

## 心理社会的困難性を有する10代出産の検討

## A Study of Teen Births with Psychosocial Difficulties

河野美江<sup>1)</sup>戸田稔子<sup>2)</sup>

1) 島根大学保健管理センター, 2) 松江生協病院女性診療科

1) Yoshie KONO : Health Administration Center, Shimane University,

2) Toshiko TODA : Department of Obstetrics and Gynecology, Matsue Seikyo Hospital

抄 録 : S病院において10代で出産した心理社会的ハイリスク例に対し、ハイリスク要因について検討した。対象は2001年1月1日から2005年12月31日までに、10代で出産した45例のうち、心理社会的ハイリスクと判断した16例である。これら16例に対し、妊娠中や出産後に積極的な支援を行った。1か月検診までにハイリスク要因がすべて解消したのは4例(25%)であった。ハイリスク要因が解消しなかった症例では、経済不安、パートナーや両親と不和、家庭内暴力など要因は多岐にわたり解決困難で、1か月検診後に市町村に診療情報を提供し支援を依頼した。10代の母への育児支援として、心理社会的ハイリスク例のスクリーニングシステムを確立すること、ハイリスク例を早期に発見して市町村の保健師へ紹介するなど、他機関と連携し継続した支援が受けられるようなケアマネジメントシステムの構築が必要と考えられた。

**Synopsis :** We studied teen births with high-risk psychosocial factors at S Hospital in Matsue city from January 1, 2001 to December 31, 2005. During the period, 45 teenagers gave a birth to a child at S Hospital, of whom 16 were regarded as high-risk psychosocial cases. We provided positive support for the 16 cases during the pre- and post-natal periods. By the time of the first monthly gestation check-up, the high-risk factors of 4 cases (25%) were all solved, whereas those of 12 cases (75%) remained unsolved. The unsolved factors ranged from financial difficulties and bad relations with partners/parents to domestic violence. Tackling these problems was such a challenge that we asked relevant municipalities for their support, providing them with the cases' medical consultation data. We consider it necessary to establish the screening system as well as care management system for teenage high-risk psychosocial cases so that they can be continuously taken care of by health workers such as public health nurses from the early stage of pregnancy in their own communities. Collaborative efforts among related institutions will be essential for establishing the sustainable care system.

**Key words :** Teen birth, Psychosocial difficulty, High-risk factor, Care management system.

## I. 緒 言

わが国において10代女性の出生率(女子人口千対)は、昭和30年に5.9でその後減少していたが、平成11年より再び徐々に増加し、平成14年に6.2となった。しかしこれをピークに減少に転じ、平成17年、18年は5.2となっている<sup>1)</sup>。10代の出産における産科学的な問題としては、以前は

低出生体重児が多いといわれていたが、21世紀に入り全年齢層の平均出生体重が減少したため、差が認められなくなった<sup>2)</sup>。しかし初診週数の遅れ、妊婦検診を受けないなど妊娠管理上の問題や、教育水準が低く経済的基盤が弱いなど社会的な問題があり<sup>3)</sup>、乳幼児虐待のハイリスク要因であると指摘されている<sup>4)</sup>。

われわれは、10代で出産した母に質問紙調査

を行い、10代初産の母は福祉依存率、離婚経験率、低学歴率、計画外妊娠率、親族からの虐待経験率、喫煙率が高率に認められ、心理調査でも40%に精神不健康が認められるなど、心理社会的に困難であることを報告した<sup>5)</sup>。そして10代の母への育児支援として、心理社会的ハイリスク例のスクリーニングシステムを確立すること、他機関との連携や系統的なケアマネジメントシステムを構築することの重要性を指摘した。しかし、産婦人科の現場は現在極端な人手不足であり、かつ妊婦の心理社会的評価ができる専門家は少ない。またハイリスクの妊婦ほど、妊婦健診の回数が少なかったり飛び込み出産したりするため、病院で情報が得にくく、その結果心理社会的評価が困難な原因になっている。

病院の産婦人科において、介入や支援が可能な時期は出産後1か月検診までに限られる。つまり、1か月検診までにできる限り情報を収集し、心理社会的評価を行い、その後の援助を担当する他機関へ紹介するの可否かを速やかに判断することが必要となってくる。

今回、S病院において10代で出産した母のうち心理社会的ハイリスク例に対し介入や支援を行った症例の中で、1か月検診後に市町村に紹介が必要であった症例について検討した。S病院の産婦人科医師のうち2人は臨床心理士であることより、心理社会的評価も同時に行うことが可能であった。さらに19例の中で、病院や市町村で介入や支援を行った結果、母の心理社会的状態が特に改善したと考えられた2症例について提示する。

## II. 対象と方法

対象は2001年1月1日から2005年12月31日までの5年間に、S病院において10代で出産した45例のうち、受診時の問診や受診状況より心理社会的ハイリスクと判断した16例で、10代出産のうち35.7%であった。なお同時期の全出産数は982例で、10代出産の占める割合は4.6%であった。

われわれが心理社会的ハイリスクと判断した要因は、乳幼児虐待の背景要因<sup>6)</sup>や育児困難に関連する要因<sup>7)</sup>などの報告を参考に、以下のものを選択した。また、高校生は周囲もまったく妊娠を予想しておらず、生活基盤がないためハイリスク要因として追加した。ハイリスク要因は妊娠時、1.高校生、2.経済不安、3.妊娠15週以降の初診、4.親と不和、5.パートナー無、6.家庭内暴力被害(以下DV)、7.パートナーと不和、の7項目とした。これら16例について、出産後1か月検診までに助産師による家庭訪問を全例に行ったほか、症例の必要性に応じて妊娠中や出産後に医療ソーシャルワーカー(以下MSW)や助産師、臨床心理士による面談やカウンセリング、両親やパートナーを交えての話し合い、児童相談所や市町村の保健師との連携など可能な限りの介入や支援を行った。

方法は、診療録より後方視的に調査し、現在の転帰については市町村へ問い合わせによる追跡調査を行った。これら16例について、1か月検診までにハイリスク要因が全て解消した例と、ハイリスク要因のいずれかが解消しなかった例に分け検討した。統計学的検討は $\chi^2$ 検定を行った。

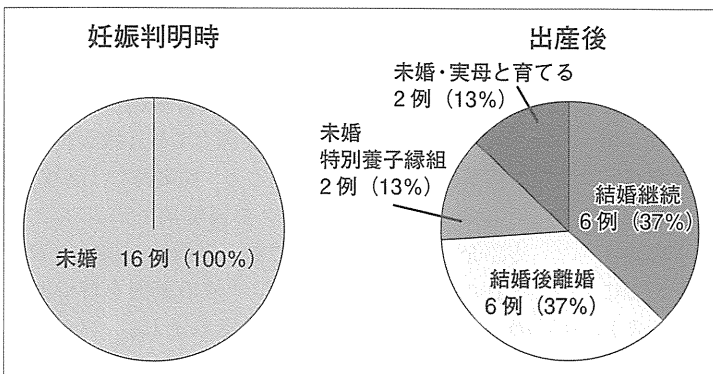


図1 婚姻状況

表1 1か月検診までにハイリスク要因が解消した4例

症例	年齢	要因	転帰
1	17	高校生, 経済不安, 初診18週, パートナー無	特別養子縁組
2	17	高校生, 経済不安, パートナー無	特別養子縁組
3	19	経済不安	結婚, 両親と同居
4	17	高校生, 経済不安	結婚, 両親の援助

表2 1か月検診までにハイリスク要因が解消しなかった12例  
(市町村に紹介)

症例	年齢	要因	転帰
5	18	経済不安, パートナーと不和	3人出産, 結婚後離婚
6	19	パートナーと不和, (EPDS高得点)	結婚後離婚, 養母養育
7	19	経済不安, 親と不和	結婚後離婚, 実母養育
8	17	DV	結婚, 他県へ引越し
9	16	経済不安, パートナー無	実母養育
10	19	経済不安, (EPDS高得点)	結婚, 産後に刺青
11	17	経済不安, パートナーと不和	結婚後離婚, 福祉依存
12	17	高校生, 経済不安, 初診29週, パートナー無	高校退学, 実母養育
13	17	経済不安, 親と不和	結婚
14	19	経済不安, パートナーと不和	結婚
15	17	経済不安, DV	結婚後離婚, 他県へ引越し
16	16	経済不安, 親と不和	結婚後離婚, 実母の援助

症例はわれわれが経験したもので、匿名性に十分配慮をして記述した。また、本研究は松江生協病院倫理委員会において承認を得て実施した。

### Ⅲ. 結果

#### 1. 16例の婚姻状況と就学状況

16例の婚姻状況を見ると、妊娠判明時はすべて未婚であった(図1)。4例は未婚のまま出産し、うち2例は特別養子縁組を行い、2例は実母と育てた。12例が妊娠判明後に結婚したが、6例が出産後に離婚した。妊娠時に高校在学中であった4例はすべて退学した。

#### 2. 心理社会的ハイリスク16例の検討

妊娠中や出産後の支援により、1か月検診までにハイリスク要因がすべて解消したのは4例(25%)であった(表1)。妊娠時に高校生でパートナーが無かった2例(症例1, 2)は、出産後に特別養子縁組を行った。症例3, 4では、結婚後実家で同居したり、両親の援助を受けたりすることにより、ハイリスク要因が解消した。症例3, 4とも、その後も婚姻を継続し第2子を出産し安

定した生活を送っている。

1か月検診までにハイリスク要因が解消しなかったのは12例(75%)であった(表2)。ハイリスク要因は経済不安、パートナーと不和、親と不和、DVなど多岐にわたり、解決困難な複数の要因を持つ例が多かった。特にパートナーとの関係では、12例中8例(67%)が妊娠時にはパートナーがなかったか、パートナーと不和、DVなどのパートナーとの不安定な関係を抱えており、解決を困難にしていると考えられた。これら12例については継続した育児支援が必要と考え、本人の同意を得たうえで市町村に診療情報を提供した。追跡調査による転帰では、12例のうち、パートナーのあった10例中6例が、後に離婚していた。さらに妊娠時ハイリスク要因と1か月検診後の全要因解消率との関係を見ると、妊娠時に「高校生」であることはハイリスク要因解消率が75%と高く、介入や支援が有効である可能性が高いと考えられた( $p < 0.01$ )。しかし、他の要因を持つ例でのハイリスク要因解消率はそれぞれ、「パートナー無」、「妊娠15週以降の初診」が50%、「経済不

表3 妊娠時ハイリスク要因と1か月検診時の全要因解消率

妊娠時ハイリスク要因	1か月検診時の全要因解消率	p値
高校生	75% (3/4)	0.008*
15週以降の初診	50% (1/2)	0.383
パートナー無	50% (2/4)	0.182
経済不安	29% (4/14)	0.423
親と不和	0% (0/3)	0.267
DV	0% (0/2)	0.383
パートナーと不和	0% (0/5)	0.119

\*p &lt; 0.01

安」が29%、「親と不和」、「DV」、「パートナーと不和」、が0%であり、その解決は容易でないことが示唆された(表3)。

### 3. 症例

症例1：17歳，高校の養護教諭より、『妊娠している』と保健室に来たが，パートナーは不明で病院受診をすすめても行かない。経済不安もあるようだ』と紹介を受けた。市の保健師と連絡を取り，S病院で主治医，助産師，MSW，養護教諭を交えて話し合った。その結果，養護教諭が本人と保護者に説明し，本人に市役所に行ってもらい，母子健康手帳交付を受けた。その後病院を受診し，無料券を用いて妊婦健診を行った。診察の結果，妊娠18週で，本人は出産を希望し高校を中退した。数回の受診で，MSWとの話し合いや臨床心理士によるカウンセリングを行ううちに，本人が特別養子縁組を希望した。10ヵ月で正常分娩し，特別養子縁組を行った。

その後，他のパートナーとの間で妊娠し，結婚。実家近くの病院で無事に産出し，育児を行っている。

症例10：19歳，妊娠判明後に結婚。妊娠中に経済不安の訴えがあり，一度MSWが面接した。産後1か月検診までの家庭訪問では，困った様子は見られなかった。

産後1か月検診時に，エジンバラ産後うつ病自己評価票（Edinburgh Postnatal Depression Scale, 以下EPDS）が22点と非常に高得点であった。「何か心配なことはないですか」と問うが，にこにこして自分からは何も言わなかった。「心理テストの結果で，育児に疲れているようなので，

市の保健師に訪問してもらって良いですか」と説明し，本人の同意を得た後，市に診療情報を提供した。すぐに保健師が訪問したところ，産後に退院してから夫と自分が刺青をうけたと話し，金銭的に困っていた。実家の両親にも相談できず，若い夫婦はけんかが絶えないようだった。児の世話まで手が回らず，児のネグレクトが疑われた。しかし保健師が訪問を続けて見守るうちに，母は落ち着いて育児ができるようになった。EPDSは，産後うつ病ではなく，ストレス状態のために高得点を示したと考えられた。

先日，S病院で第2子を出産した。妊婦検診回数は少なかったものの，夫や第1子との関係も良好で，産後は実家で静養すると話していた。第2子産後1ヵ月健診時のEPDSも4点であった。

### IV. 考察

今回，S病院における10代出産の心理社会的ハイリスクと判断した例は16例で，10代出産のうち35.7%であった。これは同時期の10代出産の1/3以上に当たり，10代出産が高い割合で支援を必要としていると考えられる結果であった。

近年，乳幼児虐待防止の観点から，妊娠中からの虐待予防の取り組みが報告されている<sup>7,8)</sup>。妊娠，出産期は母と医療機関が頻回に接触するので，ハイリスク例を発見し支援する良い機会であり，虐待予防の視点からも効果的である。ハイリスク例の発見や，スタッフとの情報共有，他機関への紹介のために，心理社会的ハイリスク例のチェックリストによるスクリーニングシステムを確立することが重要で，今回妊娠時ハイリスク要因を7項

目選定し、1か月検診までに解消する要因について検討を行った。その結果、すべてのハイリスク要因が1か月検診時に解消した症例は、ハイリスク要因項目が少ない場合が多かった。また、妊娠時に「高校生」は要因解消率が75%と高く、妊娠中の支援により改善可能な比較的予後良好な要因であることがわかった。このような症例においては、家族間の話し合いを促進することで、養子縁組や結婚、実家の援助を得るなどの解決が得られる可能性が高いので、早期のMSWの介入が効果的であると考えられる。

妊娠時高校生であった4例中2例は、特別養子縁組を選択した。症例1は、初診週数の遅れや経済不安などの問題を抱えていたが、養護教諭や市の保健師と連携を取りながら本人のカウンセリングを行ったことが、見守られる環境の中で、自分の意思を決定することにつながったと思われる。われわれは特別養子縁組を積極的に推進するわけではないが、心理社会的にさまざまな困難を抱えながら育児を行うのは非常に困難である。出産してからの現実を、妊娠中に本人に直面化させたいと自己決定させるプロセスが、現実検討識の乏しい若年者においては必要になってくる。長池<sup>9)</sup>は10代出産における特別養子制度について述べているが、10代で妊娠した場合は特別養子縁組のことも含めて選択肢を本人に提示し、本人がじっくり考えたうえで自己決定できるように、カウンセリングも並行して行うことが必要である。

1か月検診までに解消が困難であった要因は、「親と不和」、「DV」、「パートナーと不和」であった。これらの症例では、精神病理の世代間伝達が存在すると考えられ、短期間の介入や支援による解決は容易ではなかった。Fonagyは不安定で葛藤的な養育体験を持つ母親の子どもは不安定な愛着パターンを示しやすい傾向があったが、その一方で逆境にもかかわらず安定した子どもを育てる母親もおり、このような母親は自己のありのままの実態をしみじみと振り返る姿勢(内省的自己)を持っていた、と述べている<sup>10)</sup>。渡辺は内省的自己を育むためには、自分の葛藤を吐露できる相手に会うことが大切である、と言っている<sup>11)</sup>。

Oldsらは子ども虐待に関して最も効果のある発生予防は、周産期に虐待のハイリスク例を発見して、保健師が早期から家庭訪問し育児支援することであったと報告しており<sup>12)</sup>、わが国においても、平成19年度から厚生労働省による子ども虐待予防支援事業として、4か月未満の乳幼児の全世帯を訪問する「乳幼児全戸訪問事業」(こにちは赤ちゃん事業)がスタートした。精神病理の世代間伝達が存在すると考えられる症例においては、保健師が葛藤を抱えた母親に寄り添い、母親の心理を理解することが重要である。今回、1か月検診までにハイリスク要因のいずれかが解消しなかった例は、育児困難が予想されたため市町村に診療情報を提供している。このように、10代出産の心理社会的ハイリスク例に対しては、1か月健診後のできるだけ早期に市町村の保健師が家庭訪問し、育児支援を行うことが必要であると考えられる。

1か月検診までにハイリスク要因が解消しなかった12例のうち2例はEPDSが高得点であった。EPDSはCoxら<sup>13)</sup>によって1987年に英国で開発され、国際的にも広く普及しており、今日では産後うつ病のスクリーニング・テストとして定着している。わが国では岡野ら<sup>14)</sup>の区分点の8/9が広く使用されており、われわれも9点以上を高得点とした。症例10は妊娠中には経済不安の訴えのみであったが、1か月健診時にEPDSで高得点を示した。その後、保健師の支援により落ち着いたことより、ストレス状態のために高得点を示したと考えられた。EPDS高得点の母親が必ずしも精神科診断学上は産後うつ病と診断されるわけではなく、不安障害の女性や一時的なストレス状態に陥った母親が検出される可能性もある<sup>15)</sup>。吉田は周産期にうつ病のスクリーニングを実施し、その改善のための支援を行うことは、養育者の育児困難とストレスの軽減という短期的で直接の効果にとどまらず、長期的・間接的にも子どもの発達の促進と虐待発生予防の意義を持つと述べている<sup>6)</sup>。EPDSは産後うつ病のみならず、言葉や表情からは読み取ることが難しい育児困難の発見にも有効と考えられ、産後にEPDSを行う必要性が示唆さ

れた。

今回のハイリスク要因が解消しなかった12例については、市の保健師が即座に訪問し慎重に経過観察されており、現在までのところで虐待の発生は認めていない。今後、医療機関から市町村へ診療情報提供を行うことに加えて、市町村から病院へのハイリスク例の経過のフィードバックや、症例検討会で情報交換を行うことなど、他機関との連携や系統的なケアマネジメントシステムの構築が重要と考えられる。

なお、症例の中には、転居により長期のフォローアップができなかった2例があった。母子のプライバシーを尊重しながら、急な転居の際に他県にも継続した支援が依頼できるようなシステムの必要性が示唆された。

## V. 結 語

S病院における10代出産の心理社会的ハイリスク例は16例で、10代出産のうち35.7%に認められた。

- 1) 妊娠中から心理社会的ハイリスク例のスクリーニングシステムを確立することが重要で、個別の要因に応じた早期のMSWの介入やカウンセリングが効果的である。
- 2) 精神病理の世代間伝達が存在すると考えられる例では、短期間の介入や支援による解決は困難であった。
- 3) 10代出産のハイリスク例に対しては、1か月健診後のできるだけ早期に市町村の保健師が家庭訪問し、育児支援を行うことが必要である。他機関との連携や系統的なケアマネジメントシステムの構築が重要と考えられる。

## 文 献

- 1) 第58回日本統計年鑑, 平成21年総務省統計局
- 2) 海野信也: 周産期医療からみた10代出産, 思春期学 26 (1), 146~149, 2008.

- 3) 日本母性保護産婦人科医会 (編): 10代の妊娠・分娩, 研修ノートNo.61 思春期のケア, 53~58, 1998.
- 4) 小林美智子: 子どもの虐待の現状と対策, 日医雑誌, 116, 563~569, 1996.
- 5) 河野美江, 戸田稔子, 細田真司: 10代で出産した母における心理社会的困難性, 心理臨床研究, 22(1), 83~88, 2004.
- 6) 吉田敬子 (編): 育児支援のチームアプローチ, 金剛出版, 東京, 2006.
- 7) 澤田敬, 菊池義洋, 岡本啓一, 岡田節子, 川島美保, 安部多恵, 助村妙: 周産期からの育児混乱・虐待予防, 子どもの虐待とネグレクト, 9(1), 102~109, 2007.
- 8) 原田路可, 坂本理美子, 山田知子, 船戸豊子, 二宮恒夫: 周産期からの子ども虐待防止継続支援体制, 子どもの虐待とネグレクト, 8(1), 107~113, 2006.
- 9) 長池博子: 特別養子制度からみた10代出産, 思春期学, 26 (1), 140~145, 2008.
- 10) Fonagy, P., Steele, S., Steele, M., Maternal Representation of Attachment during Pregnancy Predict the Organization of Infant-Mother Attachment at One Year of Age. Child Development, 62, 891~905, 1991.
- 11) 渡辺久子: 母子臨床と世代間伝達, 金剛出版, 東京, 2000.
- 12) Olds, D.L., Henderson, C.R., Chamberlin, R., Tatelbaum, R., Preventing Child Abuse and Neglect: A Randomized Trial of Nurse Home Visitation. Pediatrics. 78(1), 65~78, 1986.
- 13) Cox JL., Holden JM: Sagovsky R: Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Brit J Psychiat, 150, 782-786, 1987.
- 14) 岡野禎治, 村田真理子, 増地聡子, 玉木領司, 野村純一, 宮岡等, 北村俊則: 日本版エジンバラ産後うつ病調査票 (EPDS) の信頼性と妥当性, 精神科診断学, 7, 523~533, 1996.
- 15) 岡野禎治: 産後うつ病とその発見方法—EPDSの基本的使用方法とその応用—, 母子保健情報, 51, 13~18, 2005.

( 受付: 平成21年5月22日 )  
( 受理: 平成22年2月4日 )