

農業従事者増加のための女性のリプロダクティブヘルスに関する社会調査

北海道大学 農学研究院研究員 加藤 博美
日本大学 生物資源科学部准教授 小野 洋

I. 研究の背景

農業は北海道の経済はもちろん、日本の食糧基盤を支える重要な産業であり、持続的な農業生産システムを確立するためには、経済的に確立した農業経営を行うと共に、農業従事者自身が満足感（幸福感）を持ち生活することが重要である。

一方で地域社会の QOL（Quality Of Living）の充足度、つまり地域の質（住みやすさ）も、暮らす人の満足度（幸福感）の評価に大きく影響していると考えられる。「北海道への移住・交流促進に向けた意識調査（北海道庁,2009）」によると、地域に暮らす上で特に重視する情報は「病院、福祉施設、福祉サービスなどに関すること」であることが明らかとなっているが、農村地域では人口減少にともない医療、保健福祉システムはもちろん、教育保障などの社会サービスの不均等の問題が顕著となっている。

この問題は、将来的に地域の農業従事者の減少を加速させると共に、新規就農希望者の確保をさらに難しくする要因になると予測できる。

そこで本研究では、医療サービスに着目し、農村に暮らす女性を対象としたリプロダクティブヘルスライツ（以下リプロと表記）^{*1}の現状を明らかにすることを目的とし、量的調査および質的調査の2つの視点から研究を行った。

^{*1} リプロは性と生殖の健康と権利と訳され、いわゆる妊娠から出産までの人間の生殖システムおよびその権利と活動過程のすべての側面を包括する。

II. 農村に暮らす女性が考える魅力的な医療についての社会調査

質問紙調査を通じ、農村に暮らす女性の産婦人科病院に対する評価や意向、受療行動実態を把握・分析し医療機関の選択条件の定量化を実施する。

1. 方法

調査には自記式質問票を用いて行った。対象者は北海道に在住する女性である。自記式質問票は、関係機関の協力を得て送付し回収した。自記式質問票の概要を表1に示す。

2. 結果および考察

(1) 調査対象者の概要・アンケートの回収結果

農協や研究の主旨に賛同頂いた機関に協力頂き、女性農業従事者および農村地域在住女性へ自記式質問票を郵送した。配布部数は746部、回収部数は275部、回収率は36.9%であり、回答者の平均年齢は44.5歳であった。自記式質問票回答者の属性を表2に示す。

表1. 質問紙の概要

1. 基本的事項（年齢、職業、結婚の有無、子どもの有無等）
2. 通院距離と時間、通院に妨げになる要因
3. 魅力的な医療評価（一般的な病院・産婦人科）
4. 受療行動の評価
5. 地域医療の評価
6. 出産経験について（子がいる方のみ対象）

表2. 自記式質問票回答者の属性

カテゴリ	全員 (n=275)	農業従事者 (n=189)	非農業従事者 (n=84)
20歳以下	4 (1.5)	1 (0.5)	3 (3.6)
21歳以上30歳以下	37 (13.5)	17 (9.0)	20 (23.8)
31歳以上40歳以下	74 (26.9)	45 (23.8)	29 (34.5)
年齢 41歳以上50歳以下	58 (21.1)	40 (21.2)	18 (21.4)
51歳以上60歳以下	71 (25.8)	61 (32.3)	10 (11.9)
61歳以上100歳以下	27 (9.8)	23 (12.2)	4 (4.8)
無回答	4 (1.5)	2 (1.1)	0 (0.0)
未婚	34 (12.4)	8 (4.2)	26 (31.0)
結婚 既婚	236 (85.8)	178 (94.2)	58 (69.0)
無回答	5 (1.8)	3 (1.6)	0 (0.0)
北海道	199 (72.4)	141 (74.6)	58 (69.0)
出身地 北海道以外	74 (26.9)	48 (25.4)	26 (31.0)
無回答	2 (0.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
道央南	9 (3.3)	7 (3.7)	2 (2.4)
道北	21 (7.6)	12 (6.3)	9 (10.7)
現住所 道東	101 (36.7)	52 (27.5)	48 (57.1)
十勝	143 (52.0)	118 (62.4)	25 (29.8)
無回答	1 (0.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
農業従事者	189 (68.7)	189 (100.0)	0 (0.0)
職業 非農業従事者	84 (30.5)	0 (0.0)	84 (100.0)
無回答	2 (0.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
子どもあり	222 (80.7)	170 (89.9)	50 (59.5)
子ども 子どもなし	52 (18.9)	18 (9.5)	34 (40.5)
無回答	1 (0.4)	1 (0.5)	0 (0.0)

※ () 内は%を表す。

表 3. 通院における自家用車の利用率

	軽い疾病時の病院までの交通手段				重篤な疾病時の病院までの交通手段			
	夏季		冬季		夏季		冬季	
	農業従事者 (n=189)	非農業従事者 (n=84)	農業従事者 (n=189)	非農業従事者 (n=84)	農業従事者 (n=189)	非農業従事者 (n=84)	農業従事者 (n=189)	非農業従事者 (n=84)
バス	1	0	1	0	0	0	0	0
電車	0	0	0	0	0	0	0	0
自家用車	187	75	187	76	188	84	187	84
徒歩	1	9	1	8	1	0	1	0
その他	0	0	0	0	0	0	1	0
自家用車の利用率 [%]	98.9	89.3	98.9	90.5	99.5	100.0	98.9	100.0

表 4. 通院距離および通院時間

			全員 n=275		農業従事者 n=189		非農業従事者 n=84	
			(SD)	(SD)	(SD)	(SD)		
病院までの 平均距離	軽い疾病	km	14.3	(13.5)	14.23	(12.6)	14.5	(15.4)
	最小値	km	0.1		0.10		0.1	
	最大値	km	75.0		60.00		75.0	
	重篤な疾病	km	52.0	(27.7)	50.23	(27.3)	56.2	(28.4)
	最小値	km	0.1		0.10		0.5	
	最大値	km	200.0		200.00		150.0	
病院までの 平均通院時間	軽い疾病 (夏季)	min	16.2	(12.7)	15.90	(11.5)	16.8	(15.0)
	最小値	min	1.0		1.00		1.0	
	最大値	min	75.0		65.00		75.0	
	軽い疾病 (冬季)	min	20.2	(15.6)	19.47	(13.8)	21.9	(19.0)
	最小値	min	1.0		1.00		1.0	
	最大値	min	85.0		65.00		85.0	
	重篤な疾病 (夏季)	min	56.7	(26.6)	54.29	(25.9)	62.2	(27.7)
	最小値	min	1.0		1.00		5.0	
	最大値	min	180.0		180.00		180.0	
	重篤な疾病 (冬季)	min	67.3	(30.4)	64.23	(28.3)	74.1	(33.9)
	最小値	min	1.0		1.00		5.0	
	最大値	min	200.0		200.00		200.0	

(2) 通院距離と時間、通院に妨げになる要因および必要としているサポートについて

表 3 に通院の自家用車利用率を示す。疾病の軽度、重度に関わらず、通院は、ほぼ 100% 自家用車を利用しており農業従事者と非農業従事者の差はなかった。通院距離および通院時間 (表 4) は、長距離移動を経て通院するという北海道の特徴が示された。また、通院を妨げる要因 (表 5) でも、“通院・診療に時間がかかる” が最も多く、この結果から距離が医療機関受診への大きな弊害となっていることが明らかとなった。通院時に望むサポート (表 6) では、農業従事者とその他の職業で異なっており、農業従事者は“農業ヘルパーなど労働力に対する金銭的補助”を望む声が高い。このことから日々の農作業に従事する中で、

代替労働者の金銭的および人材的確保の困難さに不便を感じていた。また、両職業者ともに、“交通費の補助”、“通院バスなどの整備”を求める声が高い。高齢化に伴い自力での通院が不可能になった時や小児科への受診など子どもを伴った通院時に、このようなサービスが必要不可欠であり通院基盤を整備することが急務であると言える。

(3) 産婦人科病院の選択条件

a. 分析の設定

表7には魅力的な医療評価(産婦人科)の集計結果を示した。ここでは、表7に示した結果から産婦人科の選択条件について主成分分析をおこない医療機関の選択条件の定量化を実施する。主成分分析の対象となる変数は、表7と同様であるが、抽出される主成分への影響が小さい3変数(R、S、T)と、回答をすべて1や5にしている回答者を「抵抗者」として削除し分析した。

b. 産婦人科病院の選択条件

相関係数基準により主成分分析を適用した結果からいずれのケースでも、主成分5まで採用すると21変数の変動のうち7割近い部分を説明可能となった。よって、主成分5までを採用し、産婦人科病院の選択条件の検討を行った。表8に全員の第1から第5までの主成分係数を代表値として示す。主成分係数が±0.3以上の変数(網掛け部分)が、全体の意識を規定する項目として重要と考えられ、医療に対する評価は、PC2~5の4つ軸で代表される。(PC1は医療の総合的魅力を規定している)

以下に、カテゴリーごとの医療に対する評価項目を示す。

全員:①総合病院的医療施設、②医療機関へのアクセスの容易さ、③~④信頼できる医療を提供可能であること
 農業従事者:①~②クリニック的医療施設(医療サービス重視)、③医療機関へのアクセスの容易さ、④信頼できる医療を提供可能であること

非農業従事者:①総合病院的医療施設、②医療機関へのアクセスの容易さ、③~④医療設備の充実

表5. 通院を妨げる要因 (複数回答)

	n=273 (%)		農業従事者 n=189 (%)		非農業従事者 n=84 (%)	
a. 通院を妨げる要因はない	56	(10.3)	37	(9.7)	19	(11.9)
b. 通院・診療に時間がかかる	168	(30.9)	119	(31.1)	49	(30.6)
c. 診療にお金がかかる	26	(4.8)	17	(4.4)	9	(5.6)
d. 休みがとれない	71	(13.1)	50	(13.1)	21	(13.1)
e. 家族の協力や理解がない	15	(2.8)	13	(3.4)	2	(1.3)
f. 公共交通機関がない	24	(4.4)	14	(3.7)	10	(6.3)
g. 近くに専門の病院がない	154	(28.4)	113	(29.5)	41	(25.6)
h. 医師との相性が悪い	13	(2.4)	9	(2.3)	4	(2.5)
i. その他	16	(2.9)	11	(2.9)	5	(3.1)

表6. 通院時に望むサポート (複数回答)

	n=273 (%)		農業従事者 n=189 (%)		非農業従事者 n=84 (%)	
a. 交通費の補助	108	(25.3)	64	(21.4)	44	(34.4)
b. 子どもの預かり	87	(20.4)	54	(18.1)	33	(25.8)
c. 通院バスなどの整備	89	(20.8)	62	(20.7)	27	(21.1)
d. 農業ヘルパーなど 労働力に対する金銭的補助	126	(29.5)	108	(36.1)	18	(14.1)
e. その他	17	(4.0)	11	(3.7)	6	(4.7)

全体的には“総合病院的医療施設”を求めている傾向にあったが、農業従事者では“クリ

ニック的医療施設（医療サービス重視）”を重視していた。この決定要因について更なる検討が今後の課題として残された。また、“医療機関へのアクセスの容易さ”については農業従事者の別なく高い項目となっていた。なお、農業従事者と非農業従事者の主成分得点からPC1およびPC2の差の検討をt検定にておこなったが統計的に有意な差はなかった。（PC1: $t=-7.6, df=253, ns$. PC2: $t=2.6E-10, df=253, ns$ ）。

表7. 魅力的な医療評価（産婦人科）集計結果

変数	度数	全員 n=275	農業従事者 n=189	非農業従事者 n=84	変数	度数	全員 n=275	農業従事者 n=189	非農業従事者 n=84
A. 自宅から近い	1. 重視しない	4 (1.5)	3 (1.6)	1 (1.2)	M. 医師の数が 多い	1. 重視しない	6 (2.2)	6 (3.2)	0 (0.0)
	2. あまり重視しない	16 (5.9)	9 (4.8)	7 (8.4)		2. あまり重視しない	11 (4.1)	8 (4.3)	3 (3.7)
	3. どちらでもない	26 (9.6)	16 (8.6)	10 (12.0)		3. どちらでもない	81 (30.0)	56 (29.9)	23 (28.4)
	4. やや重視する	88 (32.4)	66 (35.3)	20 (24.1)		4. やや重視する	108 (40.0)	69 (36.9)	39 (48.1)
	5. 重視する	138 (50.7)	93 (49.7)	45 (54.2)		5. 重視する	64 (23.7)	48 (25.7)	16 (19.8)
B. 出産にかかる費用が安い	1. 重視しない	9 (3.3)	6 (3.2)	3 (3.6)	N. 多くの診療 科がある	1. 重視しない	6 (2.2)	5 (2.7)	1 (1.2)
	2. あまり重視しない	19 (7.0)	15 (8.0)	4 (4.8)		2. あまり重視しない	18 (6.7)	13 (7.1)	4 (4.8)
	3. どちらでもない	71 (26.1)	47 (25.1)	22 (26.5)		3. どちらでもない	68 (25.3)	48 (26.1)	19 (22.9)
	4. やや重視する	93 (34.2)	65 (34.8)	28 (33.7)		4. やや重視する	111 (41.3)	70 (38.0)	41 (49.4)
	5. 重視する	80 (29.4)	54 (28.9)	26 (31.3)		5. 重視する	66 (24.5)	48 (26.1)	18 (21.7)
C. 診察日・診察時間が限られていない	1. 重視しない	3 (1.1)	2 (1.1)	1 (1.2)	O. 手術や不妊 治療の成功率 が高い	1. 重視しない	7 (2.6)	5 (2.7)	2 (2.4)
	2. あまり重視しない	5 (1.9)	3 (1.6)	2 (2.4)		2. あまり重視しない	7 (2.6)	5 (2.7)	2 (2.4)
	3. どちらでもない	53 (19.7)	35 (18.9)	17 (20.7)		3. どちらでもない	51 (18.8)	33 (17.6)	17 (20.5)
	4. やや重視する	98 (36.4)	70 (37.8)	27 (32.9)		4. やや重視する	79 (29.0)	54 (28.9)	24 (28.9)
	5. 重視する	110 (40.9)	75 (40.5)	35 (42.7)		5. 重視する	128 (47.1)	90 (48.1)	38 (45.8)
D. 健診の頻度と料金が安い	1. 重視しない	5 (1.8)	3 (1.6)	2 (2.4)	P. 医師の学歴 が高い	1. 重視しない	28 (10.3)	21 (11.2)	7 (8.4)
	2. あまり重視しない	16 (5.9)	11 (5.9)	5 (6.0)		2. あまり重視しない	42 (15.4)	28 (15.0)	14 (16.9)
	3. どちらでもない	82 (30.1)	57 (30.5)	23 (27.7)		3. どちらでもない	115 (42.3)	76 (40.6)	37 (44.6)
	4. やや重視する	88 (32.4)	60 (32.1)	28 (33.7)		4. やや重視する	65 (23.9)	46 (24.6)	19 (22.9)
	5. 重視する	81 (29.8)	56 (29.9)	25 (30.1)		5. 重視する	22 (8.1)	16 (8.6)	6 (7.2)
E. 口コミなど評判が良い	1. 重視しない	5 (1.8)	4 (2.2)	1 (1.2)	Q. 医師との相 性が良い	1. 重視しない	4 (1.5)	3 (1.6)	1 (1.2)
	2. あまり重視しない	4 (1.5)	3 (1.6)	1 (1.2)		2. あまり重視しない	4 (1.5)	4 (2.1)	0 (0.0)
	3. どちらでもない	38 (14.0)	26 (14.0)	12 (14.5)		3. どちらでもない	59 (21.7)	34 (18.2)	23 (27.7)
	4. やや重視する	92 (33.9)	62 (33.3)	28 (33.7)		4. やや重視する	99 (36.4)	78 (41.7)	21 (25.3)
	5. 重視する	132 (48.7)	91 (48.9)	41 (49.4)		5. 重視する	106 (39.0)	68 (36.4)	38 (45.8)
F. 自分が望んだ分娩方法で出産できる	1. 重視しない	5 (1.8)	3 (1.6)	2 (2.4)	R. 医師が女性 である	1. 重視しない	15 (5.5)	10 (5.3)	5 (6.0)
	2. あまり重視しない	7 (2.6)	5 (2.7)	2 (2.4)		2. あまり重視しない	19 (7.0)	15 (8.0)	4 (4.8)
	3. どちらでもない	56 (20.6)	38 (20.3)	17 (20.5)		3. どちらでもない	100 (36.8)	70 (37.4)	30 (36.1)
	4. やや重視する	105 (38.6)	74 (39.6)	30 (36.1)		4. やや重視する	78 (28.7)	50 (26.7)	27 (32.5)
	5. 重視する	99 (36.4)	67 (35.8)	32 (38.6)		5. 重視する	60 (22.1)	42 (22.5)	17 (20.5)
G. 病院施設の充実度	1. 重視しない	4 (1.5)	3 (1.6)	1 (1.2)	S. 立ち合い出 産ができる	1. 重視しない	12 (4.4)	9 (4.8)	3 (3.6)
	2. あまり重視しない	6 (2.2)	4 (2.1)	2 (2.4)		2. あまり重視しない	12 (4.4)	9 (4.8)	3 (3.6)
	3. どちらでもない	37 (13.6)	25 (13.4)	11 (13.3)		3. どちらでもない	98 (36.2)	62 (33.3)	34 (41.0)
	4. やや重視する	110 (40.4)	75 (40.1)	34 (41.0)		4. やや重視する	75 (27.7)	56 (30.1)	19 (22.9)
	5. 重視する	115 (42.3)	80 (42.8)	35 (42.2)		5. 重視する	74 (27.3)	50 (26.9)	24 (28.9)
H. 多くの患者が通院している	1. 重視しない	7 (2.6)	6 (3.2)	1 (1.2)	T. 母子同室で ある	1. 重視しない	8 (3.0)	6 (3.2)	2 (2.4)
	2. あまり重視しない	14 (5.2)	9 (4.8)	5 (6.0)		2. あまり重視しない	6 (2.2)	3 (1.6)	3 (3.6)
	3. どちらでもない	91 (33.6)	66 (35.5)	25 (30.1)		3. どちらでもない	78 (28.8)	49 (26.3)	27 (32.5)
	4. やや重視する	107 (39.5)	64 (34.4)	41 (49.4)		4. やや重視する	86 (31.7)	62 (33.3)	24 (28.9)
	5. 重視する	52 (19.2)	41 (22.0)	11 (13.3)		5. 重視する	93 (34.3)	66 (35.5)	27 (32.5)
I. 救急医療に対応している	1. 重視しない	4 (1.5)	3 (1.6)	1 (1.2)	U. LDR室（陣 痛・分娩・休 養がすべて同 室で可能）で ある	1. 重視しない	11 (4.0)	8 (4.3)	3 (3.6)
	2. あまり重視しない	3 (1.1)	2 (1.1)	1 (1.2)		2. あまり重視しない	14 (5.1)	8 (4.3)	6 (7.2)
	3. どちらでもない	24 (8.9)	14 (7.5)	9 (10.8)		3. どちらでもない	99 (36.4)	64 (34.2)	33 (39.8)
	4. やや重視する	94 (34.7)	64 (34.4)	29 (34.9)		4. やや重視する	78 (28.7)	54 (28.9)	24 (28.9)
	5. 重視する	146 (53.9)	103 (55.4)	43 (51.8)		5. 重視する	70 (25.7)	53 (28.3)	17 (20.5)
J. 建物の綺麗さ	1. 重視しない	9 (3.3)	6 (3.2)	3 (3.6)	V. 自由に面会 ができる	1. 重視しない	7 (2.6)	5 (2.7)	2 (2.4)
	2. あまり重視しない	15 (5.5)	11 (5.9)	4 (4.8)		2. あまり重視しない	5 (1.8)	4 (2.1)	1 (1.2)
	3. どちらでもない	83 (30.5)	55 (29.4)	26 (31.3)		3. どちらでもない	68 (25.1)	43 (23.0)	24 (29.3)
	4. やや重視する	106 (39.0)	74 (39.6)	32 (38.6)		4. やや重視する	101 (37.3)	74 (39.6)	26 (31.7)
	5. 重視する	59 (21.7)	41 (21.9)	18 (21.7)		5. 重視する	90 (33.2)	61 (32.6)	29 (35.4)
K. 交通の便が良い	1. 重視しない	5 (1.8)	5 (2.7)	0 (0.0)	W. 授乳指導・ 沐浴実習・母 親教室がある	1. 重視しない	3 (1.1)	1 (0.5)	2 (2.4)
	2. あまり重視しない	10 (3.7)	8 (4.3)	2 (2.4)		2. あまり重視しない	1 (0.4)	1 (0.5)	0 (0.0)
	3. どちらでもない	49 (18.0)	32 (17.1)	16 (19.3)		3. どちらでもない	53 (19.5)	37 (19.8)	14 (16.9)
	4. やや重視する	96 (35.3)	68 (36.4)	27 (32.5)		4. やや重視する	109 (40.1)	75 (40.1)	34 (41.0)
	5. 重視する	112 (41.2)	74 (39.6)	38 (45.8)		5. 重視する	106 (39.0)	73 (39.0)	33 (39.8)
L. 入院できるベッド数が多い	1. 重視しない	4 (1.5)	3 (1.6)	1 (1.2)	X. 未熟児室・ NICUがある	1. 重視しない	4 (1.5)	2 (1.1)	2 (2.4)
	2. あまり重視しない	14 (5.2)	10 (5.3)	3 (3.7)		2. あまり重視しない	3 (1.1)	2 (1.1)	1 (1.2)
	3. どちらでもない	96 (35.4)	60 (32.1)	35 (42.7)		3. どちらでもない	38 (14.0)	23 (12.3)	15 (18.1)
	4. やや重視する	92 (33.9)	66 (35.3)	26 (31.7)		4. やや重視する	73 (26.8)	50 (26.7)	21 (25.3)
	5. 重視する	65 (24.0)	48 (25.7)	17 (20.7)		5. 重視する	154 (56.6)	110 (58.8)	44 (53.0)

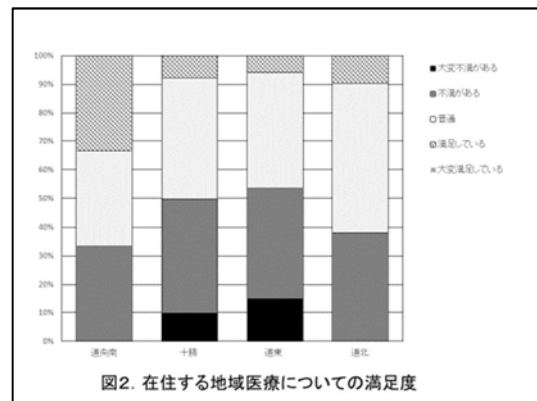
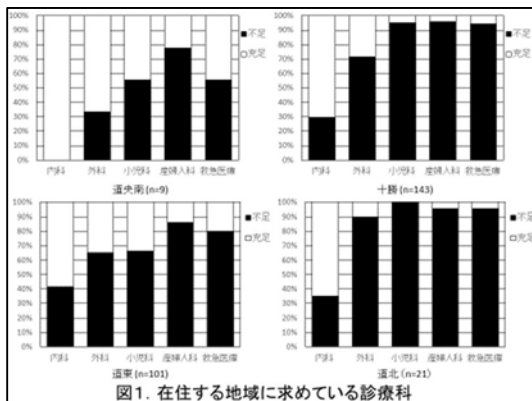
※ () 内は%である。※変数「R. S. T」は主成分分析から削除した。

表 8. 主成分係数 (全員)

変数	全員				
	PC1	PC2	PC3	PC4	PC5
A 自宅から近い	0.1897	-0.0964	0.3804	-0.0097	0.3717
B 出産にかかる費用が安い	0.1877	-0.2498	0.4640	0.1605	-0.2178
C 診察日・診察時間が限られていない	0.2051	-0.0902	0.3530	0.1443	0.1753
D 健診の頻度と料金が安い	0.2227	-0.1606	0.3340	0.1650	-0.3305
E 口コミなど評判が良い	0.2381	-0.0431	0.0904	-0.4160	-0.1086
F 自分が望んだ分娩方法で出産できる	0.2368	-0.2439	0.0267	-0.1569	-0.1613
G 病院施設の充実度	0.2446	0.0592	-0.0010	-0.3645	0.0291
H 多くの患者が通院している	0.2038	0.1262	-0.0278	-0.3389	-0.2992
I 救急医療に対応している	0.2412	-0.0611	-0.0957	-0.2045	0.3107
J 建物の綺麗さ	0.2232	0.1820	-0.1500	-0.1388	-0.1971
K 交通の便が良い	0.2112	0.2694	0.1040	0.0985	0.3246
L 入院できるベット数が多い	0.2560	0.2906	-0.0794	0.1035	-0.0112
M 医師の数が多	0.2369	0.3624	-0.0910	0.1886	0.0584
N 多くの診療科がある	0.2252	0.3309	0.0121	0.2380	0.1093
O 手術や不妊治療の成功率が高い	0.2360	0.0326	0.0163	-0.1115	0.0806
P 医師の学歴が高い	0.1932	0.2384	-0.0394	0.3352	-0.4028
Q 医師との相性が良い	0.2058	-0.0591	-0.1552	0.2165	0.0070
U LDR室 (陣痛・分娩・休養がすべて同室で可能) である	0.1969	-0.2125	-0.3094	0.2309	-0.1981
V 自由に面会ができる	0.1887	-0.3794	-0.2309	0.2249	0.1235
W 授乳指導・沐浴実習・母親教室がある	0.1944	-0.3201	-0.3430	0.1157	0.0331
X 未熟児室・NICUがある	0.2246	-0.1613	-0.2107	0.1348	0.2561

(4) 地域に求めている診療科および地域医療の満足度

図 1 に在住する地域に求めている診療科を示す。地域について不足している診療科にはばらつきがみられるが、どの地域も内科については充足していると評価している。その他の診療科においては道央南を除き、不足していると感じている傾向が強く、特に道北において小児科が充足と回答している人はゼロであった。一元配置分散分析では内科 ($F(3,226)=2.80, p<0.05$)、外科 ($F(3,226)=3.60, p<0.05$) については有意な差があったが、小児科、産婦人科、救急医療にはついてはみられなかった。小児科、産婦人科、救急医療に関しては地域の差がなく不足していると考えられる。図 2 には在住する地域医療についての満足度を示す。満足度は、大変満足、満足、普通、不満、大変不満の 5 段階尺度によって評価した。地域医療についての満足度も地域差がみられ、道央南以外は満足と回答している人は少なかった。また、大変満足していると回答している人はすべての地域においてゼロであった。一元配置分散分析では有意な差が見出され ($F(3,269)=2.70, p<0.05$)、地域の違いによる地域医療の満足度は異なっていた。



(5) 妊娠出産の経験から見る農村に暮らす女性の思い—自由記載内容より—

「出産経験に関する自己評価は、その後の母親としてのあり方に関係する (Macky, 1995)」と言われリプロダクティブヘルスの問題だけではない女性の一生涯にわたる影響を及ぼす重要な要因であり、中野ら (2003) は、「家族」および「医療者の態度」が出産体験の満足度と関連していると報告している。本研究では、子どもがいる回答者 (222名) に対し「妊娠や出産にまつわる思い出」を聞いたところ、106人 (48%) から自由記入を得た。記載された回答を“通院の不便さ”、“仕事について”、“家族の理解・協力”、“出産前後の気持ち”、“助成金”、“医師や助産師の対応”、“病院や助産院の設備やサービス”、“緊急搬送・緊急処置の経験”、“その他”の9つのカテゴリーに分け、該当する意見を複数回答として集計した。表9に結果を示す。最も多い自由記載の内容は、“通院にかかわること (76%)”であった。特に冬期間における出産のための移動の困難さについて多くの意見がみられた。“出産前後の気持ち (73%)”は次に多く記載されており、“悲しい経験”が“幸せな経験”よりも多くみられた。“悲しい体験”では近所に住んでいる知人などから受けたものも多くみられ、地域全体にリプロへの理解を深めてもらう必要性が認められた。

表9. 妊娠出産の経験から見る農村に暮らす女性の思い (複数集計)

カテゴリー	回答者数 (n=106)	大カテゴリー回答数 [%]	小カテゴリー回答数 [%]	代表的な意見
通院の不便さ	自分で運転して通院する困難さ	22	76.4	20.8
	産婦人科が近くにない不便さ	45		42.5
	産婦人科の選択肢がない	5		4.7
	診察・検診に時間がかかる不便さ	9		8.5
仕事について	5	4.7	4.7	・妊娠で通院時、その間、仕事ができないので家族に迷惑をかけた。
助成金	7	6.6	6.6	・町には色々な補助があり妊婦健診費用が助成されるのでとても良かった。 ・出産費用は高額でしたが、町で助成もあったので助かりました。
家族の理解・協力	あり	15	5.7	14.2
	なし	6		5.7
出産前後の気持ち	幸せな経験	31	72.6	29.2
	悲しい経験	46		43.4
医師や助産師の対応	良かった	28	34.9	26.4
	悪かった	9		8.5
病院や助産院の設備やサービス	良かった	23	29.2	21.7
	悪かった	8		7.5
緊急搬送 緊急処置の経験	11	10.4	10.4	・前置胎盤のため入院中に大量出血、救急車でNICUのある総合病院へ搬送、帝王切開で出産した。 ・検診時に帝王切開になり、総合病院へ自家車で行き、当日のうちに緊急帝王切開をした。 ・自然分娩から緊急帝王切開をした。
その他	27	25.5	25.5	・酪農業なので、産んですぐ仕事に戻らないといけないのが嫌だった。 ・農村は、不便もあるが子どもたちがのびのびと育てる良い環境だと思います。子育てするには最高です。

Ⅲ. 女性農業従事者の不妊治療経験からみる困難

—質的内容分析から—

晩産化の影響から不妊に悩む女性が増加し、同時に不妊治療を行っている女性も増えてきている。実際に不妊の検査や治療を受けたことがある（または現在受けている）夫婦は日本全体で18%、子どものいない夫婦では28%である(国立社会保障・人口問題研究所,2017)。

不妊治療には様々な段階があり(表10)、高度な不妊治療に進むに従い金銭的負担も多くなっていく。北海道では、高度不妊治療に対して制限があるものの助成金が給付され、不妊治療への金銭的負担を軽減している。しかしながら、助成金支給認定がされている高度不妊治療可能な病院の64%は札幌市に所在し(表11)、それ以外もいわゆる都市部にある。「高度不妊治療可能な病院がある市町村(図3)」(北海道保健福祉部,2017)が示すように、多くの市町村が高度不妊治療不可能な空白地帯である。このことから空白地域に住んでいる子どもを望んでいる高度不妊治療希望の女性は、望まずとも高度不妊治療可能な病院がある地域への通院を余儀なくされていると想像できる。そこで、本研究は、女性農業従事者の不妊治療経験からみる困難を明らかにするため、質的調査を実施した。

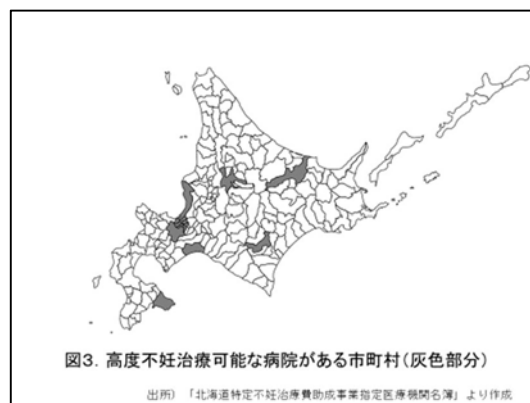
表10. 不妊治療のレベル

	タイミング法	排卵日を診断して性交のタイミングを合わせる
不妊治療	排卵誘発法	内服薬や注射で卵巣を刺激して排卵をおこさせる
	人工授精	排卵のタイミングに合わせて精子を子宮内に注入する
高度不妊治療	体外受精	採卵手術により排卵前に体内から取り出した卵子と精子の受精を体外で行う
	顕微授精	採卵手術により排卵前に体内から取り出した卵子に顕微鏡で確認しながら精子を直接注入する

表11. 市町村別の北海道特定不妊治療費助成事業指定医療機関数

市町村名	医療機関数 [軒]	割合 [%]
札幌市	18	64.3
石狩市	1	3.6
苫小牧市	2	7.1
旭川市	3	10.7
帯広市	1	3.6
函館市	1	3.6
北見市	2	7.1
合計	28	100.0

「北海道特定不妊治療費助成事業指定医療機関名簿」より作成



1. 方法

(1) 研究デザイン

①データの収集

a. 調査対象者

調査対象者の研究協力の同意の手順を以下に述べる。

1. 前述した“農村に暮らす女性が考える魅力的な医療についての社会調査” 自記式質問票配布時に、女性のリプロダクティブヘルスに関するインタビュー協力者を募る用紙を入れ、返送時に自身への連絡方法を明記した用紙を同封して頂いた。
2. 研究責任者が再度、電話等で研究概要などを説明し、インタビュー協力者および研究責任者の双方に問題がなかった場合にインタビューの日程を決めた。
3. インタビュー調査当日に再度、調査協力の意思を確認し、問題がなければ協力者としてインタビューを行った。なお調査協力者1名に対し500～1,000円分のクオカードを謝礼として渡した。本研究にてインタビューに協力して頂いた方は31名であった。

b. 調査方法

調査協力者1人あたり、1時間程度のインタビュー調査を1回行った。インタビューの内容は、調査協力者の許可を得た上でICレコーダーでの録音および筆記でのメモをとった。なお、質問形式は半構造的インタビュー法とし、厳密な質問事項に則るのではなく、調査協力者の気持ちのままに自由に語ることをとした。

c. 分析方法

調査対象者は農業に従事する20歳から49歳までの既婚女性であり不妊治療経験者である。不妊治療は非常にプライベートな事柄なため、インタビューの導入として在住している地域の医療に関することや自身の妊娠、出産および育児について聞き、話の流れから本人自らの語りを待った。この結果、自身の不妊治療経験を語っていただけた女性農業従事者は2名であり、本研究の分析対象とした。

d. 分析方法

本研究では質的内容分析により解析を行った。インタビュー調査から得られたデータを逐語録におこして「農村に暮らす女性農業従事者の不妊治療の阻害要因」に関連する言葉や文章を取り出し、コード化し、類似する意味を持つ内容を分類しサブカテゴリーとした。これらのサブカテゴリーは内容を検討しながら統合し、抽象度を上げてカテゴリーとした。

(2) 倫理的配慮

本研究は、平成29年3月7日に北海道大学農学部倫理委員会の承認を得て行っている。審査の結果に従い、調査協力者に対し、個人情報保護や付随する倫理的配慮について文書と口頭にて説明し、書面での同意を得た。

2. 結果および考察

(1) 協力者の概要

表12に協力者の概要をおよび表13に不妊治療の概要を示す。Aさん(40歳)は、酪農

専業農家に本州から32歳で嫁ぎ、結婚前の農業経験はなかった。結婚後、義父から配偶者への経営譲渡がなされ譲渡後の経営が安定した39歳から不妊治療を開始し、約1年半の不妊治療を行ったが、子どもを授かることはできなかった。Bさん(37歳)は、酪農専業農家に本州から28歳で嫁いだ。結婚前の農業経験は、酪農専業農家での従業員として3年間働いた実績がある。30歳となり未だ妊娠に至らないことを心配し、約3年半にわたり産婦人科病院へ通院。その後、34歳で不妊治療専門病院の通院を開始し約1年間の治療後、36歳で1人の子どもを出産した。

表12. 対象者の概要

対象者	農業経営	住居地	経営規模	搾乳方法	家族労働者	補助人材	不妊治療専門医までの通院距離(片道)※	通院手段	義理の両親との住居形態
A	酪農専業農家	十勝地方	搾乳牛160頭	搾乳ロボット	本人、配偶者	必要時に酪農ヘルパー	230km	自家用車 鉄道	別居(別棟)
B	酪農専業農家	道北地方	搾乳牛240頭	ロータリーパーラー	本人、配偶者 義両親	常雇2名 研修生4名	130km	自家用車	別居(同棟)

※通院距離は自宅から病院までの車で移動した場合の最短距離を示す。

表13. 対象者の不妊治療の概要

対象者	婚姻時の年齢	不妊治療開始年齢	不妊治療期間	産婦人科病院への受療医院数	不妊治療専門への受療医院数	不妊治療の治療段階
A	32歳	38歳	約1年半	1病院	1病院	高度不妊治療レベル
B	28歳	30歳	約5年	2病院	1病院	高度不妊治療レベル

(2) 女性農業従事者の不妊治療時の困難

質的内容分析の結果、3つのカテゴリと7つのサブカテゴリが帰納的に抽出された(表14)。以下、それぞれの内容について、カテゴリを【 】(アンダーバー)、サブカテゴリを[]、コードを《 》で、女性のインタビュー内容の一部を「ゴシック体」で示す。なお、本研究では質的内容分析の枠組み(図4)に沿って結果を示す。

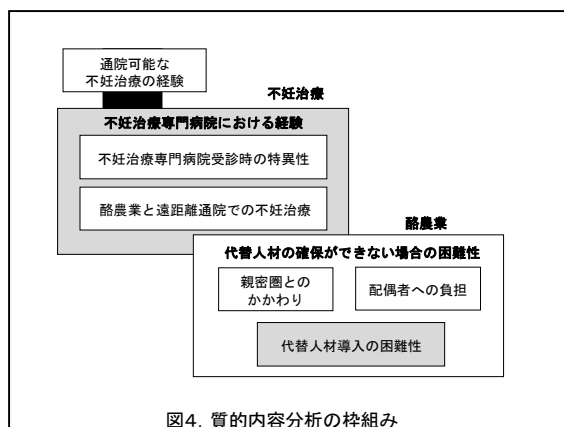


図4. 質的内容分析の枠組み

【通院可能な病院での不妊治療の経験】に

は、[治療の進め方における不信感]、[遠距離通院を余儀なくされる負担]が含まれていた。両氏ともに、最初に受診したのは一般的な産婦人科病院であり、病院選定の第一条件は、仕事の合間に通えることで共通していた。

[治療の進め方における不信感]では、《最初に受診した病院ではきちんとした検査がなくタイミング法のみで様子を見続けたが、その後病院を代えた》、《2番目に通院した病院でもタイミング法から入り、時間がかかるのみの治療の進め方に疑問を持った》から良い結果がでない焦りから病院への不信感が現れることが認められた。

また、Bさんは、《受診した病院に常勤する医師が卵管造影検査を失敗し、不妊治療経験豊富な非常勤の医師によって再度、試み成功。その経験から一般的な産婦人科医師の技術に不満を持った》の経験から、そもそも本当に子どもが欲しいのか、苦痛を味わってまでも子どもを産みたいのかと自問するようになる。痛みを伴う不妊治療を続ける苦勞と子どもが欲しい気持ちの葛藤を感じていた。

「わりと病院とか行くのもふわふわした感じだったんですね。そんな真剣にというか、よくすぐ子どもが欲しくて最初から一生懸命通ってみたい方もいると思うんですけど、そういうわけではなくて、自分の中でもどこまで頑張るかというのをずっと考えていたんですね。でも、やっぱり周りの自分の友達とかちょうど同世代ぐらいの酪農家のお嫁さんなんかもいて、みんな子ども出来てとかいうのをよく聞くようになって、ちょっと焦るようになってくるじゃないですか。それで病院に行ったりして、ずっと一昨年までびっちり病院に通い続けていたわけじゃなくて心折れたりする部分とかもありながら通っていたんですけど。」(Bさん)

[遠距離通院を余儀なくされる負担]では、《病院から紹介された不妊治療専門病院がすでに指定されており、自分の希望は考慮されなかった》、《近くに高度な治療可能な病院がないため遠距離通院を決断せざるをなかった》のコードから、両氏の高度不妊治療へ進む不安感が認められた。Aさんは、通院していた病院で高度不妊治療はできなかったために、医師から不妊治療専門病院を紹介される。しかしそのやりとり突き放された、見捨てられたような気持ちがしたと語った。

「はいと(医師から)ちっちゃな紙を渡されて、(紹介された不妊治療専門病院の)住所とか電話が書いてある。あ、はい。わかりましたと言って。そんな感じですね。」(Aさん)

Bさんも高度不妊治療へ進むことになるが、なるべく仕事に影響のない病院を自身で選択していた。

「なるべく仕事に影響を与えないように行かなきゃいけないと思って、酪農ヘルパーもいるいろいろな余計負担が掛かるから、できなくもないけど(子どもができるかわからないのに)そこまでやるのかどうか。仕事に迷惑掛けない範囲でって考えたときに、今回通った不妊治療専門病院までだったら自分であまり(仕事や家族に)負担掛けずに行って帰ってこられるよねと思って、最後かなと思いながら行きました。」(Bさん)

《遠距離通院と仕事の両立ができるのか、結論の出ない夫婦で話し合いに負担を感じた》からは、両氏ともに、配偶者と不妊治療についての話し合いを何度も持ち、酪農業において自身が抜けた労働的負担や金銭的負担を心配することが話し合われたが、その話し合い自体が負担になることが感じられた。

【不妊治療専門病院受診時の特異性】には、[早期に高度不妊治療を開始しなかった後悔]、[病院の変更ができないプレッシャー]が含まれていた。

[早期に高度不妊治療を開始しなかった後悔]には、《不妊治療専門なので治療のテンポが速く、他の病院とは明らかに異なっていた。早く通院すれば良かったと後悔した》と認められるように、年齢を考えるとなぜ早く決断しなかったのかと後悔が感じられた。

[病院の変更ができないプレッシャー]では、《医師が多忙により患者の識別ができず薬を間違えたり、ポリープの切除が済んでいる等、勘違いされたり、不信感があったが、あき

らめの気持ちで治療していた」が認められた。これは、医師が多忙により患者の識別ができていないことから由来すると推測され、また、あきらめの気持ちは、「医者への不信感から、病院を変更したいと思ったが再検査をする負担を思うと変更できなかった」からきており、再度、検査する精神的・肉体的負担の重さが感じられた。また、「紹介された病院以外の通院は義理を欠く思いがし、不可能だと思っていた」とも感じていたが、紹介された病院のウェブサイトを見て、治療の成功率が高いこと、治療の実績が多数ある情報を読み自分の気持ちを納得させていた。

【酪農業と遠距離通院での不妊治療】には、[治療の中断]、[仕事と治療のやりくり]および[他の人より負担を強いられているという苦悩]が含まれていた。

[治療の中断]では、「農繁期の夏場は1カ月ぐらい通院を休まざるをえず、焦りを感じた」、「診察日を決められてしまうので、どうしても治療を休まざる得ない時があった」があり、高度不妊治療は年齢との戦いでもあるため、治療を中断することへの焦りとストレスを感じていた。

[仕事と治療のやりくり]では、「本人も配偶者も夜の仕事を終えてから JR で移動、朝一番で診察を終えすぐに帰宅し、仕事に戻っていた」、「金銭的には長距離バスを選択した方が安価だが、鉄道を選択しないと治療と仕事に間に合わず、金銭的な負担も感じた」が認められ、治療と仕事の両立の困難さが露呈した。また、治療のためには交通機関の選択が限られ金銭的負担もストレスとなることを感じていた。

[他の人より負担を強いられているという苦悩]では、「採卵時、普通は全身麻酔で採取するが、その後の運転や仕事ができなくなるため部分麻酔で採卵した」、「家に帰ってからやらなくてはならない仕事を考えると泣くことが抑えられなかった」、「治療が上手くいかない時、人よりも苦勞しているという思いから”ちくしょう”と泣きながら運転し帰宅していた。一回だけパトカーに捕まりそうになった」が認められた。特に、全身麻酔か部分麻酔を選択する際に、“本人の苦痛の軽減”よりも“仕事のため、仕事のための移動のため”を優先することに、納得しきれない思いを感じた。一般的な企業等に就業している人であっても不妊治療と就労の両立には困難が伴う(林谷,2011)。酪農業も決して例外ではないことが明らかとなった。

(3) 女性農業従事者の不妊治療時の困難（代替人材の導入が困難な場合）

不妊治療を進めていく中で、酪農業との両立が大きな壁であることが以上の分析で明らかとなったが、仕事に対して常時雇用等、代替人材の利用が確保されている場合（Bさん）と、代替人材の利用が臨時的人材（酪農ヘルパー）に限られる場合（Aさん）との間には大きな負担の差がみられた。そこで、本報告では、“代替人材の導入が困難な場合”の分析結果について示す。質的内容分析の結果として3つのカテゴリーと6のサブカテゴリーが帰納的に抽出された（表15）。

【親密圏とのかかわり】には、[頼れない態度に孤独感を感じる]が含まれていた。

[頼れない態度に孤独感を感じる]では、「結婚後、配偶者に経営譲渡される。」俺（義父）をいつまで働かせるんだ！」と言われ、まず、仕事の主力になることを求められた。結果と

して、夫婦二人で仕事を担うが多忙により一度子どもをあきらめた》、《義母は搾乳作業を昔からしない。「酪農は嫌い。仕事はしたくない」と言って経営譲渡後、半年で引退した》という内容が認められた。身近に代替人材を求めるのであれば、やはり最初は親密圏の人間に頼ることになる。しかしながら、Aさんは、残念ながら義理の両親と良好な関係は築くことはできなかった。義理の両親の仕事への思いを知らながらも、どうしても人手が足りない時は義理の両親に声をかけてきたが《人手が足りない時に仕事を頼みたいが、借りをつくと、その分何かを頼まれてきた経験から頼ることができなくなった。そのため配偶者と二人でなんとかしなければいけないと精神的に追い詰められた》、《不妊治療のために、人手が足りなくても義理の両親は仕事の協力してくれなかった》、《妊娠初期であることを伝えても、仕事を代替してくれる配慮がなく無関心な態度に傷ついた。結果として流産したが、もう少し仕事の負担がなければと後悔する時がある》のように、義理の両親の理解と協力不足からつねに孤独感を感じていた。不妊治療にとってストレスを感じることは極力避けたいことである。この語りにより、配偶者の協力はもちろん、親密圏の人との関わりも重要であると示唆された。

【配偶者への負担】には、**【配偶者への罪悪感】**、**【配偶者への負担が自分の負担となる】**が含まれていた。

【配偶者への罪悪感】では、《不妊治療での不在中、仕事のすべてを配偶者が行うために配偶者のストレスが高まり、その態度に罪悪感を感じた》、《配偶者のストレスが牛の状態に影響し、結果として経営状態が悪化したことに罪責感を感じた》が認められた。Aさんの配偶者は不妊治療には理解を示し、協力的であったが度重なるAさんの不在により、配偶者への仕事の負担は高まるばかりであった。結果として、配偶者の不機嫌な態度や経営悪化の原因がAさん自身であると思い罪悪感を感じていた。加えて、《不妊治療での不在中、配偶者の仕事（主に大型機械の運転等）が出来ないため、配偶者自身の仕事の負担は減らず仕事が担えない負目を感じた》、《不妊治療に限らず、配偶者が体調不良であっても仕事を代わってあげられず、自分の無力さに申し訳なくなった》から認められるように、大型機械の運転ができないAさんは、《自身の仕事については配偶者ができるが、逆はできないと気付いた時、配偶者に何かあったらどうしようという不安感が高まった》と感じ、不妊治療だけではない、将来的に配偶者に何かあった時にどうすればいいのかという不安も同時に感じていた。また、《義理の両親に仕事を頼むことに心が重くなる。どうしても配偶者に協力をお願いしてしまうことに申し訳なきがつのった》が述べられ、頼る人が配偶者しかいない孤独感も感じていた。

【配偶者への負担が自分の負担となる】では、《不在中（治療中）も配偶者は仕事をしているという意識が抜けない。配偶者の仕事負担が自身の重荷になり苦しくなった》が認められ、不妊治療に集中できないもどかしさ、仕事ができない罪悪感を感じていた。

【代替人材導入の困難性】には、**【代替人材の確保の困難】**、**【代替人材への信頼がない】**、**【人を雇うことへの責任が重い】**が含まれていた。

【代替人材の確保の困難】では、《不妊治療には酪農ヘルパーなど代替人材が必要であるが、ヘルパーの確保が困難であり3か月後になってしまう。その結果、病院で通院日時を指定

されても通うことが難しくなっていた」が認められた。近年、酪農ヘルパーの利用が高まっている。ヘルパーの利用には様々な方法があるが、“数か月前から予約しないと確保できない、予約をしても確実に必要な日に取れるとは限らない”など、自身が望んだ時に確保できない状況にある。これはヘルパー協会において慢性的な人手不足であるためと考えられる。通院や他の理由を問わず、より自由度の高いヘルパーの利用システムを再考する余地があると考えられる。

【代替人材への信頼がない】では、「代替人材に、業務内容を説明しなければならないが、その説明に時間と労力がさかれ、休んでいるのかわからなくなる」、「人が変わると牛のコンディションも変わってしまう。ある程度、仕事も任せるが、やっぱりなにか違うように思う。その後はまた2・3日かけて牛の状態を戻す作業が伴うので気軽に頼みにくい」、「働く人が代わると牛に影響がでる。これが収入に直結するので頼みにくい」、「それぞれの経営や、仕事のやり方、牛の状態がわかる人でないと安心して任せられない」が認められた。

“生産者の飼養方法が牛の状態に影響し、結果として経営にも影響を及ぼす”ことは安定的な経営を左右する重要な要因である。ヘルパーの質についても改善する余地があると考えられる。

【人を雇うことへの責任が重い】では、「一度雇用してしまったら解雇は難しい。無責任に人を雇うことはできないという気持ちがあり、従業員を雇うことに躊躇してしまう」、「人を雇うことのむずかしさ、煩わしさを嫌うため従業員を雇うことにハードルを感じる」が認められた。ヘルパーなどの臨時的雇用とは異なり、常時雇用者の確保については、ヘルパーよりも責任が大きく、安易にできる選択肢ではないが、例えば、酪農家数戸での共同雇用の検討も解決策の一つとして提案できる。

（４）女性農業従事者への不妊治療の負担低減のために言えること

不妊治療を終えて

Aさん「最初は、旦那と一年って言う約束でやろうということになっていましたが、実際一年やってみると、私のほうは病院っていうのは、通って、できて、おめでと一で、はい終わりって感じだと思っていたんですが、ちょっと終わりにくくなってしまったんです。でも仕事の両立が難しかったことや災害による鉄道の運休により強制的にだめになっちゃって。ちょうどタイミングもよく。でも、（不妊治療の辛さは）もう想像以上でした。金銭的にも精神的にもここまでだとは思っていませんでした。大変さは予想していたけれど。」と述べたように、Aさんの治療を終了した決断理由の1つが、自然災害による鉄道の運休であった。これは公共交通機関がなければ治療不可能となる遠距離通院の困難を示すものである。一方でBさんは1人の子どもを授かった。その結果、「不妊治療とかしてくなかでは、従業員がいて治療に専念できて、治療できるお金もあった。うちはまだ環境が良かったんだろうなとは思っています。」と述べた。良い結果が得られたことで“恵まれていた自分の立場”を認識していた。以上の本研究の分析結果より2つの負担低減策を述べる。

①代替人材の導入（優遇）：

近年の結婚年齢の上昇や晩産化に伴い、不妊治療を受ける者は年々増加していることは前述したとおりであり、不妊治療と仕事の両立支援は重要な課題の一つとなっている。「不妊治療と仕事の両立に係る諸問題についての総合的調査研究事業調査結果報告書（厚生労

働省,2018)」によると、「不妊治療を行っている従業員が受けられる支援制度等の実施状況」では70%の企業が実施していなかった。また、「不妊治療のための制度導入数(複数回答)」でも81%の企業が不妊治療に特化した制度はないと回答しており、不妊治療と仕事の両立の難しさへの理解はまだ進んでいない現状が確認されている。不妊治療に特化した制度においては、休暇制度、通院や休息時間を認める制度、勤務時間等の柔軟性を高める制度、費用等を助成する制度等が考えられ、さらなる企業努力が望まれる。

一方で家族経営を主体とする農家では、「制度」として不妊治療をしやすい環境を整えることは自助努力では難しく外部の支援が必要である。その1つとして「代替人材の導入(優遇)」を提案する。具体的には、酪農ヘルパー等の代替人材の利用にあたり、不妊治療を理由にした場合に優先される等、代替人材の利用を容易にすることである。ただし不妊治療をしていると公言することが難しい心理的抵抗感を考慮しなければならない。

②助成金の制限の緩和：

現在、北海道では高度不妊治療に対しての助成金給付にあたり「夫婦の前年の所得(総収入金額から税法上の必要経費を引いた額(控除後の額)の合計額)が730万円未満であること(北海道,2016)」が制限の1つとして規定されている。この制限に対し両氏ともに「**金銭的負担が大きいので、不妊治療自体を保険対応にするか助成金の枠をもう少しゆるめて欲しい。**」と語っている。金銭的負担は不妊治療において最も大きな弊害要因になりうるものであり制限の緩和については再検討の余地がある。

しかしながら、本研究では、実際の治療費や交通費の試算はしておらず、実際にどの程度が北海道や市町独自の助成金で賄われているのか、特に遠距離通院についての実態を明らかにすることが今後の課題として残された。

表14. 女性農業従事者の不妊治療時の困難

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
通院可能な不妊治療の経験	治療の進め方における不信感	最初に受診した病院ではきちんとした検査がなくタイミング法のみで様子を見続けたが、その後病院を代えた。 2番目に通院した病院でもタイミング法から入り、時間がかかるのみの治療の進め方に疑問を持った。 受診した病院に常勤する医師が卵管造影検査を失敗し、不妊治療経験豊富な非常勤の医師によって再度、試み成功。その経験から一般的な産婦人科医師の技術に不満を持った。
	遠距離通院を余儀なくされる負担	病院から紹介された不妊治療専門病院がすでに指定されており、自分の希望は考慮されなかった。 近くに高度な治療可能な病院がないため遠距離通院を決断せざるをなかった。 遠距離通院と仕事の両立ができるのか、結論の出ない夫婦で話し合いに負担を感じた。
不妊治療専門病院受診時の特異性	早期に高度不妊治療を開始しなかった後悔	不妊治療専門なので治療のテンポが速く、他の病院とは明らかに異なっていた。早く通院すれば良かったと後悔した。
	病院の変更ができないプレッシャー	医師が多忙により患者の識別ができず薬を間違えたり、ポリープの切除が済んでいる等、勘違いされたり、不信感があったが、あきらめの気持ちで治療していた。 医者への不信感から、病院を変更したいと思ったが再検査をする負担を思うと変更できなかった。 紹介された病院以外の通院は義理を欠く思いがし、不可能だと思っていた。
酪農業と遠距離通院での不妊治療	治療の中断	農繁期の夏場は1カ月ぐらい通院を休まざるをえず、焦りを感じた。 診察日を決められてしまうので、どうしても治療を休まざるを得ない時があった。
	仕事と治療のやりくり	本人も配偶者も夜の仕事を終えてからJRで移動、朝一番で診察を終えずぐに帰宅し、仕事に戻っていた。 金銭的には長距離バスを選択した方が安価だが、鉄道を选择不いと治療と仕事に間に合わず、金銭的な負担も感じた。
	他の人より負担を強いられているという苦悩	採卵時、普通は全身麻酔で採取するが、その後の運転や仕事ができなくなるため部分麻酔で採卵した。 家に帰ってからやらなくてはならない仕事を考えると泣くことが抑えられなかった。 治療が上手くいかない時、人よりも苦労しているという思いから”ちくしょう”と泣きながら運転し帰宅していた。一回だけパトカーに捕まりそうになった。

表15. 女性農業従事者の不妊治療時の困難（代替人材の導入が困難な場合）

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
親密圏とのかわり	頼れない態度に孤独感を感じる	結婚後、配偶者に経営譲渡される。”俺（義父）をいつまで働かせるんだ！”と言われ、まず、仕事の主力になることを求められた。結果として、夫婦二人で仕事を担うが多忙により一度子どもをあきらめた。 義母は搾乳作業を昔からしない。「酪農は嫌い。仕事はしたくない」と言って経営譲渡後、半年で引退した。 人手が足りない時に仕事を頼みたいが、借りをつくると、その分何かを頼まれてきた経験から頼ることができなくなった。そのため配偶者と二人でなんとかしなければいけないと精神的に追い詰められた。 不妊治療のために、人手が足りなくても義理の両親は仕事の協力をしてくれなかった。
	配偶者への負担	妊娠初期であることを伝えても、仕事を代替してくれる配慮がなく無関心な態度に傷ついた。結果として流産したが、もう少し仕事の負担がなければと後悔する時がある。 不妊治療での不在中、仕事のすべてを配偶者が行うために配偶者のストレスが高まり、その態度に罪悪感を感じた。 配偶者のストレスが牛の状態に影響し、結果として経営状態が悪化したことに罪悪感を感じた。 不妊治療での不在中、配偶者の仕事（主に大型機械の運転等）が出来ないため、配偶者自身の仕事の負担は減らず仕事に担えない負い目を感じた。 不妊治療に限らず、配偶者が体調不良であっても仕事を代わってあげられず、自分の無力さに申し訳なくなった。 自身の仕事については配偶者ができるが、逆はできないと気付いた時、配偶者に何かあったらどうしようという不安感が高まった。 義理の両親に仕事を頼むことに心が重くなる。どうしても配偶者に協力をお願いしてしまうことに申し訳なさがついた。
代替人材導入の困難性	配偶者への負担が自分の負担となる	不在中（治療中）も配偶者は仕事をしているという意識が抜けない。配偶者の仕事負担が自身の重荷になり苦しくなった。
	代替人材の確保の困難	不妊治療には酪農ヘルパーなど代替人材が必要であるが、ヘルパーの確保が困難であり3か月後になってしまう。その結果、病院で通院日時を指定されても通うことが難しくなっていた。
	代替人材への信頼がない	代替人材に、業務内容を説明しなければならぬが、その説明に時間と労力がさかされ、休んでいるのかわからなくなる。 人が変わると牛のコンディションも変わってしまう。ある程度、仕事も任せるが、やっぱりなにか違うように思う。その後はまた2・3日かけて牛の状態を戻す作業が伴うので気軽に頼みにくい。 働く人が代わると牛に影響がでる。これが収入に直結するので頼みにくい。 それぞれの経営や、仕事のやり方、牛の状態がわかる人でないと安心して任せられない。
	人を雇うことへの責任が重い	一度雇用してしまったら解雇は難しい。無責任に人を雇うことはできないという気持ちがあり、従業員を雇うことに躊躇してしまう。 人を雇うことのむずかしさ、煩わしさを嫌うため従業員を雇うことにハードルを感じる。

3. 本研究の意義と限界

本研究における質的内容調査の分析対象者は2名であった。これは不妊治療という極めて私的なことを語って頂くことが非常に困難であることと、調査協力者であるBさんの「不妊治療をしている事実は、親世代や町内の年上の人には言えなかった。もし不妊治療が失敗した時、通院が失敗の要因と言われることが予想されるので、不妊治療が成功したからこそ不妊治療をしていたと話ができる」との言葉に集約されるように、農村地域においてまだまだ偏見の目があることも、対象者へのアクセスを困難にする理由の一つではないかと考えられた。

全世界的に、子どもを持つ権利とは何かと議論されている。しかし、リプロダクティブヘルスの向上を考えると、“自身が望んだ時に子どもを産む（努力をする）ことができる”ことは欠かせない要因であるといえる。“不妊治療”はそのための有効な医療補助技術として確立され、必要とされている一方で、農村地域における女性農業従事者の治療にはいくつもの阻害要因があることが、少ない事例からながらも明らかとなった。今回の質的研究結果を政策提言につなげることができないが、今後の農村に暮らす女性の不妊治療の支援策を構築する上で重要な示唆を与えるものであり、激減している農業従事者の確保や持続的に農村で暮らせる仕組みを作るためにも、例えば新規施設建設や機械の導入以外の農業従事自身のQOL（Quality of Life）やリプロの向上を支援する補助金の検討を考えて行くべきではないだろうか。

謝辞

本研究に協力してくださいました、対象者、農協、きたひとネットの皆様および酪農学園大学 森田茂 教授および干場信司 名誉教授、北海道大学 保健科学研究院 野口眞貴子 准教授、同 佐藤三穂 講師、北海道大学 農学研究院 小林国之 准教授、同 高須賀太一 助教、北海道大学 文学研究科 森本 琢 助教に深謝いたします。

参考文献

邦文

厚生労働省雇用環境・均等局 雇用機会均等課 (2018). 不妊治療と仕事の両立に係る諸問題についての総合的調査研究事業調査結果報告書.

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyoukintou/pamphlet/dl/30d.pdf>. (2018年3月20日閲覧)

国立社会保障・人口問題研究所 (2017). 「2015年社会保障・人口問題基本調査(結婚と出産に関する全国調査)」.

http://www.ipss.go.jp/ps-doukou/j/doukou15/NFS15_reportALL.pdf. (2018年3月20日閲覧)

中野美佳、森恵美、前原澄子 (2003). 出産体験の満足に関連する要因について. 母性衛生 44(2), 307-314.

林谷啓美・鈴井江三子 (2011) 不妊治療を受けた就労夫婦の経験と心理——4組の夫婦へのインタビュー調査を基に——. 園田学園女子大学論文集第45号. 121-139.

北海道庁 (2009). 「北海道への移住・交流促進に向けた意識調査」報告書【概要版】

北海道保健福祉部 子ども未来推進局子ども子育て支援課 (2017). 北海道特定不妊治療費助成事業指定医療機関名簿 (H29.9.1~).

<http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/kms/ninshin/file/meibo.pdf>. (2018年3月20日閲覧)

北海道保健福祉部 子ども未来推進局子ども子育て支援 (2016). 不妊治療費の助成制度(平成28年度からの助成制度について)

<http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/kms/ninshin/funin.html>. (2018年3月20日閲覧)

英文

Mackey MC. Women's evaluation of their childbirth performance. Maternal-child Nursing Journal [01 Apr 1995, 23(2):57-72]