

北海道農村部で子産み子育てする女性における医療アクセスと ソーシャル・キャピタル

北海道大学大学院 保健科学研究所准教授 安積 陽子
北海道大学大学院 保健科学研究所准教授 野口眞貴子
北海道大学大学院 保健科学研究所助教 高橋 紀子

I. 緒言

わが国では、産婦人科医や小児科医不足の問題が指摘されるようになって久しいが、改善の傾向はみられていない（海野，2010）。安全な分娩を保障する医療体制をとるために、日本産婦人科学会（2015）は日本産婦人科医会とともに、「わが国の産婦人科医療再建のための緊急提言」をまとめた。この提言では、産婦人科医の養成に力を入れるとともに、基幹分娩取扱病院の重点化・大規模化をさらに迅速に推進することを挙げている。地域の医療体制整備は、平成18年の医療法の改正によって都道府県の責務とされ、北海道においても「北海道周産期医療体制整備計画」を策定している（北海道保健福祉部医療政策局，2015）。その対策は、周産期母子医療センターの整備、基幹病院へ優先的な産婦人科医師の複数配置、周産期医療機関の連携体制強化、助産師外来等の推進、妊産婦等への支援であり、取り組みが進んでいる。現在、北海道における周産期医療は、特定機能周産期母子医療センターとして道立子ども総合医療・療育センターが設置され、3次医療圏に総合周産期母子医療センター6施設、2次医療圏に地域周産期母子医療センター30施設が配置されている。しかし、周産期医療体制整備計画は、基幹分娩取扱病院の重点化・大規模化を基本としているため、平成26年時点で、一次医療圏179圏域中149圏域には分娩取扱施設が存在していない。地元で出産できないため、出産前1か月程度、家族と離れ札幌市内の分娩扱い施設が提供するマンションで出産を待つ状況が新聞報道された（北海道新聞，2015）。

分娩取扱病院の重点化・大規模化は、安全な周産期医療を提供するための策であるが、居住地域から離れた施設で分娩する場合、妊婦は安心した環境で妊娠期やその後続く子育てを経験できるか疑問が生じる。分娩する施設と居住地域が異なることによって、継続した子育て支援が受けにくいのではないかと推察する。平成24年に始まった『地域子ども・子育て支援事業』には、利用者支援事業、地域子育て支援拠点事業、妊婦健康診査、乳児家庭全戸訪問事業など、子どもや保護者の身近な相談場所で子育てに関する相談事業を実施することが規定されている（厚生労働省，2015）。しかし、居住地域で分娩できない女性を対象に、妊娠期から育児期の切れ目ない支援体制をどのように整えることができるだろうか。居住地域がどこであろうとも、女性は安心して子ども産み、育てるための適切なヘルスケアサービスを受ける権利がある（UNIFPA,2004）。安全だけではなく、安心して分娩できる環境を整えることは、もはや医療体制の整備の観点のみならず、多角的な側面から検討する必要がある（小原，2010）。

わが国では、ソーシャル・キャピタルという概念が、生活の質の向上の基盤として注目されている（内閣府，2002）。この概念は、一定地域におけるハード面の社会資本ではなく、

個人が捉える地域社会における人と人との関係性といった社会資本であると言われ（稲葉, 2007）、ソーシャル・キャピタルが豊かであると子どもの教育成果の向上、地域住民の健康状態の向上、地域経済の発展などが期待できる（福島, 2013）。分娩取扱施設の重点化・大規模化が進む北海道で、農村部に居住する女性が安全で安心な子産み子育てできる環境を整えてゆくために、ソーシャル・キャピタルの観点を取り入れることが可能であると考えた。

そこで、本研究の目的は、北海道の農村部における子産み子育てにおける医療アクセスとソーシャル・キャピタルの実態を都市部との比較から明らかにすることとした。

Ⅱ. 研究方法

1. 研究デザイン

研究デザインは横断研究とし、便宜的抽出法にて研究対象者をサンプリングし、質問紙調査を実施した。調査期間は、平成 26 年 9 月末から 12 月末までであった。

2. 研究対象

本研究対象者は、北海道農村部の二次医療圏内 1 市 4 町中、1 市 3 町および都市部に居住し、生後 3~4 か月児を育てる母親である。

調査地とした北海道農村部の二次医療圏は、面積約 3,500km² と広大で、2015 年の年間出生数は 577 人である。1 市 3 町で分娩診療を行っている医療施設は、B 町と C 町に各 1 箇所あり、そのうち B 町の施設が地域周産期母子医療センターである。A 市の市立病院では 2006 年から、D 町の町立病院では 2014 年から分娩診療が休止している。また、最も近い総合周産期医療センターは隣接する二次医療圏の E 市にあるが、1 市 3 町中心部からの距離は、A 市 120km、B 町 93km、C 町 97km、D 町 114km である。一方、比較対象とした都市部は道庁所在地がある都市で、2015 年の年間出生数は 14,591 人である。

3. 手順

3~4 か月健診を受診した際に、待ち時間を利用して研究者が書面を用いて研究趣旨を説明し、研究協力希望者に依頼文、質問紙、返信用封筒を渡した。質問紙を返送し氏名と住所の記載があった研究対象者に、インセンティブとして 500 円のクオカードを郵送した。

4. 調査内容

(1) 医療へのアクセス

妊婦健診から産後 1 か月健診までに受診した医療施設の地域を尋ねた。施設への受診手段と所要時間について夏季、冬季別に尋ねた。妊婦健診から産後 1 か月健診までに受診した施設選択の理由、希望した施設であったかどうか尋ねた。居住地域における産婦人科及び小児科の必要性を 2 件法で尋ねた。

(2) 医療および子育て支援

妊娠中、産後入院中のケア、困ったことの有無とその内容、困った時の相談相手、産後のサポートの状況について尋ねた。医療施設選択のエピソード、子を産み育てる母親が考える居住地域の良い点、改善を望む点について自由記載の回答を求めた。

(3) ソーシャル・キャピタル

藤澤ら(2007)が作成した尺度を用いた。これは、①居住地域の安全性、②近所の人は進んで人助けする、③留守宅の世話をすすんでする、④医療機関があることによる安心感、⑤気軽に挨拶をかわしあう雰囲気、⑥将来も住み続けたい、の6項目からなる。評定方法は5件法であり、高得点ほど良好であるとみなす。また、近所付き合いの程度と範囲について4件法で尋ねた。

(4) 出産満足度及び育児不安

出産満足度は4段階のリッカート法で、該当する番号一つを選択させた。育児不安は、牧野(1982)が開発した尺度を用いた。一般的疲労感、一般的気力の低下、イライラの状態、育児不安徴候、育児意欲の低下の5つの特性、14項目から構成されている。評定は「よくある」～「全くない」の4件法で、得点が高いほど育児不安が高いとみなす。

(5) 基本属性

居住地域、妊娠・分娩の経過、分娩時所見(分娩週数、児の出生体重、分娩様式、等)、年齢、家族形態、職業、暮らし向き、配偶者の健康状態・職業・年齢について尋ねた。

5. 分析

医療へのアクセス、ソーシャル・キャピタル、出産満足度、育児不安との関連を統計学的に分析した。連続変数是对応のあるt検定及び相関係数を求め、度数の検定は χ^2 検定を行った。統計的分析は、統計解析ソフトSPSSVer22.0を用い、有意水準は5%とした。自由記述は意味内容のまとまりごとに整理した。

6. 倫理的配慮

研究参加は自由意思によるもので調査協力はいつでも中断や拒否ができること、研究協力が得られない場合でも不利益は生じないことを書面に明示した。個人情報及びプライバシーの保護は、記入済みの質問紙は個人が特定されないように識別番号で扱い、得られたデータは研究の目的以外に用いることはないこと、5年間保管した後破棄すること、研究結果を論文やその他の方法で公表する場合は匿名性を守ることを書面に明示した。本研究は、北海道大学大学院保健科学研究院倫理審査専門委員会の承認を得て実施した(承認番号 16-2)。

Ⅲ. 結果

1. 対象者の属性

191名に質問紙を配布し、115名から回答を得た(回収率は60.2%)。全てが有効回答で、農村部居住者65名、都市部50名であった。対象者の背景を表1に示す。

対象者の平均年齢は30.9歳(SD5.6)で、初めての子どもを育てる母親の割合は、農村部で有意に少なかった。配偶者の平均年齢は32.5歳(SD6.0)であった。職業は農村部と都市部ともに常時雇用者が最も多かったが、農村部では自営業・家業従事者が多かった。平均居住期間は、農村部のA市で最も長く、C町と都市部は居住期間が最も短かった。

表1 対象者の属性

	農村部 (n=65)		都市部 (n=50)		有意水準
	平均 人数	(SD) (%)	平均 人数	(SD) (%)	
年齢 (歳)	30.9	(5.6)	31.0	(4.5)	n. s
分娩歴					
初産婦	25	(38.5)	30	(60.0)	<.05
経産婦	40	(61.5)	20	(40.0)	
産業状況					
常時雇用	13	(20.0)	18	(36.0)	
臨時雇用・パート・アルバイト	1	(1.5)	3	(6.0)	
自営業・家業従事者	8	(12.3)	2	(4.0)	
専業主婦	42	(64.6)	24	(48.0)	
その他	1	(1.5)	3	(6.0)	
配偶者の年齢 (歳)	32.5	(6.0)	33.4	(4.8)	n. s
配偶者の就業状況					
常時雇用	45	(69.2)	43	(86.0)	
臨時雇用・パート・アルバイト	2	(3.1)	2	(4.0)	
自営業・家業従事者	14	(21.5)	1	(2.0)	
無職	0	(0.0)	1	(2.0)	
その他	4	(6.2)	3	(6.0)	
配偶者の健康状態					
良好	60	(92.3)	47	(94.0)	
良好でない	5	(7.7)	3	(6.0)	
家族構成					
核家族	51	(78.5)	47	(94.0)	
拡大家族	14	(21.5)	2	(4.0)	
ひとり親家族	0	(0.0)	1	(2.0)	
暮らし向き					
とても余裕がある	5	(7.7)	0	(0.0)	
まずまず余裕がある	38	(58.5)	31	(62.0)	
あまり余裕がない	19	(29.2)	17	(34.0)	
全く余裕がない	3	(4.6)	2	(4.0)	
居住月数	138.9	(137.8)	85.7	(114.1)	<.05
A市	242.8	(131.4)			
B町	126.4	(135.0)			
C町	86.0	(119.5)			
D町	98.7	(114.1)			

n. s. non significant

2. 医療へのアクセス

今回の妊娠、分娩、1か月健診で受診した医療機関を、居住地域別に整理した(表2)。農村部で、全て同じ施設と回答した割合はC町が最も多かった。A市居住者17名中、妊婦健診から1か月健診まで同一施設を受診した者は3名であった。13名はA市内で妊婦健診を受診し、そのうち11名がA市から120km離れた隣接する医療圏にあるE市の総合周産期医療センターで分娩した(表3)。また、A市で分娩した1名は、早い分娩進行によるものであり、分娩後に予定していた分娩施設に搬送された。B町居住者15名中14名がB町またはC町の医療施設で妊婦健診を受けていたが、そのうち5名が分娩時に医療的判断によってE市の総合周産期医療センターに搬送された。C町とD町居住者は約8割がB町で妊婦健診を受け、そのまま分娩する者がほとんどであった。都市部では、1割が里帰り分娩であり、2割は市内で分娩施設を変更していた。

施設への所用時間を表4に示す。妊婦健診はC町居住者が最も短く、A市居住者が最も長かった。分娩施設への所要時間の地域間の差は大きく、C町と都市部が同程度の所要時間で最も短く、最も所要時間が長い地域はA市居住者であった。

希望した医療施設であったと回答した割合は、農村部は妊婦健診61名(93.8%)、分娩51名(78.5%)、1か月健診55名(84.6%)で、都市部はすべて100%であった。

妊婦健診の選択理由で最も多い回答は、農村部、都市部ともに「自宅から近い」であった(表5)。都市部は回答された選択肢の数が多かった。分娩施設選択理由は、A市で最も多い回答は「近くに出産施設がない」で、その他の地域では「出産施設が自宅から近い」であった(表6)。都市部居住者は選択理由が多岐に渡り、分娩施設までの距離以外の条件も考慮して選択していた。分娩施設選択理由に関する自由記載内容を表7にまとめた。

居住地域における産科の必要性は「必要」と答えた者が農村部59名(90.8%)、都市部36名(72.0%)であった。小児科の必要性は「必要」と答えた者が農村部63名(96.9%)、都市部39名(78.0%)で、いずれも χ^2 検定の結果、農村部の「必要」の回答が有意に多かった($p<.01$)。

表2 妊娠から1か月健診受診した医療機関

施設の連続性 居住地区	全て同じ施設	妊婦健診と分娩・1か月 健診は異なる施設	妊婦健診・分娩と1か月 健診は異なる施設	無回答
	人 (%)	人 (%)	人 (%)	人 (%)
A市 (n=17)	3 (17.6%)	13 (76.5%)	1 (5.9%)	0
B町 (n=15)	9 (60.0%)	6 (40.0%)	0	0
C町 (n=24)	19 (79.2%)	3 (12.5%)	0	2 (8.3%)
D町 (n=9)	5 (55.6%)	4 (44.4%)	0	0
都市部 (n=50)	39 (78.0%)	10 (20.4%)	0	1 (2.0%)

表3 居住地期別 医療施設受診地区

居住地	A市			B町			C町			都市部			その他		
	人	(%)		人	(%)		人	(%)		人	(%)		人	(%)	
受診地域	妊婦 健診	分娩	1か月 健診	妊婦 健診	分娩	1か月 健診	妊婦 健診	分娩	1か月 健診	妊婦 健診	分娩	1か月 健診	妊婦 健診	分娩	1か月 健診
A市 (n=17)	13 (76.5%)	1 (5.9%)	0	2 (11.8%)	1 (5.9%)	2 (11.8%)	1 (5.9%)	4 (23.5%)	4 (23.5%)	0	0	0	1 (5.9%)	11 (64.7%)	11 (64.7%)
B町 (n=15)	0	0	0	9 (60.0%)	7 (46.7%)	7 (46.7%)	5 (33.3%)	2 (13.3%)	2 (13.3%)	0	0	0	1 (6.7%)	6 (40.0%)	6 (40.0%)
C町 (n=24)	0	0	0	0	0	0	19 (79.2%)	18 (75.0%)	18 (75.0%)	1 (4.2%)	2 (8.3%)	2 (8.3%)	2 (8.3%)	4 (16.7%)	4 (16.7%)
D町 (n=9)	0	0	0	2 (22.2%)	0	0	7 (77.8%)	6 (66.7%)	6 (66.7%)	0	1 (11.1%)	1 (11.1%)	0	2 (22.2%)	2 (22.2%)
都市部 (n=50)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	49 (98.0%)	45 (90.0%)	45 (90.0%)	1 (2.0%)	5 (10.0%)	5 (10.0%)

表4 医療施設受診所要時間

居住地	妊娠健診				分娩			
	夏季		冬季		夏季		冬季	
	平均	(SD)	平均	(SD)	平均	(SD)	平均	(SD)
A市 (n=17)	31.6	(11.0)	42.9	(14.6)	99.6	(10.6)	121.1	(11.6)
B町 (n=15)	17.0	(7.6)	22.3	(9.2)	30.0	(10.6)	38.4	(12.9)
C町 (n=24)	14.8	(5.4)	18.0	(6.0)	20.0	(6.2)	24.3	(7.1)
D町 (n=9)	22.9	(3.7)	31.3	(5.2)	36.7	(10.9)	50.0	(14.1)
都市部 (n=50)	16.4	(1.7)	22.8	(1.9)	17.5	(1.9)	23.7	(1.9)

表5 妊婦健診施設 選択理由 (複数回答)

	農村部 (人)	都市部 (人)
自宅から近い	49	27
交通の便が良かった	12	17
周囲からの進め	3	7
サービスが充実している	3	13
病院設備の環境がよい	6	20
費用が安い	1	8
医師や助産師の評価が良い	9	12
緊急時の対応が可能である	9	8
前回妊娠した時と同じ施設で慣れていた	13	11
助産師からの保健指導が充実していた	8	6
その他	7	14

*その他 農村部：羊水検査を受けたのでそのまま同じ病院を受診した等。

都市部：仕事が終わってから行ける、土曜日等に行ける、交通の便が良い、勤務先から近い、全員女性で行きやすい等など

表6 分娩施設 選択理由 (複数回答)

	農村部 (人)	都市部 (人)
医学的理由で紹介された	11	1
近くに出産施設がない	17	2
出産施設が自宅から近い	29	26
交通の便がよい	9	14
周囲から勧められた	2	8
サービスが充実している	4	12
出産施設的环境がよい	8	17
費用が安い	3	7
医師助産師の評判がよい	7	11
緊急時の対応が可能	14	12
前回出産した	16	10
保健指導が充実	8	7
里帰り出産	7	3
家族の宿泊などにも対応可能	1	4
希望していた出産方法で産める	2	7
希望していた産後の生活ができる	6	8
その他	5	10

*その他 農村部：羊水検査をするため選択し同じ病院でと思った、地元で産めないから等
都市部：前回の出産が重症化したため、NICUのある病院がよかった／NICUがあり一番通いやすい、高齢妊婦に対応していた、和痛（無痛）分娩ができる等

表7 分娩施設選択理由自由記載内容

農村部: 居住市町村に産科施設がない
<ul style="list-style-type: none"> ・ 選択できる病院が近くなかったこと。 ・ 妊婦健診だけでも地元で受けられて良かった ・ 間をとって(地理的に)、他の病院もあったが、初産は受け付けていない病院だったり、羊水検査ができるという条件で決めた。 ・ 全てが初めての事なので、出来るだけ信頼できて対応が丁寧な病院を選びたかったのですが、地域に病院が少なく、選択肢はありませんでした。 ・ 緊急時に備え、近さを重視しましたが、それでも車で30分かかる距離で不安は常にありました。 ・ 出産する病院を選ぶ時、里帰り先の自宅から近かった病院の産科で分娩できなかったため、離れた病院を選ばなければならなくなり不安だった。 ・ 転勤する前は、〇〇市にいたので、〇〇市では十分な産婦人科が機能していないので、転勤でお産ができる町にたまたまいられたのでよかったです。出産以前に不妊治療でAIHより先の方が町で受けられないため、(都市部)のクリニックに通院したり遠征費用や住んでる地域でできなくて医療の格差を感じました。都会では、産院が選べるが、選ぶことすらできない。町に産婦人科があって機能していた、お産ができるだけ、幸せな環境でした。
農村部: 居住市町村に産科施設がある
<ul style="list-style-type: none"> ・ 自宅からも近いということ ・ 初めての出産だったので大きな病院で・・・と思って(遠方の病院を)選んだ ・ 地元での唯一の病院 ・ 里帰りも考えたが、上の子(4歳)が幼稚園通いのこともあり、上の子出産のときと同じ近くの病院で出産した。高齢出産だったので不安もあった。健診での経過は順調だったので、そのまま病院は変えず。 ・ 病院が近くあるので、苦勞せずに健診も受けられたし出産もできました。 ・ 今回二人目の出産だったが、上の子は保育園に通っていたし、私自身も仕事を産前2か月前には退職していたため特に苦勞はなかった。ただ、町内で出産する病院が1か所しかなく選びようもないので、もう一か所くらいできてよいのにな～と思う。
都市部:
<ul style="list-style-type: none"> ・ 〇〇市ということもあり、産院は多くありました。自分の勤務している病院を希望し、そこで出産できたので病院選びはほとんど苦勞しませんでした。 ・ 病院がたくさんあって選ぶの大変でした。口コミやいろいろ調べて決めた。 ・ 病院はたくさんあったが、仕事が終わってから土曜日などに行けて交通の便も良いところとなると、なかなかなくて苦勞した。 ・ 友人や周りの人たちの評判が良く、インターネットの口コミもよかったため今回の病院を選んだ ・ 第一子の時は埼玉から引っ越ししてきたので、保健センターの方からのアドバイスと口コミサイトを参考に選びました。

妊婦健診の受診手段は、農村部は自家用車（自分で運転）47名（72.3%）、自家用車（家族が運転）12名（18.5%）、その他（徒歩、公共交通機関）であった。都市部は、自家用車（自分で運転）21名（42.0%）、自家用車（家族が運転）15名（30.0%）、公共交通機関の利用8名（16.0%）、その他（徒歩、病院車）であった。分娩施設までの受診手段は、農村部は、自家用車（家族が運転）51名（78.5%）、自家用車（自分で運転）10名（15.4%）、その他（公共交通機関、徒歩、救急車）であった。都市部は、自家用車（家族が運転）23名（46.0%）、自家用車（自分が運転）13名（26.0%）、公共交通機関8名（16.0%）、タクシー利用3名（6.0%）、その他（徒歩、病院車）であった。

3. 妊娠経過及び分娩所見及び困ったことの有無

妊娠経過が順調でなかったと回答した者は、農村部10名（15.4%）、都市部4名（8.0%）であった。内容は妊娠悪阻、切迫早産、前置胎盤、妊娠貧血であった。また、妊娠中に困った事があったと回答した者は、農村部24名（36.9%）、都市部22名（44.0%）で、 χ^2 検定の結果、有意な差はなかった。

分娩のための入院理由を表8にまとめた。最も多い理由は、居住地域によらず陣痛発来であった。自宅から分娩施設が離れていると回答した8名は全員A市であった。

分娩週数は平均39.5週（SD5.8）、新生児の出生体重は平均3,049g（SD369.8）で、農村部と都市部で有意差はなかった。早産は農村部1名、都市部1名、出生体重2,500g未満の低出生体重児を分娩したのは農村部4名、都市部2名であった。研究対象者が受けた医療や助産ケアを表9にまとめた。和痛または無痛分娩は都市部のみであった。その他の項目について χ^2 検定を行った結果、農村部が都市部より分娩誘発が多い傾向があった。農村部15名の分娩誘発の理由は、自宅から分娩施設が離れている7名、予定日超過3名、前期破水3名、その他医学的適応2名であった。家族立会い分娩をした者は、都市部よりも農村部の方が有意に多かった。農村部居住者の妊娠中に困った事を表10に示す。

産後の体調は、「良好」が89名（農村部51名、都市部38名）、「不調」が25名（農村部14名、都市部11名）であった。産後の体調不良の原因としては、農村部では体の痛み7名（帝王切開の創部の痛み1名、会陰部の痛み3名、股関節痛1名、腰痛1名、骨盤の痛み1名）、疲れやすい3名、発熱2名、浮腫2名、血圧上昇1名、情緒不安定1名などであり、家事や子どもの入院が長引き児への面会や母乳運搬のために通院しなければならないなど、無理が原因であるとした記載もあった。都市部でも、体の痛みが7名（頭痛2名、腰背部痛3名、骨盤の痛み1名、会陰部の痛み1名）で多く、疲れやすさ2名、血圧上昇1名、気持ちの落ち込み1名などであった。育児で困ったことがあったと回答したものは37名（農村部17名、都市部20名）で、 χ^2 検定の結果、地域間に有意差はなかった。内容は、農村部では、上の子の対応（赤ちゃん返り）5名、母乳育児（授乳量や乳房のトラブル）6名、上の子と赤ちゃんの世話の両立2名、赤ちゃんが泣き止まない1名等であった。都市部でも同様の内容であった。

表 8 分娩入院の理由

	農村部 (n=65)		都市部 (n=50)	
	人	(%)	人	(%)
陣痛発来	34	(52.3)	26	(52.0)
破水	10	(15.4)	13	(26.0)
予定日超過	3	(4.6)	3	(6.0)
母体または胎児の何らかの異常	2	(3.1)	3	(6.0)
計画分娩	8	(12.3)	2	(4.0)
自宅からの分娩施設が離れている	8		0	
その他	8	(12.3)	3	(6.0)
予定帝王切開	2		2	

表 9 分娩の概要 (複数回答)

	経膈分娩	吸引分娩	帝王切開	無痛・和痛分娩	分娩誘発	分娩促進	夫立会い	家族立会い	フリースタイル分娩	早期母子接触
農村部 (n=65)	人 60 (%) (92.3)	2 (3.1)	5 (7.7)	0	15 (23.1)	11 (16.9)	34 (52.3)	16 (24.6)	1 (1.5)	15 (44.6)
都市部 (n=50)	人 46 (%) (92.0)	3 (6.0)	4 (8.0)	4 (8.0)	5 (1.0)	13 (26.0)	29 (58.0)	4 (8.0)	7 (14.0)	14 (28.0)
x ² 値	0.003	—	0.001	—	3.2*	1.55	0.54	5.22**	—	0.44

有意水準 * < .1, ** < .05, *** < .01, n.s. non significant

表 10 妊娠中の困ったこと自由記載内容の一部

(市町村に産科施設がない)

- 妊娠中の長時間の移動は、肉体的・精神的・経済的にも負担が多い。
- ・お腹が大きくなるにつれて、病院通いがかなりしんどかった。
- ・冬の雪道運転を妊婦さんがするのとても危険だと思います。2人子どもが欲しかったけど、こんな思いをするなら、もう一人で十分だと思いました。
- ・自分で運転して産科へ行く際に、つわりで体調が悪い中行かなければならなかったのが困りました。スピードを出しすぎたり、途中で停車しなくてはいけなくて、つらい思い出です。
- ・上の子の学校を休ませ出産する病院に妊婦健診に連れて行った。出産の時も何日か休ませないといけなかった。
- ・自宅での車が1台しかなく、夫が仕事の時に健診の時に困った。通うための費用もかかる。
- 妊娠経過が順調でない時の不安
- ・前置胎盤の疑いがあったので、もし胎盤が上の方にあがらなかったら、大きい病院へ転院、帝王切開と言われたが、小学生や保育園児の兄、姉たちがいるので、家をあけるわけにはいかず、困って、不安でした。
- 出産施設が遠いことによる負担
- ・地元で出産できないので、10か月目はいつも必要以上に、不安になった。すぐに病院にたどりつけないため。
- ・陣痛に気付いたのが、5分間隔の時で、病院へ向かう車内では2分間隔になり、本当に車内で出産してしまうところでした。辛かった・・・もう妊娠したくはないと思いました。
- 搬送になることへの不安やそうなった場合の苦勞
- ・元々地元で産むつもりだったけど、臨月になっても頭が下がってきなくて、地元では産めないっていわれて移

転しました。自分の親も近いから地元でと思ったけど、産めなくて一人転院先にいるってことが心細かった。

○ 出産経験

- ・全員その病院で出産したので、2人目、3人目は安心して出産できました。

(市町村に産科施設がある)

○ 妊娠経過が順調でない時の不安

- ・長期入院になり、途中から転院で遠くの大きい病院になったため、家族と会える時間も減り、看護師や助産師ともまた一から関係をはじめなくてはいけなく心身ともに不安が大きかった。

○ 搬送になることへの不安やそうなった場合の苦勞

- ・入院先と自宅は90kmも離れているので、入院した私は良いのですが、家族が入院先まで来るのが大変でした。
- ・一番近い病院だった。事前の説明で「お産緊急時の帝王切開はできないので、何かあったら〇〇まで運ばれることに同意が必要で、とても不安でした。仕方ないので、信じて覚悟を決めました。

○ 出産経験（地元出産）

- ・出産のとき、8歳の子どもの立ち会ったのですが、お産の最中、助産師さんが子どもが不安にならないようにと楽しい話をしたり、子どもの話を優しく聞いてくれたり、とても感謝しています。おかげで家族揃って、新しい命を迎えることができました。

○ 出産経験（搬送経験）

- ・出産当日に健診を受けていた病院では出産が難しいと転院。陣痛が始まっていたので、移動が大変でしたが、転院先では先生の説明もわかりやすく、助産師・看護師の方も忙しい中、どんな質問にも丁寧に答えてくれて、良かったと思いました。

4. 妊娠期から子育て期に受けた支援

妊娠期から子育て期の相談相手、産後入院中に教わった内容について、複数の選択肢を設定し該当するもの全てを選択させた。妊娠中の相談相手は、農村部、都市部ともに、配偶者、実父母、近くに住む友人、妊婦健診先の助産師の回答が多かった（図1参照）。分娩時に、最もそばにいた医療従事者として助産師の回答が全体で101名（88.6%）と多く、88名（77.0%）は十分側にいたと回答した。回答結果に地域間の有意な差はなかった。

産後入院中に、「赤ちゃんの世話の仕方」「母乳哺育」「褥婦の産後の回復」は、両地域とも7割前後が指導を受けたと回答した（図2参照）。しかし、家族計画、退院後の相談相手、乳児健診や各種サービス、育児グループの紹介に関する内容は、農村部の方が指導を受けたと回答した割合が多かった。

子育てに関する相談先として多い回答は、農村部では上位から実父母、配偶者、近くの友人、義父母、インターネット、分娩施設の助産師であった。その他として、母乳育児相談室の存在があり、そこで育児の相談など様々な支援を受け、欠かせない場所であると複数の自由記載で述べられていた。都市部では、配偶者、実父母、近くの友人、インターネット、義父母、行政の保健師であった（図3）。

あったら良いと思う育児支援の結果を図4に示す。農村部では、「親同士の仲間作りの場」「育児の方法を教わる場」「悩みを聞いてもらい、ねぎらってくれる場」「乳房のケアを教わる場」の順で回答が多かった。その他に、「子どもや家族が楽しめるような施設」

「家事代行サービス」「子どもたちが遊べる室内施設」「入院のできる小児科」「赤ちゃんの祖父母世代（特に祖母）が現状での育児を教わる場」があった。都市部では、「育児方法を教わる場」「親同士の仲間づくりの場」「乳房のケアを教わる場」「配偶者や家族が育児を教わる場」の順で回答が多かった。その他、「預かり保育」「もっと気軽に子どもを預けられる場所」「赤ちゃんの祖父母世代（特に祖母）が現状での育児を教わる場」「冬に遊べる場」であった。

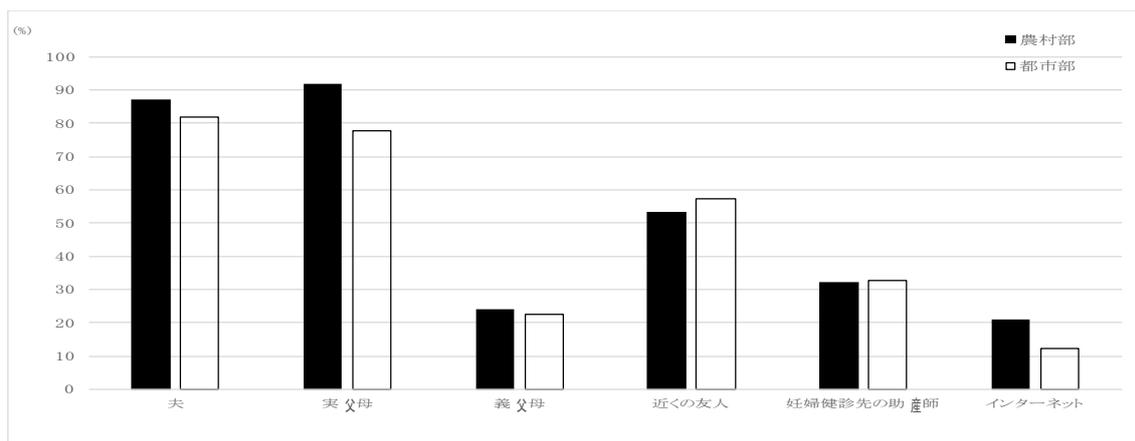


図1 妊娠中の相談相手

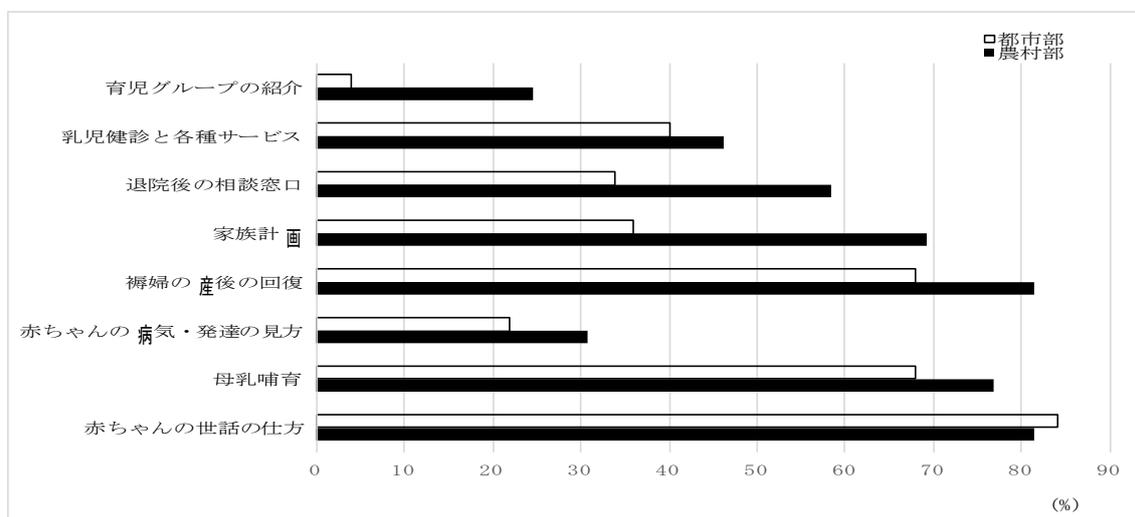


図2 産後入院中に教わった内容

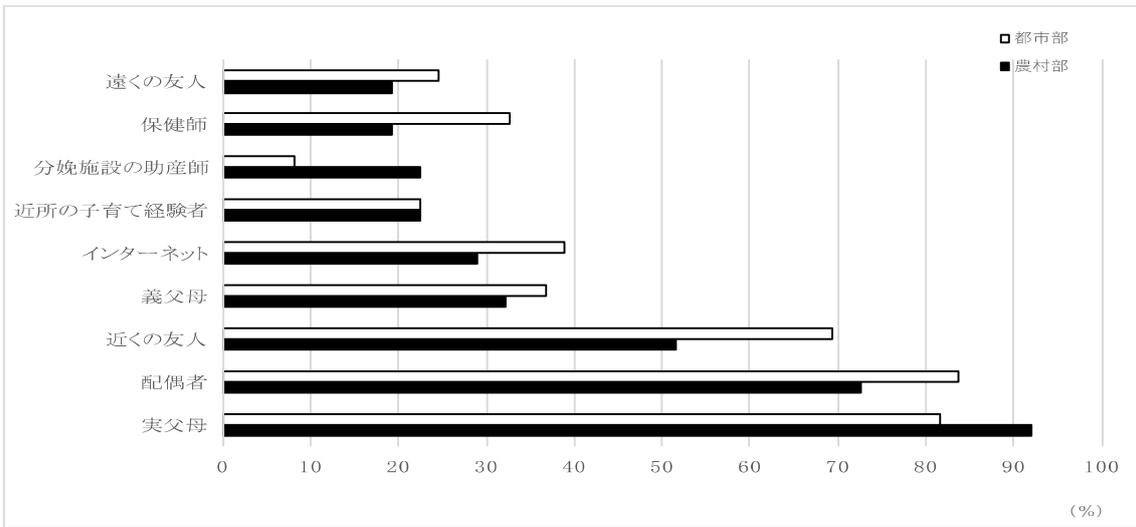


図3 育児で困ったときの相談相手

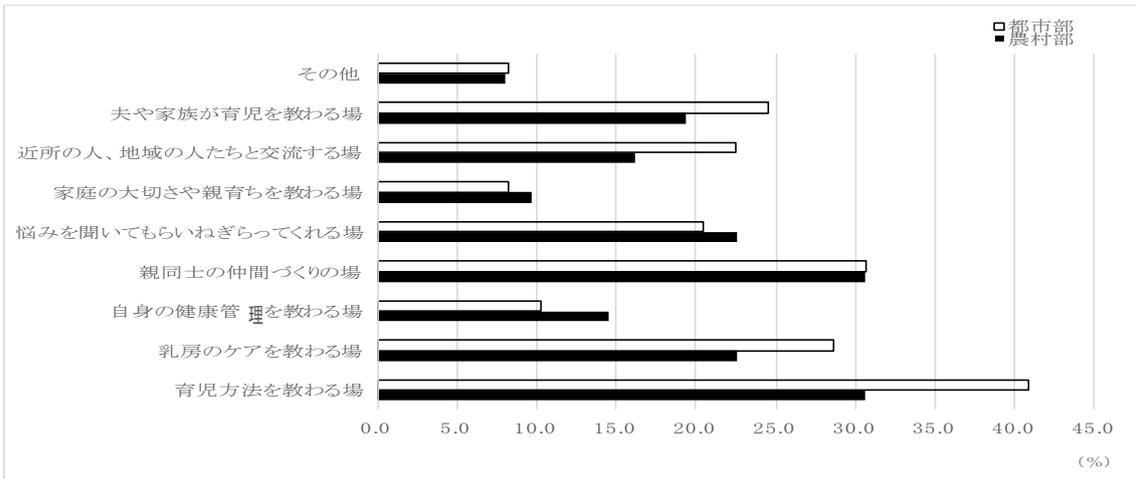


図4 あったらいいと思う育児支援

5. 出産満足度及び育児不安

出産満足度の得点分布を表 11 に示す。農村部と都市部の回答について、とても満足している、やや満足しているを「満足」群、やや不満である、とても不満であるを「不満」群とし、 χ^2 検定（イエーツの補正）を行なった結果、有意な差はなかった。

育児不安尺度の項目毎に平均値を求め、対応のある t 検定を行った結果、「生活の中にゆとりを感じる」に有意差があり都市部の得点が高かった（表 12）。

表 1 1 出産満足度

	農村部 (n=64)		都市部 (n=50)	
	人数	(%)	人数	(%)
ととても満足している	38	(59.4)	31	(62.0)
やや満足している	18	(28.1)	16	(32.0)
やや不満である	6	(9.4)	3	(6.0)
とても不満である	2	(3.1)	0	0

* 「とても不満である」の自由記載内容

- ・ 選択できる病院が近くになかったこと。兄弟は小学校・幼稚園へ通っているが、健診のため往復 4~5 時間かけて通う間、預け先が友人以外にないこと。通うための費用もかかる。妊娠中の長時間の移動は、肉体的・精神的・経済的にも負担が多い。
- ・ 大きい病院に移ってから信頼関係ができないまま帝王切開になり、とても不安で手術の後、ベッドも部屋がいっぱいだと相部屋になり、体がつらいのにプライバシーもなく辛かった。赤ちゃんは無事生まれ、保育器に入ることになったけど退院もできたのは大きい病院だったから良かったと思う。緊急対応、設備環境の事だけを言えば満足している。病院はあるのに地元で出産できないため。周りの家族も体力的に大変だったと思う。

表 1 2 育児不安得点

	農村部 (n=65)		都市部 (n=50)		
	平均	(SD)	平均	(SD)	
毎日くたくたに疲れる	2.6	(0.8)	2.8	(0.8)	
朝目覚めが爽やかである	2.2	(0.8)	2.5	(1.0)	
考え事が億劫で嫌になる	2.2	(0.9)	2.3	(0.9)	
毎日張り詰めた緊張感がある	3.2	(0.9)	3.2	(0.9)	
生活の中にゆとりを感じる	2.0	(0.8)	2.4	(0.7)	-2.5**
子どもが煩わしくてイライラする	1.7	(0.9)	1.8	(0.9)	
自分は子どもをうまく育てていると思う	2.4	(0.8)	2.3	(0.7)	
どうしたらよいかわからなくなることがある	2.2	(0.8)	2.4	(0.8)	
子どもは結構一人で育っていくものだと思う	2.7	(0.8)	2.7	(0.8)	
子どもをおいて外出するのは心配で仕方がない	3.3	(1.0)	3.3	(0.9)	
自分一人で育てる圧迫感を感じる	1.8	(0.8)	2	(0.9)	
育児によって自分が成長していると感じられる	1.6	(0.6)	1.8	(0.7)	
毎日同じことの繰り返ししかしていないと思う	2.4	(0.9)	2.5	(1.0)	
我慢ばかりしている	2.0	(0.8)	2.1	0.9	

有意水準 * < .1、** < .05、*** < .01

6. ソーシャル・キャピタル

ソーシャル・キャピタルに関する6項目の回答結果を、表13に示す。対応のあるt検定の結果、農村部と都市部で得点の有意差が認められた質問項目は、「留守宅の世話をすすんでする」で、農村部の得点が高い傾向にあった。また、「医療機関があつて安心」で、都市部の得点が有意に高かった。

表13 ソーシャル・キャピタル得点

ソーシャルキャピタル 質問項目	農村部		都市部		
	平均	(SD)	平均	(SD)	
私の住んでいるこの地区はとても安全である。	3.7	(1.1)	3.6	(0.9)	
私の近所の誰かが助けを必要とした時、近所の人たちは手をさしのべる。	3.3	(1.2)	3.2	(0.9)	
私の近所には誰かが家を留守にした時、その家のことを気軽に世話をしてくれる雰囲気がある。	2.1	(1.3)	1.6	(1.0)	-2.0*
急病のときなど、すぐにかかれる医療機関があつて安心できる地域である。	2.9	(1.4)	4.0	(1.0)	-4.9***
私の地域では、お互いに気軽に挨拶を交し合う。	3.6	(1.2)	3.2	(1.4)	
将来も今住んでいる地域に住み続けたい。	3.2	(1.5)	3.6	(1.3)	

有意水準 * < .1, ** < .05, *** < .01

近所付き合いの質問2項目は、近所付き合いの程度を、全くしていないと挨拶程度を「していない」群、日常的に立ち話をすると生活面で協力するを「している」群とし、 χ^2 検定を行なった。その結果、有意差はなかった。近所付き合いの範囲は、隣の人が誰か知らないとごく少数を「範囲が狭い」群、ある程度とかなり多くを「範囲が広い」群とし、 χ^2 検定（イエーツの補正）を行なった。その結果、農村部の方が都市部よりも有意に範囲が広いと回答した傾向があった（ χ^2 値=3.62, p=0.06）

出産満足度及び育児不安得点と居住期間、ソーシャル・キャピタル6項目、近所付き合いの得点について相関係数を求めた。出産満足度と有意な相関を認めた項目は、ソーシャル・キャピタル「居住地域の安全性」(r=0.24, p<.01)、「将来も住み続けたい」(r=0.23, p<.01)が、いずれも弱い正の相関を示した。育児不安得点と有意な相関を認めた項目は、「気軽に挨拶をしあう」(r=-0.34, p<.01)で、弱い負の相関を示した。

農村部の子を産み育てる母親が居住地域の良い点、改善してほしい点についての自由記載内容を表14に示す。

表 1 4 居住地区の良い点と改善して欲しい点

改善して欲しい点	居住地区の良い点
子育て支援	
<ul style="list-style-type: none"> 子どもを連れて遊びに行ける場所が少ない（室内や土日も含めて） 授乳室・おむつ交換ができる場所が少ない 子育て支援センターが遠くなった 	<ul style="list-style-type: none"> お祝い金や育児用品のリース、オムツ購入の補助などの公的補助が充実している 子育て支援（相談したり、集まれる場所、子どもの一時預かりサービス）が充実している 保育園の充実
医療	
<ul style="list-style-type: none"> 産婦人科がない（20分かかる不安） 地元で出産できるようにしてほしい、出産時に搬送されなくて済む体制、土日に受診できる産婦人科がない 小児科を作って欲しい（25分かかる、子どもの入院は搬送されてしまう） 医療従事者の不足 助産師がない（誰に相談したら良いのか困った）、小児科の常勤医師がない 大病に対応できる病院がない 予防接種を無料化してほしい 	<ul style="list-style-type: none"> 子どもは医療費が無料 母乳育児相談施設で、色々な相談に乗ってもらえる とりあえずの医療は受けられる 寄り添った医療 一つある病院は必要不可欠 産婦人科小児科スタッフが親切
その他の環境	
<ul style="list-style-type: none"> 町外から来た人が気楽に集まれる場所が少ない 交差点が見えにくい 道が砂利道でペーペーカーを押せない 	<ul style="list-style-type: none"> 学校が近い・治安がよい・公園がある 年齢問わず子どもたちが仲良くしている 自然が多い・街がコンパクトで住みやすい

IV. 考察

平成 25 年の北海道での出生数は 37,058 人であり、そのうち本研究調査地域とした農村部では 577 人（1.6%）、が出生している（北海道保健福祉部，2017）。そのため、本研究では、農村部の対象地域に居住し出産を経験した約 1 割の女性から、妊娠期から子育て期における医療アクセスやソーシャル・キャピタルに関する経験や考えについて情報を得ることができた。以下、医療アクセス及びソーシャル・キャピタルの二点から考察し、産科医療施設が地元が少ない、あるいは遠い地域の女性に対する子産み子育て支援について検討する。

1. 周産期医療へのアクセスについて

都市部で約 2 割の対象者は妊婦健診先を変更していたが、自ら情報を集めて分娩施設を選択していたものが多かった。その際には、施設への通院のしやすさが重要視されていた。これに対し、農村部 4 か所では、分娩施設選択の余地がない状況であることが改めて明示された。

本調査において調査地とした農村部は面積約 3,500km² と広大であるため、同じ管内でも分娩取扱施設の所在地との関係で医療のアクセスは大きく異なる。分娩取扱施設がある B 町、C 町、さらに C 町に隣接している D 町は、受診の所要時間が 30 分前後であり、妊娠から 1 か月健診を受診した医療機関が全て同じであった割合も高い。一方、A 市は北海道本島の最端に位置し、C 町の 2 倍の面積を有する B 町に隣接している。A 市居住者にとっては同じ二次医療圏内の医療施設も遠方であり、女性達は不測の事態を考慮して E 市の医療施設の選択が妥当と判断する傾向があった。

A 市の場合、76%は A 市で妊婦健診を受け、妊婦健診から E 市を受診していた者はわずか 1 名であった。しかし、複数の自由記述欄に、妊婦健診時の長時間の所要時間自体が、負担であると記載されていた。これは、妊娠末期から分娩施設で妊婦健診を受けた経験が含まれているためである。妊娠末期の妊婦健診の間隔は 2 週間に 1 回、1 週間に 1 回と短くなるが、末期になるほど長時間移動の負担は大きくなる。公共交通機関に頼ることができないため、自家用車は移動手段として必要不可欠である。しかし、妊婦自身が運転して受診するケースが多く、それ自体危険であるという訴えもあった。また、受診に際しての家族への影響として、自家用車が 1 台しかない場合の配偶者との調整、上の子どもの保育園や学校を休ませて受診せざるを得ない状況があった。以上のことから、片道所要時間 100～120 分を要する妊婦健診の受診は、妊婦の身体的、精神的負担、家族構成員との調整が必要となり、さらに経済面で負担であり、その負担から妊娠が辛いと思う妊婦も存在していたことが明らかとなった。

分娩の所見を概観すると、正常な分娩経過を辿った者がほとんどであった。しかし、A 市で出産した 1 名を含め、分娩進行が早く、医療施設に間に合うか心配したエピソードが記載されていた。本研究対象者から、自宅分娩、車中分娩のエピソードは報告されなかった。分娩入院の理由で最も多いのは陣痛発来であり、農村部の方が都市部よりも分娩進行が一般的に早い経産婦が多かったため、このようなエピソードが起りやすいと考えられる。そのため、特に A 市の場合は、自宅から分娩施設が遠方であることを理由とする計画分娩の割合が多かった。このように、妊婦の妊婦健診を受ける努力、急速分娩に対応するための計画分娩、分娩経過にあわせた妊婦及び医療機関の臨機応変の対応などが、農村部の安全な分娩を導いていると考えられる。

農村部と都市部の出産満足度を比較した結果、統計学的な有意差はなかった。自由記載内容には、分娩時搬送ケースも、搬送先の医師・助産師に助けられ無事に出産できたエピソードが記載されており、現場が最大限の努力をして一人一人の分娩のサポートをしていることが、研究対象者にも理解されていることがわかる。しかし、「不満である」「やや不満である」と回答した者が農村部に 8 名存在することも事実である。自由記載には、地元で出産できないことによる妊婦健診の負担、分娩時搬送に対する負担が訴えられていた。

妊婦健診、分娩施設選択の理由で最も多い回答は農村部、都市部にかかわらず、「自宅から近い」であった。その理由は、妊婦健診の受診のしやすさ、妊娠経過の異常に対して速やかに対応してもらえる、など医療機関が身近にある方が安心であると捉えているからである。自由記載内容を概観すると、医療機関が「遠い」という認識は、所要時間 30 分程度が基準になっていると考えられる。これは、速やかに分娩施設へ到着し、無事に健康な新生児を出産したいという、一人一人の妊婦の責任から生じている。これらのことから、本来であ

れば、自家用車で 30 分以内の範囲に妊婦健診と分娩に対応する医療施設があることが望ましいと考えられる。北海道周産期医療体制整備計画が示す安全で安心して分娩できる移動時間が概ね 120 分を基準としている基本的考え方と大きく乖離している。

2. 子育て期の医療アクセスとソーシャル・キャピタルについて

妊娠中や産後に困ったことがあったと回答した数は、居住地域による有意な差はなかった。また、育児不安尺度においても、有意な差を認めた項目は 1 項目のみであった。産後に困ったことの内容の多くは、出産後の体調不良、乳房のトラブル、気持ちの落ち込みなど、産褥期特有の身体的・精神的な問題であった。そのため、居住地域に関わらず、妊婦や分娩後早期の時期にある褥婦にはサポートが必要である。

産後入院期間中に教わる内容については、教わったと回答した項目が農村部の方が多かった。困った時の相談相手として、居住地域にかかわらず実父母、配偶者、友人といった褥婦のインフォーマルな関係者が上位を占めていたが、農村部の特徴として、分娩施設の助産師の回答が比較的多かった。分娩から産後 1 週間の母児の経過を理解し、保健指導を受けた専門職であるということが相談相手として選択された理由ではないかと考える。また、自由記載には母乳相談室の存在による安心感も述べられていた。これらを考えると、産褥早期は、育児だけでなく自身の身体の変調に対する相談のニーズが高く、そのニーズについて助産師に相談できることが、女性が安心できる環境の一つであると考えられる。子育て支援に関しては、農村部、都市部ともに行政の子育て支援が行き届いており、地元の子育て支援は手厚いと対象者が捉えている実態が明らかとなった。

先行研究では、ソーシャル・キャピタル 6 項目の内、「居住地域の安全性」、「医療機関があることによる安心感」、「気軽に挨拶をかわしあう雰囲気」の項目は、その地域の安心、安全な生活がどの程度期待できると捉えているかを表す項目である（藤原，2010）。これらの項目から 2 年後の死亡率を予測することが可能であると述べられている。その他の 3 項目は、地域のサポートやケアを意味し、在宅生活を継続する上での可能性を示唆するものであるとされている。本研究結果では、その地域の安心、安全な生活がどの程度期待できると捉えているかを表す 2 つの項目において、農村部と都市部で有意差が認められた。医療機関があることによる安心感は、農村部の得点が有意に低く、さらに出産満足度に有意な相関が認められた。また、気軽に挨拶をしあうの得点は、農村部の得点が有意に高く、弱いながらも育児不安得点と有意な相関が認められた。これらのことから、医療機関の存在は、地域住民の安心感につながることを確認できた。さらに、挨拶をし合う地域の住民間の交流が育児不安を低減させる可能性が示唆された。近所付き合いの得点からも、農村部は住民同士の交流がしやすい環境であることがわかった。

3. 必要な保健医療サービス

現時点では、周産期医療体制整備に、分娩取扱施設の重点化・大規模化は必要な措置である。しかし、妊娠末期の妊婦は、陣痛発来後に分娩施設に間に合わないかもしれないこと、途中で搬送される可能性があることについての不安や緊張感が高い。また、産後に困ったことに関する自由記載内容では、自身の体調の不調や情緒不安定からくる苦痛が記載されていた。さらに、新生児の入院期間が長くなると、面会や母乳運搬の負担も記載されていた。

このような妊婦/褥婦の不安や緊張感を軽減させることは、地元に分娩施設がない地域において非常に重要であると考ええる。

地域への愛着は、強い自発性というより、他の人からの影響を受け、他者を配慮する、やや控えめな小さな活動が連なり、一つの大波だけでなく、たくさんのさざ波のように存在するというプロセスがあることが特徴であると説明されている（大村、2007）。母乳相談室で色々な相談ができて、欠かせない場所であるという自由記載内容もあったように、褥婦にとって気軽に専門職者の相談窓口が一つでも多くあるということは小さな波の一つである。妊娠期から産褥早期の女性に対する、相談場所が無理なく存続できるような支援を充実させ、次に開業する助産師への支援を行っていくこともソーシャル・キャピタルの醸成につながると考えられる。現在は、産後ケア事業も母子保健医療対策等総合支援事業のメニューとして自治体が事業支援を開始し始めており、助産所が事業所として産後ケア事業を行っている事例も増えてきている（厚生労働省,2015）。

妊婦健診の移動に伴う負担、分娩施設で無事に出産できるかどうかの不安、産後に子どもだけが入院期間が延長した場合の長時間の移動を伴う児との面会、母乳の運搬に伴う疲労、上の子と生まれた新生児の育児の両立などに対して、家事や移動時の運転代行なども含め、経済面の負担軽減の措置、地域住民同士が助け合える支援システムの充実が可能である。しかし、妊婦健診にかかる交通費の支給制度などは、すでに農村部で行われている。また、助産師による救急隊員への分娩時の取扱講習会も開催されている。しかし、これらについて言及している自由記載内容はなかったため、制度に関する周知方法の改善も、小さな波の一つになる可能性はある。また、新しい入居者が輪に入りにくいという意見や祖父母世代に今の育児方法を伝えて欲しいという母親たちの意見を汲み取った対策も、地域ぐるみで妊娠期からの支援体制を強化することにつながると考える。

4. 研究の限界

本研究は、農村部での二次医療圏にある1市4町中、1町が調査対象外となった。したがって、今回調査対象地区とした二次医療圏全域の女性の体験を明らかにすることはできなかった。農村部は広域であり、分娩取扱施設の所在地との距離によって、女性の体験は大きく異なるため、本研究結果が当該二次医療圏全体に居住する女性の経験を報告しているとは限らない。また、本研究における分娩所見は、研究対象者から得たデータであり、医療記録や助産録など専門職の所見をもとに分析できていない。そのため、分娩時の安全性確保に関する詳細な検討に関しては、限界がある。

V. 結論

本研究は、北海道の農村部における子産み子育てにおける医療アクセスとソーシャル・キャピタルの実態を都市部との比較から明らかにすることを目的とし、3~4か月児を育てる母親（農村部65名、都市部50名）に質問紙調査を実施した。その結果、1) 広域な農村部では分娩取扱施設から自宅への距離が一様ではなく、分娩取扱施設までの距離によって、妊娠期、産褥早期における女性の負担は異なっていた、2) A市では、片道所要時間100~120

分を要する妊婦健診の受診は、妊婦の身体的、精神的負担、家族構成員との調整が必要となる点、経済面で負担であり、その負担から妊娠が辛いと思う妊婦も存在していた、3) 地元に分娩取扱施設がない地域の妊婦は、妊娠末期には分娩に間に合うのかという不安と緊張感が高かった。地元に分娩取り扱い施設がある地域の妊婦は、妊娠または分娩経過途中で搬送されることに対する不安を抱いていた、4) 少なくとも自家用車で 30 分以内の場所に周産期医療施設があることを望んでいた、5) 医療機関の存在の有無は、地域住民の安心感につながり、さらに挨拶をし合う地域住民の交流が育児不安を低減させる可能性が示唆された。

農村部では、分娩取扱施設の努力もさることながら、妊婦や家族の多大な努力が安全な分娩を導いていると考えられた。今後も、安心して妊娠から子育て期を過ごしていけるように、妊娠期や産褥早期の支援、地域住民と協力して妊婦や母親を支援するシステムの充実に関して、具体的に検討する必要がある。

謝辞

本研究に協力していただきました、対象者の皆様、保健所、保健センターの皆様に深謝いたします。

参考文献

邦文

稲葉陽二. (2007). ソーシャル・キャピタル - 信頼の絆で解く現代経済・社会の諸課題 (初版), 4, 生産性出版, 東京.

海野信也. (2010). 産科の現状. *BIO Clinica*, 25 (1), 84-89.

大森純子, 三森寧子, 小林真朝, 他. (2014). 公衆衛生看護のための“地域への愛着”の概念分析. *日本公衆衛生看護学会誌*, 3 (1), 40-46.

厚生労働省. (2105). 母子保健関連施策. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000096263.pdf>(201610/11 閲覧)

小原剛, 他. (2010). 地域医療連携機能分担システムは地域産科医療危機を救うことができるか? 病院間の垣根を超えた連携システムの構築. *日本産婦人科学会誌*, 62 (2), 653.

内閣府. (2002). 平成 14 年度内閣府委託調査ソーシャル・キャピタル「ソーシャル・キャピタル: 豊かな人間関係と市民活動の好循環を求めて」<https://www.npo-homepage.go.jp/toukei/2009izen-chousa/2009izen-sonota/2002social-capital> (2017/02/15 閲覧).

日本産婦人科学会. (2015). 声明「わが国の産婦人科医療再建のための緊急提言」http://www.jsog.or.jp/statement/pdf/kinkyu_teigen_20141213.pdf (201610/11 閲覧)

福島富士子, 野口真貴子, 他. (2013). 住民全体のソーシャル・キャピタル形成活動プロセスと支援体制に関する介入実証研究. 厚生労働科学研究補助金 (政策科学推進研究事業) 平成 24 年度総括研究報告書.

藤原佳典. (2010). 地域レベルのソーシャル・キャピタルは死亡を予測するか. 平成 22 年度厚生労働科学研究 (政策科学推進研究事業) 「住民全体のソーシャル・キャピタル形成活動プロセスと支援体制に関する介入実証研究」分担研究報告書, 64-69.

藤澤由和, 濱野強, 小藪明生. (2007). 地区単位のソーシャル・キャピタルが主観的健康感に及ぼす影響.

厚生指標, 54 (2), 18-23.

福永一郎, 田村美智, 山本久充子, 他. (2014). 産婦を対象とした出産後のケアに関する調査. 厚生労働科

学研究補助金 (政策科学推進研究事業) 「健康なまちづくりのためのソーシャル・キャピタル形成手法を活用した介入実証と評価に関する研究」研究協力報告書, 40-56.

北海道新聞. (2015) 生むために札幌滞在. お産難民. 平成 27 年 10 月 16 日

北海道保健福祉部医療政策局. (2015). 北海道周産期医療体制整備計画 (H26.3 データ更新版). URL

<http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/cis/shyusankikeikakuH26.pdf> (2016/02/28 閲覧)

北海道保健福祉部. (2017). 平成 26 年北海道保健統計年報.

<http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/sum/hoso/hotou/hotou01/nenpou26.htm> (2017/03/28 閲覧).

牧野カツコ. (1982). 乳幼児をもつ母親の生活と<育児不安>. 家庭教育研究所紀要, 3, 34-56.

英文

United Nations Population Fund.(2004).*Programme of action. Adopted at the conference on population and development, Cairo, 5-13 September 1994.*UNFPA.45-58.