

原著

沖縄県における10代母親の現状とハイリスク者の特定

賀数いづみ 前田和子 西平朋子

【目的】2010年に出産した沖縄県内の10代母親の身体的・社会経済的状态などの実態を把握するとともに、優先的に看護支援すべきハイリスク者を特定するために参考となる指標を見つけることであった。

【方法】沖縄県内の出産を扱う産科医療機関全数34施設の産科病棟師長ら34名を対象に郵送による自記式質問紙調査を行った。

【結果】20施設20名(回収率58.8%)の回答から2010年の10代母親185人のデータを得た。これは本県の10代母親総数439人の約42%であった。平均出産年齢は18.0歳(±1.1)、夫・パートナーの平均年齢20.9歳(±4.1)、婚姻率50%で、「どちらかの実家に同居」48%、「核家族」34%であった。本人の65%が「無職」で、夫・パートナーの63%が「有職」であった。本人またはパートナーが婚姻年齢に達していないカップルは18組であった。10代母親の初診は、妊娠11週以内57%で、県内の妊娠届け出の11週以内85%に比べかなり低く、20週以降の初診も18%で遅い者が明らかに多かった。また、妊娠中の異常は7割を超え、沖縄県の妊婦一般健康診査受診者の有所見率42%に比べ高率であり、貧血や切迫早産、早産・低出生体重児の出生割合も高かった。新生児異常は17歳以上に比べ15・16歳の母親は有意に高かった($\chi^2=10.335$, $\Phi=1$, $p=0.001$)。退院後1か月の来院者は99%であった。リスク者判別の指標は重回帰分析の結果「夫・パートナーのクラス参加」、「本人の就業」、「夫・パートナーの就業」、「10代母親家族の受け入れ」の4変数の組み合わせで最も高い決定係数 $R^2=0.487$ が得られた。

【結論】10代母親は成人母親と比べ、医学的有所見率が高く保健行動にも問題があることがわかった。また、彼女らの社会経済的状况、医学的所見は多様なので出産年齢だけでは支援の必要性を判断できないこと、10代母親の否定的側面だけでなく肯定的側面にも目を向ける必要のあること、彼らの特徴を理解し個別性を考慮した看護支援が求められることが示唆された。ハイリスク者の特定に有用な指標として社会経済的な4変数を特定できたが、これも含めて沖縄県の10代母親に関する更なる調査が必要である。

キーワード：10代母親 沖縄県 産科医療機関 看護支援 ハイリスク者

1. はじめに

我が国では10代母親における周産期死亡率は2013年現在6.3と全体の1.7倍にもものぼり、母子保健上の重要な課題の一つである。2009年には児童福祉法第6条の3で出産後の養育について妊娠期から継続的な支援が特に必要な妊婦と定義される「特定妊婦」として若年妊娠など、妊娠中からの支援の重要性が法的にも示された(厚生労働省2009)。沖縄県では、「健やか親子おきなわ21」の2010年の目標に「全出産数に対する10代母親の割合を全国平均以下にする」を掲げ努力したが、2012年の全出生数に占める10代母親の割合は2.8%と全国1.2%の2.3倍である。全国的には年々減少傾向にあるが、沖縄県では

2010年、2011年の2.6%よりも増加している状況がある(沖縄県, 2012; 厚生労働省, 2011)。また、2008~2012年の15~19歳女性の出生率は沖縄県10.9で、全国4.9の約2.3倍である(総務省統計局)。ここでいう10代母親とは、10代で出産した女性を指し、その女性が妊娠期、出産期、産褥期、育児期のどの時期にあってもこの用語を用いる。

10代母親に関して国内外の研究が数多くなされてきた。国内において、2000年前半までは10代母親を、子育てに問題が起こる要因(前川, 2001)、乳幼児虐待発生のリスク者(小林, 2002; 小泉, 2002; 中澤ら, 2005)、養育態度や養育行動が未熟(佐藤ら, 1991; 田口ら, 1991)、年齢

の若い者ほど子どもとの関わりが不足（木寺ら、1990）とした報告があった。しかし、その後、10代母親の様々な側面を検討する研究が増え、医学的所見と保健行動の特徴として、初診時期の遅れ、妊婦健康診査受診回数の少なさ、貧血、切迫早産、低出生体重児出産（滝本、2008；定月、2009）、思春期のやせ（赤井・松嶋、2010）などの報告が出された。

また、社会生態学的観点からなされた研究もあり、10代で母親になることは本人の学業を中断させ、親世代や周囲の困惑をもたらし、パートナーとの未熟で不安定な関係や脆弱な社会経済的基盤などによって問題を生じさせ（平尾、2005；森田、2008；小林、2007；定月、2013）、その後の生活に大きな社会的リスクを抱える可能性があること（定月、2013）などが指摘された。

国外では、社会経済的貧困、家族崩壊および低い教育レベルが10代妊娠に関係があるとした欧州連合25カ国を対象にした大規模研究（Imamura et al, 2007）をはじめ、10代母親の支援プログラムの評価に関する研究（Barlow J et al, 2007；Brinkman et al, 2010；Scott, 2010；Sunders et al, 2011）など、先駆的な研究が活発になされている。日本では10代母親に対する大規模な社会的支援プログラム研究や評価研究は見当たらない。

沖縄県にとって10代母親問題は重要課題であるが、詳細なデータが公表されていない。全県的な10代母親に関する報告は、「若年妊産婦支援マニュアル」作成のために保健師を対象に調査した10代妊産婦支援に関する調査報告（沖縄県福祉保健部、2005）、それらもとにまとめた永山ら（2007）の研究報告のみで、身体的問題、精神心理的問題、養育力の問題、経済的な問題、こどもの問題やハイリスク要因などが報告されている。しかし、県内の産科医療施設における10代母親の実態を我々は正確に知らないため、

効果的な支援方法が見いだせないことが課題である。本研究は沖縄県内の出産を取り扱う産科施設の10代母親の現状を把握し、限られた看護資源を活かすために優先的に支援の必要なハイリスク者の特定に参考となる指標を見つけることに着目した。支援優先度の高い10代母親を特定できれば、助産師の数が少ない支援者の不足している施設でも対象を特定することにより個別的で効果的な支援の可能性が期待できるかもしれない。

本研究の目的は、沖縄県内の産科医療施設における産科病棟等の責任者を対象に調査を行い、2010年に出産した10代母親の身体的・社会経済的状态などの実態を把握するとともに、優先的に看護支援すべきハイリスク者を特定するために参考となる指標を見つけることであった。主たる研究設問は、沖縄県内産科医療機関を受診した10代母親のうち優先的に看護支援すべき人は誰かである。補助的研究設問は1)10代母親の医学的所見と保健行動はどのような状態か、2)彼らの社会経済的背景はどのような状態か、3)ハイリスク者の特定に有用な指標は何かである。

2. 方法

1) 調査方法

研究デザインは調査研究である。研究対象は沖縄県内の医療機関登録「うちなあeネット」に登録されている産科医療機関で出産を扱っている県内全保健医療圏の施設34カ所（北部3、中部11、南部17、宮古・八重3）の産科病棟等の責任者34人であった。

データ収集の方法は郵送による無記名の自記式質問紙法で、同封の返信用封筒で回収した。質問紙は2種類あり、第1は施設の概要と回答者の属性など、第2は当該施設における過去1年間（2010年1月～12月）の10代母親について、年齢・婚姻状況などの基本的情報の他、家族形態、就業状況などの社会経済状態、診療録等か

ら得られる医学的所見、妊婦健診受診などの保健行動、保健指導や保健師との連携、退院後のフォローなどであった。調査期間は2011年11月から2012年3月末の間であった。

2) 分析方法

(1) 10代母親の医学的所見と保健行動

統計パッケージSPSS Ver. 19を用いて単純集計を行った後、母親の出産年齢別に妊娠・出産・産褥、新生児についての医学的所見、保健行動、社会経済的状態について記述統計を行った。その後、母親の出産年齢別の医学的所見を χ^2 検定、母親の年齢と夫・パートナー年齢の組み合わせについて相関係数をもとめた。

(2) 社会経済的背景

出産年齢と夫・パートナー年齢別の社会的特徴として、家族形態、婚姻状況、本人と夫・パートナーの年齢別就業状況について、出産年齢別カップルを組み合わせで一覧表を作成し分析検討を行った。また、年齢別の組み合わせから法的に婚姻年齢に達しないカップルを把握した。

(3) ハイリスク者の特定に有用な指標

ハイリスク者の判別に参考となる社会経済的指標を特定するために、妊娠リスクスコア(久保ら2009)を参考に算出したリスク得点を従属変数に、社会経済的指標の9変数を独立変数として、ステップワイズ法で重回帰分析を行った。「妊娠リスクスコア」は、ハイリスク妊婦の抽出や妊婦自身が自己評価を行い、リスクに応じた出産施設選択に利用されている。妊娠初期用18項目、妊娠後半期用11項目の質問で構成され、妊婦が自己評価しやすいよう既往疾患や既往産科歴などについて一つ一つの質問項目を選択してリスク得点を算出できる。各項目は1点～2点、疾患によっては5点の配点もあり、得点が高くなるほどリスクが高いことを示している。

「妊娠リスクスコア」の判別は、0～1点を現時点で問題なし(低リスク者)、2～3点を中リスク者、4点以上を高リスク者としている。

本調査では回答者が看護職者であるため、既往疾患歴や手術歴、既往産科歴等は一つの項目にまとめた。また、10代母親本人への調査ではないため、喫煙、飲酒などの嗜好品の頻度や量、身長、体重、妊娠中の体重増加量、薬物の服用歴、不妊治療歴、詳細な婦人科疾患歴などは正確な情報が得られないと判断して除外し、客観データに基づく質問項目に限定した。質問項目および主な得点基準を以下に示す。出産年齢(15歳以下:1点)、出産歴(初産1点)、既往歴(気管支喘息、精神神経疾患など:2点)、既往産科歴(妊娠高血圧症候群、帝王切開、早産など:各1点)、既往婦人科疾患(子宮頸部円錐切除術など:1点)、初診の時期(28週以降:1点、分娩時:2点)、妊婦健診受診状況(2回以下:1点)、妊娠初期検査の異常(性感染症:1点)、妊娠経過中の異常(切迫早産:34週以後1点、33週以前2点、破水や入院:2点、前置胎盤:2点)、胎児・新生児の発育(胎児発育不全2点、低出生体重児:1点)、羊水量(過少:2点、過多5点)、新生児の異常(1点)の12項目を本研究におけるリスク得点の算定項目とした。

3) 倫理的配慮

本研究計画は筆者が所属する大学の研究倫理審査委員会の承認を得た後、施設の研究規則手続きを経て実施した。対象者に目的及び方法、参加の任意性及び中途の離脱の保障、個人情報保護、データの目的外使用の禁止等について文書で説明した。質問紙の回答及び返信をもって調査への同意とした(承認番号10019)。

4. 結果

1) 質問紙の回収状況

県内の20施設（北部1，中部6，南部11，宮古・八重山2）20人の看護職者から回答があり、回収率58.8%であった（表1）。20施設の2010年1月～12月の10代出産数は197件で、南部78（約50%）、中部70（約36%）、離島29（約15%）、北部0件であり、そのうちの10代母親、185件のデータが得られた。回答者20人の年齢は50代以上が

約半数を占め、看護経験年数は8～43年で、平均21.6年（±8.9）、職位は病棟師長10人（50%）、主任1人（5%）、病棟助産師6人（30%）、産科外来担当看護師1人（5%）、無回答2人（10%）であった。

表1 調査施設の概要

	北部	中部	南部	宮古・八重山	計
依頼数	3	11	17	3	34
回収数(%)	1 (33.3)	6 (54.5)	11 (58.8)	2 (66.6)	20 (58.8)
(回収施設の内訳：再掲)					
産科診療所/ 産科病院	0	5	7	0	12 (60.0)
総合病院・一般病院産科	1	1	4	2	8 (40.0)
回収施設における 2010年の10代出産数	0	70 (35.5)	98 (49.7)	29 (14.7)	197 (100)
(出産数の内訳：再掲)					
産科診療所・産科病院	0	62	66	0	128 (65.0)
総合病院・一般病院産科	0	8	32	29	69 (35.0)

注1) 数字は施設数、または10代出産数

注2) () は%を示す

表2 10代母親の年齢別基本属性

	全体	15歳	16歳	17歳	18歳	19歳
婚姻状況						
有	92 (50.0)		7 (38.9)	5 (19.2)	31 (55.4)	49 (61.3)
無	44 (23.9)	4 (100)	6 (33.3)	11 (42.3)	10 (17.9)	13 (16.2)
入籍予定	38 (20.6)		4 (22.2)	9 (34.6)	12 (21.4)	13 (16.3)
不明	10 (5.4)		1 (5.6)	1 (3.8)	3 (5.3)	5 (6.3)
家族形態						
親と同居	89 (48.4)	4 (100)	12 (66.7)	18 (69.2)	22 (39.3)	33 (41.3)
核家族	63 (34.2)		4 (22.2)	6 (23.1)	21 (37.5)	32 (40.0)
その他	3 (1.6)			1 (3.8)	1 (1.9)	1 (1.3)
不明	29 (15.8)		2 (11.1)	1 (3.8)	12 (21.4)	14 (17.5)
就業状況						
有	33 (17.9)			3 (11.5)	8 (14.3)	6 (7.5)
無	120 (65.2)	2 (50.0)	13 (72.2)	16 (69.6)	39 (69.6)	50 (62.5)
学生	25 (13.6)	1 (25.0)	4 (22.2)	6 (23.1)	8 (14.3)	6 (7.5)
不明	6 (3.3)	1 (25.0)	1 (5.6)	1 (3.8)	1 (1.8)	2 (2.5)
産科歴n=183						
初産	162 (88.5)	4 (100)	17 (100)	23 (88.5)	50 (89.3)	68 (85.0)
1回経産	20 (10.9)			3 (11.5)	6 (10.7)	11 (13.8)
2回経産	1 (0.5)					1 (1.3)

注1) n=184

注2) 各変数のnは無回答を除いた数である

2) 10代母親の状況

(1) 10代母親、夫・パートナーの属性と社会経済的状況

①10代母親の基本属性

10代母親(以下、本人)の出産当時の年齢は最年少15歳、最年長19歳であった。平均年齢18.0歳(±1.1)、内訳は15歳4人(2.2%)、16歳18人(9.7%)、17歳26人(13.9%)、18歳56人(30.1%)、19歳80人(43.0%)、無回答1人(0.5%)であった(表2)。夫・パートナーの年齢は最年少15歳、最年長38歳、平均年齢20.9歳(±4.1)で、19歳34人(18.3%)が最も多く、18歳23人(12.4%)、21歳18人(9.7%)、20歳16人(8.6%)、22歳15人(8.1%)であった。

次に婚姻状況は「結婚」92人(50.0%)、「入籍予定」38人(20.6%)、「未婚」44人(23.9%)、不明(無回答含む)11人(5.4%)であった。家族形態は「本人/夫の実家に同居」89人(48.4%)、「夫・パートナーとの核家族」63人(34.2%)、その他「祖父母、きょうだいと同居」3人(1.6%)、不明29人(15.8%)であった。家族形態は「実家に同居」が最も多く、15歳で100%、16、17歳は各7割、18、19歳は各4割であった。(表2)。

10代母親の就業状況は「無職」120人(65.2%)、「学生」25人(13.6%)、「有職」33人(17.9%)、不明6人(3.3%)であった(表2)。職種は「飲食店・居酒屋」が多かった。夫・パートナーの就業状況は「有職」115人(62.5%)、「学生」14人(7.6%)、「無職」6人(3.3%)、不明49人(26.5%)であり、「不明者」の半数は未婚カップルであった。職種は不明75人(40.3%)、建築・土木関係32人(17.1%)、会社員15人(8.1%)、自営業7人(3.7%)などであった。

②カップルの組み合わせの状況

本人が婚姻年齢に達しない15歳4人中3人(75%)はパートナーも15歳であった。パートナーが15~17歳で婚姻年齢に達しない者は17人(10.8%)おり、本人の年齢は15歳3人(17.6%)、

16歳4人(23.5%)、17歳6人(35.3%)、18歳4人(23.5%)であった(表3)。夫・パートナーと本人の年齢間には弱い相関がみられた($r=0.245$, $p=0.002$)。カップルの就業状況で、最も多いのは「夫・パートナーのみ就業」91人(49.5%)、「本人と夫・パートナー共に就業」24人(13.0%)、「2人とも無職または学生」20人(10.9%)、「本人のみ就業」9人(4.9%)、「本人無職で夫・パートナー不明」と「2人とも不明」40人(21.7%)であった。

(2) 本人の産科医学的所見と保健行動

出産回数は初産が162人(88.5%)、1回経産20人(10.9%)、2回経産1人(0.5%)であり、出産年齢別の初産の割合は15歳と16歳が共に100%、17、18歳が各90%弱、19歳が85%であった。1回経産は17歳3人(11.5%)、18歳6人(10.7%)、19歳11人(13.8%)であり、2回経産は19歳1人であった。出産施設は産科診療所96人(52.2%)、総合病院の産科78人(42.4%)、産科病院10人(5.4%)であった。

①妊娠期

初診の時期は妊娠「11週以内」が90人(57.0%)、「12~19週」40人(25.3%)、「20~27週」23人(14.6%)、「28週以降」5人(3.2%)、不明27人(14.7%)あった。妊婦健診の受診回数は「0回」1人(0.6%)、「1~5回」11人(6.6%)、「6~10回」63人(38.0%)、「11~14回」65人(38.6%)、「15回以上」21人(12.7%)であった(表4)。妊婦健診回数「0回」の1人は19歳、「1~5回」の11人は15歳1人、17歳4人、18歳2人、19歳4人であった(表4)。

妊娠中の異常は「あり」が127人(72.2%)で、その内訳は貧血、切迫早産が多く、妊娠高血圧症候群もあった。15歳の4人は全員が異常「あり」で、初診の時期は「11週以内」と「20~27週」がそれぞれ2人、妊婦健診回数は「3~5

賀数いづみ：沖縄県における10代母親の現状とハイリスク者の特定

表3 出産年齢と夫・パートナー年齢別にみる社会的特徴

		夫・パートナーの年齢							年齢不明/NA
		15~17歳	18~19歳	20~24歳	25~29歳	30~34歳	35歳以上		
n=184	全体	17 (9.2)	57 (30.9)	59 (32.1)	18 (9.8)	1 (0.54)	5 (2.7)	27 (14.7)	
15歳	4 (100)	3 (75.0)	0	0	0	0	0	1 (25.0)	
家族	核家族								
	実家に同居	4 (100)	3 (75.0)					1 (25.0)	
	その他								
就業	本人								
	有	3 (75.0)	2 (66.7)					1 (100)	
	無/学生	1 (25.0)	1 (33.3)						
	不明/NA								
パートナー	有	2 (50.0)	2 (50.0)						
	無/学生	2 (50.0)	1 (25.0)					1 (100)	
	不明/NA								
16歳	18 (100)	4 (22.2)	2 (11.1)	6 (33.3)	2 (11.1)	0	1 (5.6)	3 (16.7)	
婚姻	有/入籍予定	11 (61.1)	2 (50.0)	2 (33.3)	4 (66.7)		1 (100)	2 (66.6)	
	無	6 (33.3)	2 (50.0)	1 (16.7)	2 (100)			1 (33.3)	
	不明/NA	1 (5.6)		1 (16.7)					
家族	核家族	4 (22.2)		1 (50.0)	1 (50.0)		1 (100)	1 (33.3)	
	実家に同居	12 (66.7)	4 (100)	1 (50.0)	5 (83.3)	1 (50.0)		1 (33.3)	
	その他								
	不明/NA	2 (11.1)		1 (16.7)				1 (33.3)	
就業	本人								
	有	17 (94.4)	4 (100)	2 (100)	6 (100)	2 (100)	1 (100)	2 (66.7)	
	無/学生	1 (5.6)						1 (33.3)	
	不明/NA								
パートナー	有	12 (66.7)	3 (75.0)	2 (100)	4 (66.7)	1 (50.0)	1 (100)	1 (33.3)	
	無/学生	2 (11.1)			1 (16.7)	1 (50.0)			
	不明/NA	4 (22.2)	1 (25.0)		1 (16.7)			2 (66.6)	
17歳	26 (100)	6 (23.1)	8 (30.7)	5 (19.2)	1 (3.9)	0	1 (3.9)	5 (19.2)	
婚姻	有/入籍予定	14 (53.8)	4 (66.7)	5 (62.5)	2 (40.0)	1 (100)	1 (100)	1 (20.0)	
	無	11 (42.3)	2 (33.3)	3 (37.5)	3 (60.0)			3 (60.0)	
	不明/NA	1 (3.8)						1 (20.0)	
家族	核家族	6 (23.1)		2 (25.0)	2 (40.0)		1 (100)	1 (20.0)	
	実家に同居	18 (69.2)	6 (100)	6 (75.0)	3 (60.0)			3 (60.0)	
	その他	1 (3.8)						1 (20.0)	
	不明/NA	1 (3.8)			1 (100)				
就業	本人								
	有	3 (11.5)		1 (12.5)	1 (20.0)			1 (20.0)	
	無/学生	22 (84.6)	5 (83.3)	7 (87.5)	4 (80.0)	1 (100)	1 (100)	4 (80.0)	
	不明/NA	1 (3.8)	1 (16.7)						
パートナー	有	15 (57.7)	2 (33.3)	6 (75.0)	1 (20.0)	1 (100)	1 (100)	4 (80.0)	
	無/学生	5 (19.2)	3 (50.0)	1 (12.5)	1 (20.0)				
	不明/NA	6 (23.1)	1 (16.7)	1 (12.5)	3 (60.0)			1 (20.0)	
18歳	56 (100)	4 (7.1)	22 (39.3)	15 (26.8)	6 (10.7)	0	1 (1.8)	8 (14.3)	
婚姻	有/入籍予定	43 (76.8)	4 (100)	19 (86.4)	12 (80.0)	3 (50.0)		5 (62.5)	
	無	10 (17.9)		3 (13.6)	1 (6.7)	2 (33.3)	1 (100)	3 (37.5)	
	不明/NA	3 (5.3)		2 (13.3)	2 (33.3)	1 (16.7)			
家族	核家族	21 (37.5)	1 (25.0)	8 (36.4)	9 (60.0)	2 (33.3)		1 (12.5)	
	実家に同居	22 (39.3)	3 (75.0)	7 (31.8)	4 (26.7)	4 (66.7)	1 (100)	3 (37.5)	
	その他	1 (1.8)		1 (4.5)					
	不明/NA	12 (21.4)		6 (27.3)	2 (13.3)			4 (50.0)	
就業	本人								
	有	8 (14.3)	1 (25.0)	2 (9.1)	2 (33.3)		1 (100)	2 (25.0)	
	無/学生	47 (83.9)	3 (75.0)	20 (90.9)	15 (100)	3 (50.0)		6 (75.0)	
	不明/NA	1 (1.8)			1 (16.7)				
パートナー	有	30 (53.6)	2 (50.0)	12 (54.5)	11 (73.3)	3 (50.0)	1 (100)	1 (12.5)	
	無/学生	7 (12.5)	1 (25.0)	5 (22.7)	1 (6.7)				
	不明/NA	19 (33.9)	1 (25.0)	5 (22.7)	3 (20.0)	3 (50.0)		7 (87.5)	
19歳	80 (100)	0	25 (31.2)	33 (41.2)	9 (11.3)	1 (1.3)	2 (2.5)	10 (12.5)	
婚姻	有/入籍予定	62 (77.5)		20 (80.0)	26 (78.8)	8 (88.9)	1 (100)	2 (100)	
	無	13 (16.3)		4 (16.0)	4 (12.1)	1 (11.1)		4 (40.0)	
	不明/NA	5 (6.2)		1 (4.0)	3 (9.1)			1 (10.0)	
家族	核家族	32 (40.0)		7 (28.0)	17 (51.5)	3 (33.3)	1 (100)	2 (20.0)	
	実家に同居	33 (41.3)		15 (60.0)	8 (24.2)	3 (33.3)	2 (100)	7 (70.0)	
	その他	1 (1.2)				1 (11.1)			
	不明/NA	14 (17.5)		3 (12.0)	8 (24.2)	2 (22.2)		1 (10.0)	
就業	本人								
	有	22 (27.5)		8 (32.0)	10 (30.3)		1 (50.0)	3 (30.0)	
	無/学生	56 (70.0)		17 (68.0)	22 (66.7)	8 (88.9)	1 (50.0)	7 (70.0)	
	不明/NA	2 (2.5)			1 (3.0)	1 (11.1)			
パートナー	有	58 (72.5)		19 (76.0)	28 (84.8)	8 (88.9)	1 (100)	2 (100)	
	無/学生	4 (5.0)		2 (8.0)	1 (3.0)			1 (10.0)	
	不明/NA	18 (22.5)		4 (16.0)	4 (12.1)	1 (11.1)		9 (90.0)	

注1) NA：無回答 注2) () は%を示す

回」1人、「6～10回」1人、「11～14回」2人であった。マタニティクラスへの参加状況は本人の「参加」が56人(41.8%)、夫・パートナーの「参加」が9人(10.1%)であった。

②出産・産褥期と新生児の所見

分娩様式は自然分娩146人(79.8%)、吸引分娩17人(9.3%)、帝王切開20人(10.9%)であった。年齢別では15歳の自然分娩は50%であったが、16歳～19歳では自然分娩80～83%で差はなかった。入院中の褥婦の異常は「あり」が24人(13.4%)で、その内訳は「重症貧血」が多かった。新生児は正常144人(81.4%)、低出生体重児24人(13.6%)、早産児6人(3.4%)、その他3人(1.7%)であった(表4)。新生児異常が「ある」者は23人(16.4%)、15～16歳8人(42.1%)、17～19歳20人(13.2%)で、統計的に有意な年齢差があった($\chi^2=10.335$, $\phi=1$, $p=0.001$)。新生児異常は新生児黄疸による光線療法が多かった。

3) リスク得点と関連因子

周産期におけるハイリスク者の判別に参考となる社会経済的指標を特定するために、「妊娠リスク得点」の得点を従属変数に、独立変数は「家族の形態」、「10代母親と家族の関係性」、「初診の時期」、「10代母親に対する家族の受け入れ状況」、「パートナーのクラス参加」、「看護者による家族指導」、「婚姻状況」、「本人の就業状況」、「夫・パートナーの就業状況」の9変数として、ステップワイズ法による重回帰分析を行った。

本調査におけるリスク得点は最小0点、最大9点で、0～1点73人(39.7%)、2～3点73人(39.7%)、4点以上が38人(20.6%)であり、平均が2.4(±1.7)であった。重回帰分析の結果「本人の就業」、「夫・パートナーの就業」、「夫・パートナーのクラス参加」、「10代母親に対する家族の受け入れ状況」の4つの変数の組み合わせで、最も高い重相関係数 $R=0.698$ 、決定係数 $R^2=0.487$ が得られた(表5)。

4) 退院後のフォローおよび地域連携

10代母親を保健師につなぐために「連絡した」が77人(47.0%)、「していない」が88人(53.0%)であった。「連絡をした看護職の所属」は総合病院62人(79.5%)、産科診療所・産科病院15人(17.2%)であり、有意な施設差があった($\chi^2=64.024$, $\phi=2$, $P=0.000$)。退院後は母乳外来や1か月健診で98.9%がフォローされていた。

4. 考察

沖縄県内の分娩を扱う産科医療機関20施設20人の病棟師長らに実施した質問紙調査から15歳～19歳までの185人の10代母親について、彼らの属性や社会経済的背景、産科医学的所見、保健行動等の実態を把握すると共に、リスク得点に関連する変数を特定した。彼らは2010年の沖縄県の10代母親総数439名の約42%に相当した(沖縄県福祉保健部, 2013)。

1) 10代母親の医学的所見と保健行動

10代母親の初診は妊娠11週以内が57.0%であり、沖縄県内の妊婦届け出の11週以内85.1%(沖縄県福祉保健部, 2013)に比べかなり低く、20週以降の初診も17.6%あり、初診が遅れる者が明らかに多かった。また、妊娠中の異常「あり」は7割を超え、沖縄県の妊婦一般健康診査受診者の有所見率42%(沖縄県福祉保健部, 2013)に比べかなり高く、貧血や切迫早産、早産、低出生体重児も高率であった。これらの結果は、沖縄県が今後も継続して10代母親の問題に重点的に取り組む必要のあることを示していた。取り組みの第一歩は、10代で妊娠した女性をいかに把握するかであり、彼らが保健医療システムの入口に立ったときを見逃さず、彼らの心情を理解し、相談できる仕組みをいかに作るかが問われている。また、退院後も10代母親は届け出た住所から転居を繰り返し(賀数ら, 2009)、届け出の手続きも怠りがちなため、公的

賀数いづみ：沖縄県における10代母親の現状とハイリスク者の特定

表4 10代母親の妊娠・出産・産褥・新生児の状況および地域連携

	全体	15歳	16歳	17歳	18歳	19歳
出産施設 n=184		4 (2.2)	18 (9.7)	26 (14.1)	56 (30.3)	80 (43.2)
産科診療所/産科病院	106 (57.6)	2 (5.0)	12 (66.7)	10 (38.5)	33 (58.9)	49 (61.3)
総合病院/一般病院	78 (42.4)	2 (5.0)	6 (33.3)	16 (61.5)	23 (41.1)	31 (38.8)
保健師への連絡 n=164						
産科診療所/産科病院有	15 (17.2)		4 (40.0)	1 (6.7)	3 (10.7)	7 (21.9)
無	71 (82.6)	1 (100)	6 (60.0)	8 (88.8)	25 (89.3)	31 (81.6)
総合病院産科有	62 (79.5)	2 (100)	6 (100)	14 (93.3)	14 (60.9)	26 (83.9)
無	16 (20.5)			2 (20.0)	9 (39.1)	5 (16.1)
初診時期 n=158						
11週以内	90 (57.0)	2 (50.0)	9 (56.3)	11 (50.0)	22 (46.8)	46 (66.7)
12～19週	40 (25.3)		5 (31.3)	4 (18.2)	17 (36.2)	14 (20.3)
20～27週	23 (14.6)	2 (50.0)	1 (6.3)	6 (27.3)	7 (14.9)	7 (10.1)
28週以降	5 (3.2)		1 (6.3)	1 (4.5)	1 (2.1)	2 (2.9)
妊婦健診の受診回数 n=166						
0	1 (0.6)					1 (1.4)
3回未満	2 (1.2)			1 (4.3)	1 (2.0)	
3～5回	9 (5.4)	1 (25.0)		3 (13.0)	1 (2.0)	4 (5.6)
6～10回	63 (38.0)	1 (25.0)	8 (44.4)	8 (34.8)	25 (50.0)	21 (29.6)
11～14回	64 (38.6)	2 (50.0)	9 (50.0)	7 (30.4)	14 (28.0)	32 (45.1)
15回以上	21 (12.7)			2 (8.7)	7 (14.0)	12 (16.9)
不明	6 (3.6)		1 (5.6)	2 (8.7)	2 (4.0)	1 (1.4)
妊娠中の異常 n=176						
有	127 (72.2)	4 (100)	11 (61.1)	15 (60.0)	37 (69.8)	60 (78.9)
無	49 (27.8)		7 (38.9)	10 (40.0)	16 (30.2)	16 (21.1)
異常の内訳 (複数回答)						
貧血	78 (44.3)	3 (75.0)	6 (33.3)	11 (44.0)	23 (43.4)	35 (46.1)
切迫早産	60 (34.1)	2 (50.0)	6 (33.3)	7 (28.0)	16 (30.2)	29 (38.2)
妊娠高血圧症候群	6 (3.4)	1 (25.0)	1 (5.6)	0	3 (5.7)	1 (1.3)
その他	24 (13.6)	0	2 (11.8)	2 (8.0)	9 (17.0)	11 (14.5)
分娩様式 n=183						
自然分娩	146 (79.8)	2 (50.0)	15 (83.3)	21 (80.8)	44 (80.0)	64 (80.0)
吸引分娩	17 (9.3)	2 (50.0)	2 (11.1)	1 (3.8)	6 (7.5)	6 (7.5)
帝王切開	20 (10.9)		1 (5.6)	4 (15.4)	5 (9.1)	10 (12.5)
産褥の異常 n=179						
異常あり	24 (13.4)	1 (25.0)	2 (12.5)	3 (11.5)	6 (10.7)	12 (50.0)
異常なし	154 (86.0)	3 (75.0)	14 (87.5)	23 (88.5)	50 (89.3)	64 (83.1)
不明	1 (0.6)					1 (1.3)
新生児の状況 n=177						
正常新生児	144 (81.4)	3 (75.0)	15 (83.3)	18 (72.0)	48 (90.6)	60 (77.9)
低出生体重児	24 (13.6)	1 (25.0)	2 (11.1)	4 (16.0)	5 (9.4)	12 (15.6)
早産児	6 (3.4)	0	1 (5.6)	2 (8.6)	0	3 (3.9)
その他	3 (1.7)	0	0	1 (4.0)	0	2 (2.6)
新生児の異常 n=171						
異常あり	28 (16.4)	3 (75.0)	5 (33.3)	4 (15.4)	6 (11.1)	10 (13.9)
異常なし	143 (83.6)	1 (25.0)	10 (66.7)	22 (84.6)	48 (88.9)	62 (86.1)

注1) 各変数のnは無回答を除いた数

支援サービスを受けられないことも多い。しかし、本調査によれば、出産後1か月時点までは約99%が把握されており、この機会を大切にしてお見守りするための社会的ネットワークの構築など、有効な対策をとる必要があるだろう。

2) ハイリスク者の特定に有用な指標

カップルの中には、本人またはパートナーが婚姻年齢に達しない家族の保護・監督を必要とする者が約1割、18組いた。また、実家に同居、祖父母らとの同居が5割おり、同居の理由は経済的援助と育児支援と推測された。約3割の核家族の者だけでなく、これらの同居者に対しても保健師等の家庭訪問などにより、安定した生活ができているか確かめる必要があるだろう。本人や夫・パートナーの年齢、婚姻の状態、家族形態、就業状況、ソーシャルサポートなどから10代母親の背景は多様であり、一概に10代母親の年齢だけで支援の必要性を判断することは不適切なことがわかった。

重回帰分析の結果、リスク者特定の有用な指標として本人と夫・パートナーの就業状況、夫・パートナーのクラスへの参加、10代母親への家族の受け入れ状況の4変数の組み合わせで約48%説明できることがわかった。つまり、リスク得点の高い10代母親は、夫・パートナーに仕事がなく、本人が働いている者で、病院等で実施される母親学級などの企画には夫・パートナーも一緒に参加しており、10代母親の親など

家族がわが子の妊娠・出産の現実を受け入れている環境にあるということであった。この結果は10代母親が稼ぎ手として役割を担わざるを得ないことから多忙のために適切な保健行動がとれず、母体や新生児の異常等を引き起こし、リスク得点が高くなったとも解釈できる。また、母親学級等への夫・パートナーの参加は一見両者の関係が良好のように見えるが、働かない夫は時間的余裕があり、一緒に参加が時間的に可能であっただけなのかもしれないし、10代母親の状態が良くないので心配して同行したともとれるため、より両者の関係をきめ細かく観察する必要がある。さらに、リスクの高い10代母親に対する親など家族の受け入れがよかったことは、10代母親にリスクがあったからこそかもしれないし、それまで家族と疎遠だった10代母親でもハイリスクの状態にある場合は、10代妊娠・出産をきっかけに家族から支援を得られやすい状況がうまれるのかも知れない。

この結果と同様な見解を示した欧米の研究は多い。10代で母親になるという選択は、社会経済的に将来の機会を制限された彼女らの肯定的な適応機構が働いた結果で、建設的で現実的な選択肢であったとみるべきかもしれないと述べている (Coleman, 2003; Hanna, 2001; Quinlivan, 2004)。また、学業に苦勞する少女にとって母親になることは彼らが直面している不利な環境から脱出する代替手段かもしれないし、また、10代妊娠が薬物依存などのハ

表5 リスク得点の関連変数

重回帰分析	従属変数：ハイリスク得点	標準化係数	有意確率
1.	本人の就業 (なし：0, あり：1)	0.481	0.0001
2.	夫・パートナー就業 (なし：0, あり：1)	-0.411	0.002
3.	クラスへの夫・パートナーの参加(なし：0, あり：1)	0.391	0.001
4.	10代母親への家族の受け入れ(否定的：0, 肯定的：1)	0.250	0.037
重相関係数		R = 0.698	
決定係数		R ² = 0.487	

注1) 重回帰分析は従属変数：リスク得点、独立変数：家族形態、家族関係、初診時期、家族の受け入れ、夫・パートナーのクラス参加、家族指導、婚姻、本人就業、夫・パートナー就業の9変数を投入し、ステップワイズ法で分析した。

イリスク行動を減ずる介入機会もしくは改善を助ける可能性もあり、妊娠をやりがいのある肯定的なライフイベントとして捉えるべきとの報告もあった (Flanagan, 1999; Koniak- Griffin & Anderson, 1999)。さらに、子どもの頃の虐待やネグレクトを経験したハイリスクの10代少女が、親になることは家族からの支援を受けてより肯定的な関係を構築する機会を提供したこと (Williams & Vines, 1999) や、妊娠・出産を機に実母や家族との関係性を再構築する機会になった (Neu & Robinson, 2008) との報告もあった。

したがって、彼らを支援する看護職者は10代母親の否定的側面だけに目を向けることなく、起きている現実を受け止め、適切な介入及び支援によって10代母親の成長発達を促す機会として肯定的に捉えることの意義を再確認すべきである。今後は、医療機関のもつ周産期データと育児期の10代母親と乳児の家庭訪問の結果を共有し、解析する必要があると考える。また、前方視的な縦断調査によるデータ解析も必要だろう。

研究の限界

今回の研究は、後ろ向き調査であり周産期の異常所見など10代母親にとっての明らかなマイナス要因が把握できた。しかし、情報源が看護職者であり10代母親本人ではないため、社会経済的情報に関しカルテ等記録の不備から無回答が多く限界があった。今後は10代母親も情報源として含め、同様の調査を継続し、より正確な実態把握のためにデータを積み重ねていきたい。また、Bronfenbrennerら (1994) は社会生態学モデルにおいて、自らの社会環境に能動的に働きかける本人のもつ力も重要な構成要素としているので、今後は10代母親の問題解決能力や対処力なども視野に入れて研究を進めていきたい。

5. 結論

本研究結果から、10代母親は成人母親と比べ初診の遅い者が多く、周産期の異常所見率が高いことがわかった。また、彼女らの社会経済的状况、医学的所見は多様なので出産年齢だけでは支援の必要性を判断できないこと、10代母親の否定的側面だけでなく肯定的側面にも目を向ける必要のあること、若年者の特徴を理解し個別性を考慮した看護支援が求められていることが示唆された。ハイリスク者の特定に有用な指標として社会経済的な4変数が特定できたが、これらも含めて沖縄県の10代母親に関する更なる調査が必要である。

謝辞

本研究は、平成23年度沖縄県立看護大学の学長奨励研究の一部である。本調査にご協力いただきました産科医療機関の関係者のみなさまに心より感謝申し上げます。

文献

- 赤井由紀子, 松嶋紀子. (2010). 十代妊婦の支援体制への課題, 川崎医療福祉学, 20 (1), 243-247.
- Barlow J, Davis H, McIntosh E, Jarrett P, Mockford C, Stewart-Brown S. (2007 Mar). Role of home visiting in improving parenting and health in families at risk of abuse and neglect: results of a multicentre randomized controlled trial and economic evaluation: Archives of Disease, Child, 92 (3) 229-33.
- Brinkman SA, Johnson SE, Lawrence D, Codde JP, Hart MB, Straton JA, Silburn. (2010, Oct).
- Study protocol for the evaluation of an Infant Simulator based program delivered in schools : a pragmatic cluster randomized controlled trial, Trials. 21 (11) 100 .

- Bronfenbrenner, U, and Ceci, S. (1994). Nature-nurture re-conceptualized in developmental perspective: A bio-ecological model. *Psychol. Rev.* 101, 568-586.
- e-Stat 政府統計の窓口00総務省統計局
http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&classID=000001052136&cycleCode=0&requestSender=search
(2015. 2. 28現在)
- Flanagan P, Kokotailo P. (1999 Mar). Adolescent pregnancy and substance use, *Clinical Perinatal*, 26(1), 185-200 .
- Hanna B. (2001, May). Adolescent Parenthood: a costly mistake or search for love?, *Reproductive Health Matters*, 9 (17), 101-107 .
- 平尾恭子, 上野昌江 . (2005). 10代で出産した母親の母親行動とソーシャルサポートとの関連, *小児保健研究*, 64 (3) , 415-424 .
- John Coleman and Leo B. Hendry著. (1999 / 2003). 白井利明他訳, 青年期の本質142-147. 賀数いづみ, 前田和子, 上田礼子, 安田由美, 仲宗根美佐. (2009). 沖縄県離島における若年母親の養育行動 - 一般母親との比較 - 沖縄県立看護大学紀要, 10, 15-23.
- 木寺克彦, 佐野嘉子, 武知哲久, 尾崎真理子, 谷仁孝, 中川喜久子, 河津泉美. (1990). 若年母親の育児についての調査成績, *小児保健研究*, 49(6) , 670-675 .
- Lesser Koniak-Griffin D, Anderson NL. (1999). Depressed adolescent mother's of their own maternal role. *Issues Ment Health Nurs*, Mar-Apr, 20(2), 131-49 .
- 厚生労働省 政府統計の総合窓口 estat :
<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001127001> (2014年9月11日現在) .
- 厚生労働省 厚生統計要覧
http://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_1_2.html (2014年9月) .
- 厚生労働省, 養育支援訪問事業ガイドライン,
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/kosodate08/03.html>,
(2015年1月20日現在).
- 久保隆彦, 左 勝則, 大石由利子, 加藤有美, 種元智洋. (2009). 妊娠リスクスコアの試み, *周産期医学*, 39(1), 109-113 .
- 小泉武宣. (2002). 子ども虐待発生予防における周産期医療の役割, *周産期医*32(5), 693-697.
- 小林康江. (2007). 当事者の自信を支える看護: 産後1~2か月の母親が「できる」と思えることを支える看護, *家族看護* 5 (1) 65-70.
- 小林美智子. (2002). 虐待発生の背景, *周産期医学*, 32(5) 687-691.
- Mari Imamura, Janet Tucker, Phil Hannaford, Miguel Oliveira da Silva, Margaret Astin, Laura Wyness, Kitty W. M. Bloemenkamp, Albrecht Jahn, Helle Karro, Jorn Olsen9, Marleen Temmerman, on behalf of the REPROSTAT 2 group. (2007). Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: a systematic review, *European Journal of Public Health* 17 (6) 630-636 .
- 前川喜平 (2001): 養育機能不全 (親準備性の不足) と子育て支援, *周産期医学*31 (6) 817-820.
- 森田明美. (2008). 10代の出産・子育ての現状と福祉的支援の課題, *思春期学*, 26(1), 134-139.
- 永山さなえ, 比嘉綾子, 塩川明子, 平良久美子, 蔵根瑞枝, 當山裕子, 糸数公, 金城芳秀, 親川豊子, 仲宗根正 (2007) 若年妊産婦支援についての検討, *沖縄の小児保健*, 34, 23-27.

- 中澤直子, 片瀬高, 吉田敬子, 山下洋. (2005). 妊産婦に対するドメスティック・バイオレンス (DV) の実態調査, 乳幼児虐待防止の手がかりとして; 子どもの虐待とネグレクト 7(1) 75-82.
- Neu Madalynn and JoAnn Robinson.(2008). Early weeks after premature birth as experienced by Latina adolescent mothers, MCN American Journal of Maternal Child Nurse.(3), 166-172 .
- 沖縄県福祉保健部健康増進課. (2012, 2013). 沖縄県の母子保健, 平成24年度, 平成25年度.
- 沖縄健康福祉保健部健康推進課. (2005). 若年妊産婦支援マニュアル, 平成17年2月.
- 沖縄県福祉保健部, 沖縄の保健統計, 平成24年人口動態統計 (確定数), <http://wwwokinawa.jp/site/fukushi/fukushikaku/tokei/vsa/h24/h24vsa.html> (2014年9月現在)
- Quinlivan JA.(2004). Teenagers who plan parenthood, Sex Health,(4), 201-208 .
- 佐藤妙子, 佐藤龍三郎, 林謙治. (1991). 若年母親から出生した乳幼児の健康—1歳6カ月までの健康診査成績の分析—, 思春期学, 9(2), 175-181 .
- 田口美智子, 鈴木純子, 海法純子, 猿田貴美, 木村元子. (1991). 若年妊産婦教室が母性意識に与える影響—コードウェル式環境測定のための家庭観察表を用いて—, 思春期(2), 167-174 .
- 滝本秀美. (2008), 10代の出産と出生児体重, 周産期医学, 26(1), 134-139 .
- 定月みゆき. (2009). 若年妊娠・出産・育児への対応, 母子保健情報, (60)53-58 .
- 定月みゆき. (2013), 若年妊娠における社会的問題, 周産期医学, 43(7) 885-888 .
- Stiles, Anne Scott.(2010Nov-Dec),. Case study of an intervention to enhance maternal sensitivity in adolescent mothers. J Obstet Gynecol Neonatal Nurse, 39(6)723-733 .
- Sanders J, Owen-Jones E, Robling M.(2011 Jul-Aug). Evaluating the family nurse partnership in England: the Building Blocks trial, Pract Midwife, 14(7), 13-15.
- Williams C, Vines SW. (1999). Broken past, Fragile future: Personal stories of high-risk adolescent mothers, Jan-Mar, 4(1)15-23.

The Current Situation of Teenage Mothers and Measures to Identify High-Risk Individuals in Okinawa

Izumi Kakazu, Kazuko Maeda, Tomoko Nishihira

Abstract

Objective : To establish an index that can identify high-risk individuals who preferentially need support and to improve nursing support at obstetrics facilities in Okinawa.

Method : We conducted a mail-based survey of 34 head nurses who were working for maternity wards at 34 facilities in Okinawa.

Result : We collected and analyzed 20 responses (response rate: 58.8%), which detailed 185 relevant cases of teenage deliveries. This represented 42% of the total of 439 teenage mothers in Okinawa. The mean age of the mothers was 18 (± 1.1) years and that of their husbands/partners was 20.9 (± 4.1) years. The marriage rate was 50%; 48.4% lived with their husband or with the husbands' parent(s); and nuclear families accounted for 34%. In regard to employment, 65% of mothers were not employed while 63% of their partners were employed. Eighteen couples—either one or both—had not reached the legal age for marriage. Only 57% of them received the first antenatal examination within 11 weeks of pregnancy; this was significantly lower than the average rate in Okinawa (85%). Moreover, 18% of teenage mothers received the examination after 20 weeks of pregnancy. Over 70% of them experienced an abnormal pregnancy, which is much higher than the general abnormal pregnancy rate (42%) among those who were examined in Okinawa. The results indicated that teenage mothers experience high rates of anemia, (threatened) premature delivery, and low birth weight. The neonatal abnormality rate among younger mothers with ages between 15 and 16 is significantly higher than that among 17-year-old mothers ($\chi^2=10.335$, $\Phi=1$, $p=0.001$). It was noted that 99% of mothers returned to the medical facilities within 1 month of discharge.

Multiple linear regression analysis revealed that the indices of high-risk individuals include “partners' participation in maternity class,” “employment status of teenage mothers,” “employment status of partners,” and “acceptance by teenage mother's family.” The combination of these four variables reached the highest coefficient of determination: $R^2=0.487$.

Conclusion : The rate of positive medical findings among teenage mothers was higher than that of adult mothers, and their health behaviors also need to be improved. Our research suggests that mother's age is not the sole determinant of the need for support since socio-economic and medical conditions vary among teenage mothers. It is necessary to direct our attention to the positive aspects of teenage pregnancy, and to understand and provide nursing support targeting their specific circumstances. Our indices of four variables are useful in identifying high-risk individuals and provide the basis for future research in teenage pregnancy in Okinawa.

Keywords : teenage mothers, Okinawa prefecture, obstetrics facility, nursing support, high-risk individuals