

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



安積 陽子 (あさか ようこ)

北海道大学大学院保健科学研究院准教授

北海道出身。北海道大学医療短期大学部専攻科助産学専攻修了後、臨床助産師、大学教員として勤務してきた。神戸大学大学院医学系研究科博士課程を修了後、2011年より現職で看護師および助産師の養成に携わる。乳幼児期の睡眠発達、低出生体重児とその母親への育児支援に関する研究に携わってきた。

*1 周産期医療体制

妊娠、出産から新生児期に至るまで総合的に管理し、母と子の健康を守るための産科医、小児科医、その他の医療スタッフが連携して対応する。

はじめに

わが国では、産婦人科医や小児科医不足が深刻な問題となっている。出産できる施設が分散すると、各病院に勤務する医療従事者が少なくなるため、特に緊急時の十分な医療の提供が難しくなる。そのため、安全な出産を守る周産期医療体制^{*1}は、出産施設の集約化という方針で整備が進んでいる（日本産婦人科学会, 2015）。北海道も、出産施設の集約化、重点化を柱に周産期医療体制を整えている（北海道保健福祉部医療政策局, 2015）。しかし、北海道は広大な面積を有しているため、出産施設の集約化が進むことによって、農村部では地元での出産が難しくなる（北海道新聞, 2015）。住み慣れた地域から離れて出産することになると、安心して妊娠期を過ごしたり、子育てできるか疑問が生じる。そのため安全とともに安心の観点から、子産み子育ての環境を検討する必要がある。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。これは、個人が捉える地域社会における人と人との関係性という社会資本で（稲葉, 2007）、ソーシャル・キャピタルが豊かであると地域住民の健康状態の向上が期待できる（福島, 2013）。

そこで、北海道農村部で子産み子育てする女性における医療へのアクセスの課題を明らかにし、ソーシャル・キャピタルの観点から解決策を検討したいと考え調査を行った。

1 調査の概要

北海道農村部の二次医療圏^{*2}内（以下、圏内とする）1市3町（A市、B町、C町、D町）と都市部E市に居住し、生後4か月児を育てる母親に質問紙への回答を依頼した。

圏内の平成25年の出生数は577人であった。面積は約3,500km²と広大であるが、人口密度は23.6人/km²、出産施設はB町とC町に各1箇所ある。D町に出産施設はないがC町に隣接している。しかし、この3町から妊娠中や出産過程での異常に対応できる高次医療機

*2 二次医療圏

【特殊な医療を除く、入院治療を主体とした一般の医療需要に対応するために設定する区域】であり、主に病院の一般病床及び療養病床の整備を図る地域的単位として設定するよう規定されている。一般的には、都道府県内をいくつか（都道府県の広さや人口にもよるが、だいたい5~10）のエリアに分けて、そのエリアごとに基準病床数などの計画を立てるためこう呼ばれている。

関（総合周産期母子医療センター）までの距離は、100～120kmある。また、A市の病院では分娩の受け入れを休止しており、妊婦健診のみ対応していた。そのため、出産施設はC町の病院か上述の総合周産期母子医療センターの選択となり、その距離は90～120kmある。一方、E市での平成25年の出生数は約14,000人であった。面積は圏内の約3分の1で、人口密度は1,740人/km²、出産施設は34施設ある。

調査内容は、医療へのアクセス（妊婦健診から産後1か月健診に受診した医療施設の地域、受診手段と所要時間、施設選択の理由等）、妊娠期から産後1か月健診まで受けた支援、出産の所見、ソーシャル・キャピタル（藤澤ら,2007）、出産満足度、育児不安（牧野,1982）である。調査は、調査の趣旨、任意性、匿名性等について十分説明を行い実施した。この調査は、北海道大学大学院保健科学研究院倫理審査委員会の承認を得て実施した。

2 対象者について

191名に質問紙を配布し、圏内の母親65名、都市部の母親50名から回答を得た（回収率60.2%）。平均年齢は30.9±5.6歳で、初めての子どもを育てる母親は都市部の方が統計学的に多かった。

妊娠経過が「順調でなかった」の回答は、圏内15.4%、都市部8.0%だった。対象者全体の出産時の週数は39.5±5.8週、新生児の出生体重は3,049±369.8g、帝王切開術の割合は7.8%であった。圏内と都市部で結果を比較しても、地域による統計学的な差はなかった。また、計画分娩は都市部より圏内で実施率が高い傾向があり、A市では半数が計画分娩であった。

表1 出産満足度

	圏内 (n=65)		都市部 (n=50)	
	人数	(%)	人数	(%)
とても満足している	38	(58.5)	31	(62.0)
やや満足している	19	(29.2)	16	(32.0)
やや不満である	6	(9.2)	3	(6.0)
とても不満である	2	(3.1)	0	0

出産満足度は「満足」が圏内87.7%、都市部94.0%だった。「とても不満である」の回答は、遠方への妊婦健診や出産時に高次の医療機関に転院した時の辛さが理由となっていた。育児不安尺度の合計得点は、圏内と都市部で、統計学的な差はなかった。

3 医療へのアクセスについて

妊婦健診から産後1か月健診までに病院を変更した割合は、都市部22.0%に比して、圏内はA市82.4%、B町40.0%、C町20.8%、D町44.4%であった。A市での変更理由は、地元に出産施設がないことであった。3町の変更理由は、里帰り出産（15%）、医学的な理由による総合周産期母子医療センターへの転院（10%）であった。E市での変更理由は、里帰り出産と不妊治療後の出産対応施設への転院であった。

医療施設への所用時間は、B町やC町では、E市と変わらなかった（表2）。A市内で妊婦健診を受けていた8割の妊婦は妊娠末期に出産施設で妊婦健診を受けており、他の2割は妊娠初期から出産予定施設で妊婦健診を受けていたため平均所要時間が長かった。出産施設への所要時間が長いほど、季節による影響を受けていた。受診手段は自家用車が最も多く、妊婦健診では圏内で72.0%、E市の42.0%が自分で運転していた。出産時は圏内の78.5%、E市の42.0%が家族が自家用車を運転して入院していた。E市では自家用車の他に公共交通機関、タクシー、病院車の回答があった。

医療施設選択の理由を表3にまとめた結果、地域に関わらず多くが自宅から近い場所で健診を受けたり、出産を希望していた。圏内からは「妊婦健診だけでも地元で受けられてよかった」「緊急時に備え近さを重視したが、それでも車で30分かかる距離で常に不安だった」等の回答があった。一方、E市では立地の他に、病院設備やサービス面から出産施設を検討していた。

圏内居住者の妊婦健診や出産の入院での経験についての自由記載の内容を表4に示す。

表 2 医療施設受診の片道所要時間

居住地区	妊婦健診の所要時間		出産のための入院の所要時間	
	夏季 平均 (SD)	冬季 平均 (SD)	夏季 平均 (SD)	冬季 平均 (SD)
A 市 (n=17)	31.6 分 (11.0)	42.9 分 (14.6)	99.6 分 (10.6)	121.1 分 (11.6)
B 町 (n=15)	17.0 分 (7.6)	22.3 分 (9.2)	30.0 分 (10.6)	38.4 分 (12.9)
C 町 (n=24)	14.8 分 (5.4)	18.0 分 (6.0)	20.0 分 (6.2)	24.3 分 (7.1)
D 町 (n=9)	22.9 分 (3.7)	31.3 分 (5.2)	36.7 分 (10.9)	50.0 分 (14.1)
E 市 (n=50)	16.4 分 (1.7)	22.8 分 (1.9)	17.5 分 (1.9)	23.7 分 (1.9)

表 3 医療施設の利用理由

妊婦健診の施設選択理由		都市部	
圏内		圏内	
自宅から近い	49 名	自宅から近い	27 名
前回と同じ施設で慣れていた	13 名	病院設備の環境が良い	20 名
交通の便が良い	12 名	交通の便が良い	20 名
出産場所の施設選択理由		都市部	
圏内		圏内	
自宅から近い	29 名	自宅から近い	26 名
近くに出産施設がない	17 名	病院設備の環境が良い	17 名
前回出産した施設	16 名	サービスが充実している	12 名
緊急時の対応が可能である	14 名	緊急時の対応が可能である	12 名

*複数回答

表 4 妊婦健診や出産に関する経験

<p>1 妊婦健診での長時間移動の負担</p> <ul style="list-style-type: none"> ・冬の雪道運転を妊婦さんがするのも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1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で困りました。(略) 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。 ・自宅での車が1台しかなく、夫が仕事の時は健診の時に困った。通うための費用もかかる。 <p>2 出産施設に間に合わないことへの恐れ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・妊娠後期は、常に不安だった。夫も夫の親も仕事をしており、携帯は手放せなかった。 ・陣痛に気付いたのが5分間隔の時、病院へ向かう車内で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。 	<p>3 異常時には遠方に転院することへの不安や覚悟</p> <ul style="list-style-type: none"> ・前置胎盤の疑いがあった。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、姉達がいて家をあけるわけにはいかず、困って不安でした。 ・高齢なこともあり、リスクが高く、いつ大きな病院へ回されるのかとドキドキしていた。 <p>4 遠方で出産することの家族の負担</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。1週間誘発しても陣痛が来なかったもので、2週間泊まり込みでした。 ・すぐに来られる距離でなかったため、(出産後の)入院中、上の子ども達のことを心配でした。 <p>5 無事に出産できた安堵</p> <ul style="list-style-type: none"> ・誘発分娩でなかなか出てこなかった時に、助産師さんがとてもよくしてくれ気持ちも穏やかになった。
--	--

*前置胎盤とは、胎盤の一部が子宮下部に付着し、内子宮口に及ぶものをいう。妊娠中の出血の原因の一つである。帝王切開術による出産を必要とする。

4 妊娠期から受けた支援とソーシャル・キャピタル

妊娠中や子育ての相談相手は、両地域ともに配偶者、実父母、近くに住む友人の回答が多かった。その他に圏内からは、お祝い金、育児用品のリース、オムツ購入等の経済的補助や、子育ての相談や親子が集まれる場所、子どもの一時預かりサービス等が充実している、母乳育児相談室で育児の相談ができてよかった、の記述がそれぞれ複数あった。しかし、妊娠中の支援についての回答はなかった。あったら良いと思う子育てサービスでは、圏内の方がねぎらってもらえる場や親子の交流の場の回答が多い傾向があった(図1)。

ソーシャル・キャピタルの項目を比較すると、「留

守宅の世話をすすんでする」は圏内の得点が高い傾向にあり、「医療機関があって安心」は、都市部の得点が有意に高かった(図2)。

出産満足度、育児不安得点、ソーシャル・キャピタルの関係を分析した結果、弱い相関ではあるが、ソーシャル・キャピタルの項目「居住地の安全性」が高いと感じるほど出産満足度が高く($r=0.24, p<.01$)、「将来も住み続けたい」と感じるほど出産満足度が高かった($r=0.23, p<.01$)。さらに「気軽に挨拶をしよう」環境だと感じるほど、育児不安得点は低かった($r=-0.34, p<.01$)。

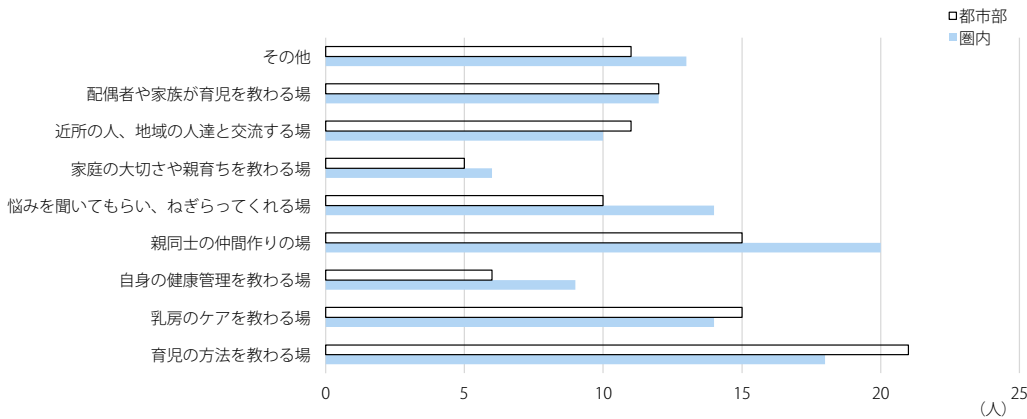


図1 あったら良いと思う子育てサービス

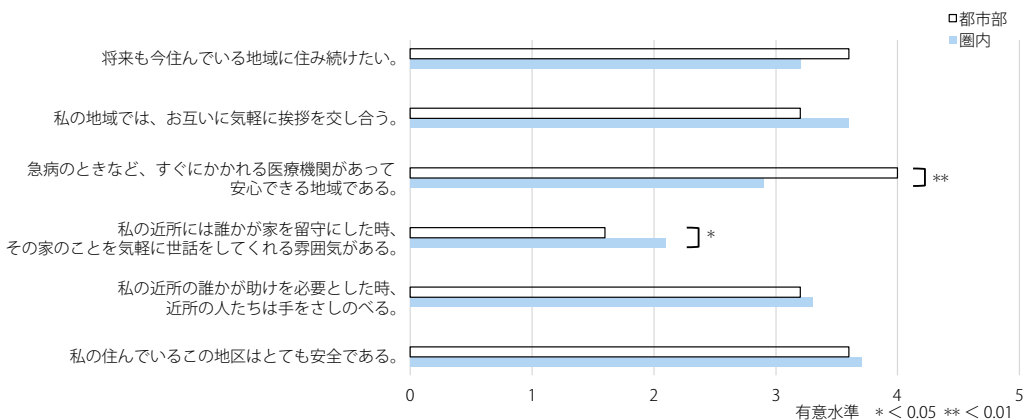


図2 ソーシャル・キャピタル得点の比較

5 まとめ

本調査の対象地域は面積約3,500km²と広大であるが、二次医療圏に設定されており、入院に係る医療を提供することが相当である地域単位とみなされている。しかし、同じ二次医療圏内でも出産施設の所在地によって医療のアクセスは大きく異なっていた。複数の自由回答から、所要時間が30分以上になると、医療機関は「遠い」と認識されていると考えられた。全国では約90%の妊産婦が30分以内で周産期母子医療センターに到着することが可能であり、60分以上要する地域はわずかに2.2%である（石川,2016）。今回の対象地域の中で特にA市は、最寄りの出産施設までの所要時間が夏季で約100分であり、国内でも医療アクセスが悪いわずか数%の地域に該当した。妊婦健診の受診や出産のための入院に関する妊婦や家族の不安、負担、緊張感は甚大であった。

また、ソーシャル・キャピタル尺度得点を検討した結果、医療施設があることによる安心感は、圏内の得点が都市部より低い値であった。これは、圏内全域で異常時は90~120km離れた周産期母子医療センターに移動することが原因であると考えられる。このような状況に対して、医療アクセスの充実はもとより、それを補完するネットワークシステムも必要である。今回の調査では、医療アクセスに関する補助制度等の利用に関する回答がなかったため、現行の医療アクセスに関する金銭的・非金銭的支援のニーズや活用状況を見直す必要がある。

しかし、出産満足度や育児不安得点は都市部との統計学的差はみられなかった。また、地域が安全である、将来も住み続けたい等、住みやすい地域であるほど、出産満足度を高め、育児不安が低くなる可能性が示された。さらに、圏内の母親から、居住地域の産後の子育て支援は充実しているという回答が多く得られた。圏内では都市部よりも「悩みを聞いてもらい、ねぎらってくれる場」「親同士の仲間づくりの場」が要望されていた。したがって、妊娠期からこのような場が活用

されると、お互いに妊婦健診時の負担を分かち合い、助け合う機会になる可能性があると考えられる。

謝辞

調査に協力してくださいました、対象者の皆様、保健所、保健センターの皆様へ深謝いたします。また、本研究は北海道大学大学院保健科学研究所 准教授野口眞貴子、同助教高橋紀子と共同で実施したものである。

参考文献

- ・ 石川雅俊 (2016). 地理情報システムを用いた全国分娩取扱医療機関から総合・地域周産期母子医療センターまでの搬送時間の検討 (二次医療圏単位の解析). 日本医療経営学会誌, 10 (1), 5-11.
- ・ 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.
- ・ 福島富士子, 野口眞貴子, 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」, 64-69.
- ・ 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<http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/cis/shyusankikeikakuH26.pdf> (2016/02/28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.

* 安積陽子 (2016) 「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」『北海道開発協会平成28年度助成研究論文集』(一財)北海道開発協会ホームページ掲載予定。