では問題があることが示唆された。

特に合併症を持つハイリスク妊婦に対しては疾病の正しい理解や増悪させないための生活指導、妊婦自身が自己の身体状況を感じ取り保健行動がとれるような指導をしておく必要がある。また、安静についての説明や指導は、安静が治療であることへの理解、具体的に本人が行動できる目安となる指示、判断の基準、異常のサインやどのように対処すればよいかまで本人の理解度を確かめながらのきめ細かい指導、その時々（流産や早産したとき、疾患がわかったときなど）での具体的な指導や妊婦自身でセルフケアできるような支援が必要である。

4. 母体搬送からみた連携の必要性和支援

N公立病院は救急指定病院でNICUが整備されており、今回の調査対象においても他施設からの搬送が28例中25例と非常に多く、児死亡例の5例も他施設からの母体搬送であった。産科的異常や合併症を持つ妊婦は、妊

娠週数や児の健康状態を見極めよりよい状態で児の娩出をはかることが大切である。緊急母体搬送ではなく合併症の治療や児の娩出時期・方法が選択できるような時期に整備されている施設に転院加療されることが必要である。^{18)~20)} 妊産婦を扱う医療機関では、異常の早期発見と保健指導の徹底および必要な医療が受けられるような対応が求められる。N公立病院への母体搬送に至るまでに、他の病院を2カ所経るなど速やかな連携とは言い難い状況や、妊婦自身が異常に気づきながら受診が遅れたり、あるいは異常を察知して連絡を取っても適切な対応がなされず、受診後にすぐ母体搬送されて子宮口全開大で直ちに分娩となった事例もあった。また、自分の異常な状況に驚き、パニックになった事例もあった。こうした状況では、本人や家族は現状が理解できず、産婦の不安が増強され、混乱状態の中で分娩に至っており、緊急時の対応における心理的支援の重要性が示されている。

また、医療者への要望は、専門用語ではなく理解しやすい具体的な説明、注意すべきこと、受診の目安など保健行動がとれるよう指導してほしいという希望があり、対象の状況に応じた説明や具体的な保健指導はその解決を促すためにも重要である。

5. 低体重児出生予防のための援助

低体重児の出生予防は、低体重児出産の要因をなくすことにある。低体重児出産に関連する要因には、産科的異常や疾患の合併、妊娠前・妊娠中の健康管理不足、妊娠中の心身の安定の脅かしが影響していることが示唆されており、基礎疾患や妊娠中の異常の早期発見と疾患の予防のための健康管理や生活指導、妊娠中の心身の安定が重要となる。そのためには妊婦自身が望ましい保健行動がとれるようにする事である。

宗像の保健行動のシーソーモデル²¹⁾によると保健行動の実行や継続には、保健行動の動機づけがその行動に伴う負担感を上回るとされている。これらから、異常症状の発現時にその影響について十分な理解と経過中の専門的支援や夫・家族のサポートによって動機づけすること、保健行動がとれるよう負担感を軽減させるような働きかけが必要である。また、保健信念モデルによれば、一般的にあるいは特定の重大な結果を招く病気にかかりやすいという脆弱性を自ら感じており、また、一般性あるいは特定の保健行動（病気予防や治療法）が効果があると感じることで動機づけられ、また、それほど負担がなく実行できると信じていることによって促されるとするものである。健康診査や保健指導を受け、問題を回避しているにも関わらず、低体重児の出産に至っている事例がある。第2子を34週で早産した既往を持つ事例では、早

産による低出生体重児の危険性を今回の第3子の妊娠で感じ、妊娠の診断と同時に夫や家族に協力を求め、家庭内入院のような状況をつくり、妊娠経過に十分注意していた。早産の既往により、今回の妊娠継続に対して脆弱性を自ら感じ、繰り返さないための保健行動や自分自身の安静が効果的にとれる工夫を行う等していた。また、慢性腎炎により妊娠中毒症合併妊娠で、第2子妊娠中IUFD(子宮内胎児死亡)となった経験から、今回の妊娠は、内科医や産科医と調整後計画的に妊娠し、妊娠中の生活もその都度相談しながら行い、安静がとれるよう心がけ、妊娠27週で入院管理、30週で緊急帝王切開によって無事に出産した。どれも過去の既往から今回の妊娠継続への脆弱性を実感し、保健行動をとっている。これらの事例から、妊婦自身の望ましい保健行動のためには、保健行動の障害となる妊婦の負担感(身体的負担感(痛み、疲れ) 心理的負担感(不安、不満足、不快、面倒、不信、自信の喪失など) 社会的負担(役割過剰、社会的地位が傷つけられたり、失うなど) 経済的負担(費用がかかるなど) 実存的負担(大切な時間が犠牲になる、将来に希望を失うなど)などを軽減することが大切であるといえるが、低体重児出生の予防は、胎児が母体で育まれるよう予防的対処が最も望まれる所である。

沖縄県の低体重児の出生予防は、長年の課題であるが改善がみられない現状があり、医療関係者だけでなく、妊婦の意識・行動の変容や家族の協力、職場や地域全体の協力体制がなければ改善できないと考える。子どもは未来の担い手であり、健康な子どもの誕生に向けての努力は社会全体の役割である。健全な母性・父性の育成のために思春期から既に子産み子育てへの教育が必要である。

結論

1. 低出生体重児出生に関連する要因として、産科的異常や疾患の合併、妊娠前や妊娠中の健康管理不足、妊娠中の心身の安定の脅かしが影響している。
2. 妊婦の心身の安定のため、妊娠前・妊娠中の健康管理教育は重要である。
3. 妊婦の多くは不安を抱えており、不安の対処には専門的支援や夫や家族に対してニーズにあったきめ細かい支援が必要である。
4. 低出生体重児の出生予防には、妊娠中の異常に対する知識の理解、異常の早期発見や望ましい保健行動のための援助が必要である。

謝辞

本研究に御協力下さいました対象者の皆様、沖縄県立那覇病院産婦人科部長の金城忠雄先生、砂川瑞枝産婦人

科病棟棟長及びスタッフの皆様、根間ツル小児科病棟棟長、関係者の皆様に深く感謝致します。

文献

- 1) 厚生省児童家庭局：母子保健の主なる統計，40～41，1999.
- 2) 沖縄県福祉保健部健康増進課：沖縄県の母子保健，21，1999
- 3) 上田公代他：熊本県における周産期死亡率と低出生体重児の関連の経年的推移とその要因の解析(1968～1994年)，日本衛生学雑誌，53(2)，470～476，1998.
- 4) 上田晃子：和歌山県における乳児死亡率の地域格差に関する研究，小児保健研究，55(1)，88～97，1996.
- 5) 沖縄県小児保健協会：平成9年度沖縄県母子保健医療実態調査，1998.
- 6) 當間典子他：低体重児出生状況の検討，沖縄県公衆衛生学会誌，18，25～33，1987.
- 7) 當間典子他：低体重児出生状況の検討(第2報)，沖縄の小児保健，15，65～70，1988.
- 8) 仲程みゆき他：極低出生体重児と成熟児の出生に関する母体要因の比較，72～75，第14回看護研究講演集 社団法人沖縄県看護協会，1996.
- 9) 鈴木尚子他：当院における未受診飛び込み分娩妊婦の検討，日本産婦人科学会沖縄誌地方部会雑誌19，25～29，1997.
- 10) 今中基春他：早産の疫学，周産期医学，28(2)，135～137，1998.
- 11) 陳超権他：正常出産に関する社会医学的要因の検討，厚生指針，31(8)，1984.
- 12) 永井正規他：低体重児出生に関連する因子について - 栃木県における低体重児調査 - ，小児保健研究，43(6)，568～575，1984.
- 13) 小松正子他：わが国の低体重児および早期産の発生・増加の要因に関する考察，厚生指針，43(8)，14～20，1996.
- 14) 恵上法男 他：山口県の乳児死亡率等改善対策に関する研究，大和ヘルス財団研究業績集，20，157～162，1996.
- 15) 茨聡他：在胎週数別にみた低出生体重児の医療費分析，産婦人科の世界，51(3)，305～309，1999.
- 16) 谷口初美他：母親の生活行動パターンにみる低出生体重児出生の現況，周産期医学，29(1)，121～125，1999.
- 17) 沖縄県福祉保健部：衛生統計年報(人口動態編)，40～43，1998.
- 18) 西村由美他：低体重児出生に関する実態調査，厚生

賀数他：低出生体重児出産の要因と援助の視点

- の指標, 43(7), 15~21, 1996.
- 19) 笹井康典他:新生児医療システムの整備と低出生体重児の予後, 日公誌, 41(10), 1994.
- 20) 中村肇:超低体重児の予後に関する全国統計, 周産期医学, 29(8), 903~907, 1999.
- 21) 宗像恒次著:最新保健行動学からみた健康と病気, メジカルフレンド社, 84, 93~98, 2000.

Factors related to Low birth weight infant in Okinawa

Kakazu Izumi, R.N.M., LL.B.¹⁾ Kato Naomi, R.N.M., B.A.¹⁾

The proportion of low birth weight (LBW) infants in Okinawa Prefecture is far higher than the Japanese average and maternal-child health care in Okinawa is in high demand.

The aims of this investigation were to describe the factors on LBW infants in Okinawa Prefecture and to support infant mothers.

Subjects were those who were born birth weight under 2500grams, at N hospital in Okinawa Prefecture. The research obtained informed consent and conducted semi-structured interviews with subjects' mothers. The subjects of the study are 28 mothers: 14 are primipara and 14 multipara. The range of pregnancy period is from 24weeks to 36weeks. Range of birth weight is from 628 grams to 2406 grams.

Factors related to LBW infant are the following:

1. Abnormality during pregnancy.
2. Complications .
3. Inadequacy of maintaing physical condition before pregnancy and during pregnancy.
4. Unstable condition of mental or psychological aspects.
5. Knowledge deficit about abnormalities related to pregnancy.

Therefore, it is essential for health care providers to educate expectant mothers to understand behavior which facilitates ones health. Also, it is important to involve husband and family members during pregnancy in order for maintenance of expectant mother's optimal health conditions.

Key words: Low birth weight infants, maternal-child health, during pregnancy, health care, supprt

1) Okinawa Prefectural College of Nursing