

氏名	賀数 いづみ
学位の種類	博士(看護学)
学位記番号	沖看大博第 20 号
学位授与年月日	平成 31 年 3 月 15 日
学位授与の要件	学位規則第 4 条第 1 項該当
学位論文題目	十代母親のハイリスク者を特定するためのスクリーニングツールの開発
論文審査委員	主査 教授 永島 すえみ 副査 教授 神里 みどり 副査 教授 金城 芳秀 副査 教授 前田 和子

博士論文要旨

保健看護学専攻 母子保健看護 領域	学籍番号 330003 氏 名 賀数 いづみ
論文題目	十代母親のハイリスク者を特定するためのスクリーニングツールの開発
<p>【研究課題と目的】 沖縄県の十代で妊娠・出産する女性（以下、十代母親という）は、2016年の統計によると437人(2.6%)で全国平均(1.1%)の約2.4倍にあたり、減少傾向の全国に比べ横ばいを示し、全国一の高率を維持している。本研究は、沖縄県の重大な母子保健上の課題の一つである十代母親への看護支援の質改善を目指して取り組むものである。特にハイリスク者の「発見」に焦点を当て、日常の臨床場面で十代母親のうち優先的に支援すべきハイリスク者を看護職者が、いかに見のがさないか、つまり、たとえ臨床経験の少ない看護師であっても効果的にハイリスク者を発見するためのスクリーニングツールを開発することを目的とした。</p> <p>本研究は研究1と研究2から構成し、研究1ではスクリーニングツールとしての質問紙を構成する項目を決めるために診療場面で用いられている臨床指標を特定し、5種類の質問紙を作成した。研究2では、それらの質問紙を用いて実証的にその有用性を検討した。本研究は順次混合研究デザインであり、研究1では質的アプローチ、研究2では量的アプローチをとった。</p> <p>【倫理的配慮】 本研究計画は本学の研究倫理委員会の承認（承認番号15023）、協力施設の倫理審査の承認を得て実施した。特に18歳未満の十代母親には本人と保護者の同意も書面で得た。</p> <p>【研究1】 本研究の目標は、十代母親のうちハイリスク者を発見するためのスクリーニングツール開発に向けて有用な構成項目を特定することであった。県内5カ所で働く臨床経験6～40年の医師5人と臨床経験7～33年の助産師5人を対象に、彼らが日常の診療で「十代母親のハイリスク者特定のために用いている臨床指標とは何か」を知るためにインタビューした。その結果、医師より111項目、助産師より95項目が特定され、重複を除いて集約すると80項目となった。それらをU.ブロンフェンブレンナーの社会生態学理論の枠組みを参照して、「基本属性」「身体的側面（保健行動含む）」「心理・社会的側面」「個人を取り巻く周囲の環境」「個人の力」に分類した。さらに、文献検討から抽出した項目を追加し、十代母親向けの妊娠期用、出産期用、産後1か月用3種類と医師用、看護職者用の計5種類の質問紙を作成し、それらについて医師1人と助産師2人にレビューを依頼、加筆修正を経て調査用の質問紙を完成させた。</p> <p>【研究2】 本研究の目標は、上記で作成した5種類の質問紙の有用性を実証的に検討することであった。そのため、自作した質問紙の有用性の検討のため、標準化された尺度のSense of Coherence：SOC（ストレス対処力/首尾一貫感覚：山崎喜比古，戸ヶ里泰典2005，2011）、EPDS：Edinburgh Postnatal Depression Scale（日本語版エジンバラ産後うつ病自己評価票：岡野ら1996）、Transition-to-Home：Premature Parent Scale（日本語版早産児の親用在宅移行尺度 Boykova2015/上原ら2018）を調査に含めた。調査は2017年4月～2018年3月の間に実施し、十代母親には妊娠期、出産期、産後1か月の3時点、彼らの担当医と助産師には出産期に調査を実施した。5種類の無記名自記式質問紙には十代母親に関する回答が、同一者となるよう番号を付し連結可能にした。</p>	

その結果は、1)回収率と十代母親の属性：離島を含む県内 12 施設を受診した十代母親 86 人から回答を得た。調査時点別の回答数は妊娠期 75 人、出産期 77 人、産後 1 か月 66 人であった。また、十代母親を担当した医師延べ 70 人、助産師延べ 77 人から回答を得た。十代母親 93 人に調査を依頼、3 時点全体の回収率は 78.1%であった。5 種類の調査すべてに回答が得られた十代母親は 52 人（回収率 67.5%）であった。十代母親の妊娠期の平均年齢は 17.79 歳（SD1.154）であり、そのうち学生は 18 人（24%）で全員高校生であった。妊娠期の既婚者は 32 人（42.7%）であり、法的に婚姻できないカップルが 12 組（16%）あった。

2)有用な項目の特定：各時期のハイリスク者の特定、3 時点の推移及びリスクスコアに関連する有用な項目を見つけるため、各質問紙の項目のリスクの高い回答により高く配点し、リスクスコアを算出した。G-P 分析（上位 4 分位群と下位 4 分位群別の比較）で有意差のあった項目と医師、助産師それぞれと両者の臨床リスク評価「1（リスクは）まったくない～5 非常に高い」を従属変数とした重回帰分析（調整済み R2 乗=.601～.909）の結果から、各質問紙に有用な項目として妊娠期用 25 項目、出産期用 15 項目、産後 1 か月用 18 項目を特定した。医師用と助産師用のリスクスコアを基準とした G-P 分析から有意差のあった項目は、医師用 15 項目、助産師用 35 項目であった。

3)各リスクスコアと標準化ツールとの相関：リスクスコア間の相関では「出産期」と「産後 1 か月」で強い相関があったが、「医師」と「妊娠期」、「助産師」と「妊娠期」、「助産師」と「出産期」間は弱い相関を示し、その他は中程度の相関であった。また、各リスクスコアは「SOC」（ $r=-.367\sim-.626, p=.0046\sim.0001$ ）、「EPDS」（ $r=.401\sim.696, p=.018\sim.0001$ ）、「Transition-to-Home : Premature Parent Scale」（ $r=-.462\sim-.617, p=.0001$ ）とそれぞれ有意に弱い～中程度の相関を示した。

4) 医師、助産師のリスク評価との関係

各質問紙のリスクスコアを上位 4 分位以上の「高群」、下位 4 分位以下の「低群」、それ以外を「中群」に分類し 3 時点の推移をみると、各時期を「高群」、「中群」、「低群」のまま推移する率は「高群」：47.5%、「中群」：26.4%、「低群」：40.0%であった。リスクスコアがすべて「高群」であった者の医師と助産師の臨床リスク評価は、それぞれ「（リスクは）高い」60%、30%「どちらともいえない」30%、60%、「あまりない」両者 10%であった。

【結論】

本研究の知見から十代母親のハイリスク者を発見するため、自作した 5 種類の質問紙に残すべき項目が特定できた。また、医師と看護師のリスク評価の一致率が高いとは言えず、両職種の評定基準が異なる可能性があること、助産師はいまいちな判定をする傾向が強いことが分かった。各質問紙の利用に関してハイリスク者判別のための基準の検討はまだ不十分であり、その最大の理由は予測妥当性が検討できなかったことである。今回の研究は、負担を考慮して医師及び助産師への調査を出産期のみ、限られた研究期間であったことから十代母親には産後 1 か月までの調査であった。ハイリスク者を見分けるには期間が短く回収数も少なく限界があり、予測妥当性の検討は不可能であった。

環境的には不利な状況にあっても個人の力が強化されれば、リスクを減ずる可能性についてもさらに検討が必要であり、今後は最低でも産後 2 年程度の長期追跡調査によってスクリーニングツールとして実践活用できる精度の高い質問紙を精練することが必要である。

博士論文審査結果の要旨

本論文は沖縄県の母子保健上の重要な課題である10代で妊娠し母親となる者のうち優先的に支援を必要とする10代母親のハイリスク者を特定するためのスクリーニングツールの開発に関するミックス法による順次的デザインによる研究結果の報告である。

本研究課題が重要な理由は次の通りである。母子保健医療行政に関する法律改正や施策が、近年次々と打ち出されている。その背景の一つに、児童虐待の件数が急増を続け、死亡事例や対応が難しいケースが増えていることがある。子ども虐待の死亡事例等の検証結果等に基づいて、「児童福祉法の一部を改正する法律」(平成28年法律第63号)が平成28年6月3日に交付された。この「改正法」により、児童福祉法第6条の3第5項において保護者の養育を支援することが特に必要と認められる児童若しくは保護者に監護させることが不適切であると認められる児童及びその保護者又は出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦(特定妊婦:「要支援児童」)の把握について、「厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長」及び「母子保健課長」から都道府県、指定都市等の「児童福祉・母子保健主管部(局)長への通達が出されている。(『要支援児童等(特定妊婦を含む)の情報提供に係る保健・医療・福祉・教育等の連携の一層の推進について』)。沖縄県における10代の妊婦・母親の割合は、全国平均よりも高率を維持し続けている。これら10代の妊婦・母親においては、妊婦健診の未受診、望まない妊娠、妊娠中から悩みを抱かえているケース、産前産後の心身の不調がみられるケース、家庭環境に問題のあるケースなどがあると考えられている。しかし、これら特にハイリスクと考えられる者を見きわめるためのスクリーニングツールは、開発されていない。従って10代の妊婦・母親のうちでも児童虐待防止、および次世代の育成の両観点から優先的に支援を必要とする「ハイリスク者」を見きわめるための臨床における活用可能な臨床指標(スクリーニングツール)の開発は喫緊な課題といえる。

本研究は、1990年から2012年に及ぶ22年間の50論文のレビューとU.ブロンフェンブレンナー

(Urie Bronfenbrenner)の「人間発達の生態学」理論を基に10代の妊婦・母親における特にリスクの高い者を特定するための構成枠組み『ハイリスク者を特定するリスク評価票(スクリーニングツール)』の作成と妥当性の検討である。第2章第2節で述べられているように、このスクリーニングツール(案)の項目は10代母親の「基本属性」「身体的側面(保健行動を含む)」「心理・社会的側面」「本人を取り巻く周囲の環境」「個人(本人)の力」の5つの側面から構成され、妊娠中・出産直後・産後1か月の3時点において、10代の妊婦・母親となる者(要支援児童)のなかでも特にハイリスクとなる者を見きわめるための項目を念頭に置いて作成されている。

『ハイリスク者を特定するリスク評価票(スクリーニングツール案)』は、先行研究の文献レビューと産科医師(5名)・助産師(5名)への半構成的インタビューによる逐語録データを質的に分析した結果から導き出されている。最初に浮上した項目は、産科医師のデータから111項目、助産師のデータから95項目である。それぞれの項目を検討し両者にみられる重複するものを除き80項目を決定し、それらをブロンフェンブレンナーのマイクロシステム、メゾシステムの枠組みに照らして、10代妊婦・母親の「基本属性」「身体的側面」「心理・社会的側面」「本人を取り巻く周囲の環境」「個人の力」に分類している。10代で妊娠し母親となる者は、「特定妊婦: (要支援児童)」とみなされているように、個人的(学業面・身体面・心理面)、家族的、経済的、社会的にハイリスク者となること、看護支援を必要とすることは、一般的に認識されていることである。しかしながら、どの時点で、どのような項目を見きわめれば、これらハイリスクと認識されている者のうちに、実際に支援を必要としながらも必要な支援を受けられない者を把握して支援につなげられるかは曖昧なままで、各産科医師と助産師の個人的な経験に基づかれている。そこで、本研究ではこれらの疑問に解決を見いだすべく「妊娠中・出産直後・産後1か月」の3時点におけるスクリーニングツール(3種類)と10代で妊娠し母親となる者に出産時時点で確実に直接関わる産科医師用と助産師用のスクリーニングツールを各1種類作成している。このスクリーニングツールは、質問が88項目に及ぶことは、10代の妊婦・母親、産科医師と助産師にとって負担となり、手軽な活用を促すのを難しくするのはないかとの意見が審査委員から出された。この件に関しては、申請者自身が自覚しており、今後取り組む継続課題としている。

10代妊婦・母親への3時点におけるスクリーニングツールの縦断調査への回答数は、93人に調査を依頼し、「妊娠中」75人、「出産直後」77人、「産後1か月」66人、3時点全体の回収率は78.1%である。また、産科医師延べ70人、助産師延べ77人から回答を得ている。10代妊婦・母親の平均年齢は3時点それぞれの時期に17.79歳(SD1.154)、17.96歳(SD1.485)、18.08歳(SD1.154)である。学校に在籍中の者は各時期で18人(24%)、19人(24.7%)、16人(24.2%)でその内訳は高校生が殆どである。既婚者は32人(42.7%)、39人(50.6%)、38人(57.6%)であ

る。妊娠中では、法的に婚姻できないカップルが12組(16%)いる。

10代母親用の3時点におけるスクリーニングツールの項目は、G-P分析で有意差のあった項目及び重回帰分析(調整済みR2乗=.601~.909)の結果から、各時期におけるスクリーニングツールを構成する有効な項目として妊娠中28項目、出産直後15項目、産後1か月20項目が特定されている。また、医師・助産師のスクリーニングツール項目は、G-P分析で有意差のあったもの38項目が特定できている。出産直後に産科医師が記載した10代母親に関するリスク評価は「高い」60%、「どちらともいえない」30%、「あまりない」10%である。一方、助産師のリスク評価において「高い」とされたのは30%、「どちらともいえない」60%、「あまりない」10%である。リスク評価の合計点は、標準化された尺度と有意な相関があり内容妥当性が得られている。しかし、リスク者の見きわめにおいて産科医師と助産師の間には評価に差異が見られている。助産師(看護職者)が、本研究において作成された『ハイリスク者を特定するリスク評価票(スクリーニングツール)』を使用するためには、さらに精度を高める必要がある。

審査委員会における主な意見は、次の通りである。

長所:

1. 沖縄で生じている全国平均よりも高い10代の妊婦・母親に関する貴重な研究である。
2. 10代で母親となる者のうち優先的に支援を必要とする者を見きわめるためのスクリーニング項目は、可視化されるべきもので、臨床における必要度が高い。
3. 10代での出産数は沖縄県における全出産数の2.6%(沖縄県保健医療部地域保健課, 2018)と希少集団である、にもかかわらず総数218人から回答を得たこと及び10代母親のみでなく担当産科医師と助産師のDataも得ることができたことは、当該申請者の研究協力機関との関係を築くことのできる粘り強さの賜物といえる。

修正を必要とする内容

1. タイトルの「質問紙」をより厳密な定義のある「スクリーニングツール」に変更する。
2. 研究1の半構成的インタビューDataから導き出された「スクリーニングツール(案)」のレビューに関する記述が不明瞭である。結果の提示を検討する。
3. 文献レビューにおいて作成した『スクリーニングツール(案)』の「*項目:研究者が追加」は何を意味するか、明示する。
4. リスク評価における算出項目において、単独で算出されている項目と組み合わせで算出されている項目がある。検討すること。
5. 論文中に文言の安易な使用や記述ミスがある。修正及び推敲をする。

以上、博士論文審査委員会における審査結果から、主査が修正事項を確認することを条件に、審査委員全員一致で当該院生を合格に相当する者と認めた。