

【報告論文】

北海道における女性農業従事者の受療行動の解明

加藤 博美*・小野 洋**・野口 真貴子***・小林 国之*

- | | |
|------------|------------|
| 1. はじめに | 4. 結果および考察 |
| 2. 調査方法 | 5. 結論 |
| 3. データ分析方法 | |

Elucidation of Medical Behavior of Women Living in Rural Areas

Hiromi Kato, Hiroshi Ono, Makiko Noguchi, Kuniyuki Kobayashi

1. はじめに

北海道の農業は、北海道経済はもちろん、日本の食料基盤を支える重要な産業であるにも関わらず、1970年以降農家戸数は減少し続け2015年には1970年より77%減少した〔1〕。同時に地域住民数も減り続け、過疎地域市町村は、全道の約83.2%が該当すると報告されている〔2〕。このような農業を主幹産業とする過疎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。「北海道への移住・交流促進に向けた意識調査」〔3〕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おり、社会サービス、特に医療を基盤とした地域社会のQOL（Quality Of Living）の充足度、つまり地域の質（住みやすさ）が、暮らす人の満足度（幸福感）の評

*北海道大学農学研究院（かとう ひろみ） **当学科教授（おの ひろし） ***日本赤十字看護大学（のぐち まきこ） *北海道大学農学研究院（こばやし くによき）

Key words: 1) 受療行動、2) 医療機関の選択条件、3) 女性農業従事者

1) Medical behavior、2) Selection condition for medical service、3) female farmer

価に大きく影響していると言える。この問題に対し解決への舵をとらなければ、地域住民の減少のみならず、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。Dixonら〔4〕は、農村部と都市部の健康状態には格差があり、医療サービスや文化的サービスのアクセスが難しい地理的障壁があることを言及しており、農村在住者の心身の健康の社会的決定要因となることを報告している。過疎地域における住民の受療行動については、加藤ら〔5〕の報告があるが、農業従事者を主体にした研究報告はない。

一方で、男女共同参画社会への構築が展開される昨今において、女性の活躍が推進されてきている。農業分野においても例外ではない。農業就業人口に占める女性の割合について農林水産省では、「女性は農業就業人口の約半数を占めるなど、農業の担い手として重要な役割を果たしている。新規就農者全体に占める女性の割合は24.0%となっている。基幹的農業従事者では、50歳代において女性の割合が最も高くなっている。」〔6〕と報告しており、今や女性無くして農業経営が成立できないことは明らかである。しかし、現状として、女性は仕事のみならず家事・育児等、多くの役割、いわゆるアンペイドワークを期待されており、特に家族農業経営においてその議論は十分ではないと、鶴〔7〕は課題としている。

Kanamoriら〔8〕は、畜産生産が活発な地域では自殺率が高く、畜産生産と自殺の関係は、両方の性別で観察され男性より女性においてより強い相関関係があったことを報告しているが、その要因は明らかにされていない。農村部での自殺率の高さについて、遠隔性という地理的要因、もしくは女性の人権的課題が、農村部での低い厚生水準を規定するものであるならば、女性の心身の健康に配慮した農村社会システムの構築は、もはや一刻の猶予もないと言えよう。

そこで本研究では、北海道に在住する女性農業従事者を対象とした受療行動の実態を把握し、特に地理的障壁の実態を明らかにする。さらに病院に対する評価や意向を分析し医療機関の選択条件の定量化を行うことで、持続的な農業生産システムと農村社会の構築の基礎的資料となることを目的とした。

2. 調査方法

調査は、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農業従事者である。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。

表1 質問票の概要

1. 基本的事項（年齢、職業、結婚の有無、子供の有無等）
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）

3. データ分析方法

病院の選択条件については、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した。主成分分析の対象となる変数については抽出される主成分への影響が小さい変数を削除する。また、無回答や回答をすべて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。主成分得点の差の算出はt検定を用いて行った。地域に求めている診療科および地域医療の満足度については、一元配置分散分析を用いて地域差を検討した。

本研究は2017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いる。審査の結果に従い、同年6月、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の文書を同封し質問票を送付した。同意した調査協力者からのみ、返送して頂いた。

4. 結果および考察

(1) 調査対象者の概要・質問票の回収結果

農業協同組合¹⁾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。

(2) 通院距離と時間

表3に、通院の自家用車使用率を示す。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を表4に示す。病院までの平均距離では軽い疾病で平均14.3km、重篤な疾病で平均52.0kmを通院していた。平均の通院時間では、軽い疾病（夏季）16.2分<軽い疾病（冬季）20.2分<重篤な疾病（夏季）56.7分<重篤な疾病（冬季）67.3分の順に多く時間がかかっていた。この結果から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、

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)
年齢	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)
	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)
結婚	未婚	34 (12.4)	8 (4.2)	26 (31.0)
	既婚	236 (85.8)	178 (94.2)	58 (69.0)
	無回答	5 (1.8)	3 (1.6)	0 (0.0)
出身地	北海道	199 (72.4)	141 (74.6)	58 (69.0)
	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)
現住所	道央南	9 (3.3)	7 (3.7)	2 (2.4)
	道北	21 (7.6)	12 (6.3)	9 (10.7)
	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)
職業	農業従事者	189 (68.7)	189 (100.0)	0 (0.0)
	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)
子供	子供あり	222 (80.7)	170 (89.9)	50 (59.5)
	子供なし	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			(SD)		農業 従事者 n=189		(SD)		非農業 従事者 n=84		(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			

在住者の経験に基づく地理的障壁を数値化できた。

(3) 通院弊害要因および必要としているサポート

通院を妨げる要因(表5)は、“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供を伴った通院時に、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。若菜ら〔9〕は、生活交通サービスの再構築において、①交通サービスの統合、②DTD(ドアツードア)の導入(バスが個人宅まで送迎する)、③コミュニティー送迎サービスの3つ方法を提案している。交通サービスの充実、在住者の定住促進と地域の活性化につながる効果を生むものと期待される。

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.子供の預かり	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)

(4) 病院の選択条件

1) 一般的な病院

表7には、魅力的な医療評価（一般的な病院²⁾）の選択肢を示した。この選択肢を用い、一般的な病院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7変数（A、B、C、E、O、P、Q）と、無回答者や回答をすべて1や5にしている回答者を「抵抗者（11名）」として削除し分析した。

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10変数の変動のうち8割近い部分が説明可能となった。よって、主成分5までを採用し、一般的な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）。

カテゴリーごとの医療に対する評価項目について、回答者全員の結果は、①～②総合病

表7 一般的な病院の選択条件

A	自宅から近い
B	診療費が安い
C	診察日・診察時間が限られていない
D	口コミなど評判が良い
E	希望する治療を考慮してくれる
F	病院施設の充実度
G	多くの患者が通院している
H	救急医療に対応している
I	建物の綺麗さ
J	交通の便が良い
K	入院できるベット数が多い
L	医師の数が多い
M	多くの診療科がある
N	手術の成功率が高い
O	医師の学歴が高い
P	医師との相性が良い
Q	医師が女性である

資料:「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」アンケート

※変数「A、B、C、E、O、P、Q」は主成分分
析から削除した。

表9 産婦人科の選択条件

A	自宅から近い
B	出産にかかる費用が安い
C	診察日・診察時間が限られていない
D	健診の頻度と料金が安い
E	口コミなど評判が良い
F	自分が望んだ分娩方法で出産できる
G	病院施設の充実度
H	多くの患者が通院している
I	救急医療に対応している
J	建物の綺麗さ
K	交通の便が良い
L	入院できるベット数が多い
M	医師の数が多い
N	多くの診療科がある
O	手術や不妊治療の成功率が高い
P	医師の学歴が高い
Q	医師との相性が良い
R	医師が女性である
S	立ち合い出産ができる
T	母子同室である
U	LDR室(陣痛・分娩・休養がすべて同室で可能)である
V	自由に面会ができる
W	授乳指導・沐浴実習・母親教室がある
X	未熟児室・NICUがある

※変数「R、S、T」は主成分分析からは削除した。

表8 一般的な病院の主成分係数(全員)

変数	全員				
	PC1	PC2	PC3	PC4	PC5
D 口コミなど評判が良い	0.2660	-0.5530	0.3466	-0.2004	-0.0743
F 病院施設の充実度	0.3074	-0.3576	0.2081	0.0230	0.4010
G 多くの患者が通院している	0.2852	-0.2543	-0.4943	0.3580	0.5019
H 救急医療に対応している	0.3253	-0.0381	-0.2331	0.2840	-0.6284
I 建物の綺麗さ	0.3053	-0.0228	-0.5412	-0.2576	-0.1170
J 交通の便が良い	0.3119	0.1572	0.0490	-0.7073	0.0761
K 入院できるベット数が多い	0.3680	0.2872	-0.0905	-0.0715	-0.0410
L 医師の数が多い	0.3525	0.4073	0.1070	0.0121	0.1581
M 多くの診療科がある	0.2958	0.4207	0.3751	0.3817	0.1471
N 手術の成功率が高い	0.3316	-0.2227	0.2869	0.1815	-0.3451
累積率 [%]	51.4	61.7	69.8	75.9	81.1

※農業従事者と非農業従事者のt検定(PC1: $t = -2.1E-06$, $df = 251$, ns. PC2: $t = 4.0E-06$, $df = 251$, ns)

院的医療施設、③医療機関へのアクセス容易、④信頼できる医療が提供可能であることの順であった。農業従事者では、①～③総合病院的医療施設、④信頼できる医療を提供可能であること。非農業従事者は、①信頼できる医療を提供可能であること、②～④総合病院的医療施設の順に重要と考えていた。

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、非農業従事者“信頼できる医療を提供可能であること”を重視していた。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。

2) 産婦人科

表9には魅力的な医療評価（産婦人科³⁾）の選択肢を示した。分析は、一般的な病院の解析と同様である。主成分分析の対象となる変数から抽出される主成分への影響が小さい3変数（R、S、T）と、無回答者や回答をすべて1や5にしている回答者を「抵抗者（20名）」として削除し分析した。

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割近い部分が説明可能となった。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10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。

表 10 産婦人科の主成分係数（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 医師の数が多い	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
累積率 [%]	44.2	52.1	59.0	64.2	69.2

※農業従事者と非農業従事者の t 検定（PC1: $t = -7.6, df = 253, ns$. PC2: $t = 2.6E - 10, df = 253, ns$ ）

カテゴリーごとの医療に対する評価項目について、回答者全員の結果は、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の順であった。農業従事者では、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。

非農業従事者は、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医療設備の充実の順に重要と考えていた。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。

(5) 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、外科に

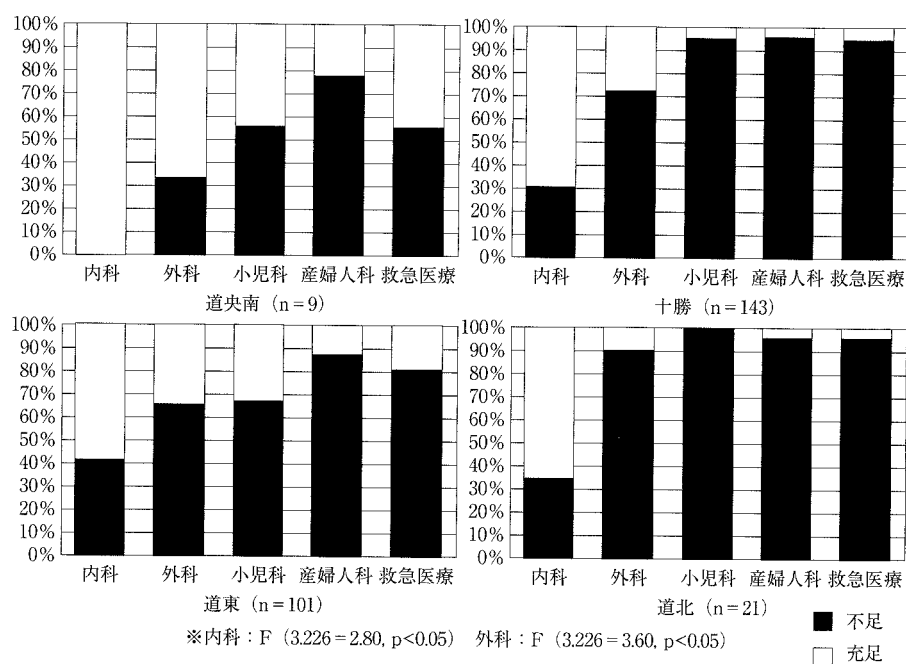


図1 在住する地域に求めている診療科

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、大変満足している人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、地域の違いによる地域医療の満足度は異なっていた。人口の著しい減少に伴って地域社会における活力が低下し、生産機能及び生活環境の整備等が他の地域に比較して低位にある過疎地域市町村は、全道の約83.2%が該当すると報告されている〔2〕。今後、都市と農村の格差は広がり、医療の差もより顕著となると考えられた。

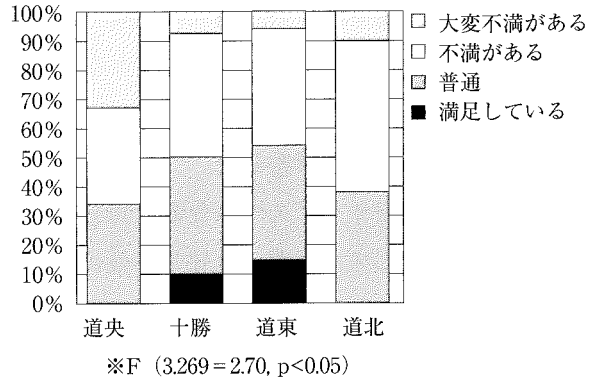


図2 在住する地域医療についての満足度

5. 結論

本研究では、北海道における女性農業従事者の受療行動から長距離・長時間の通院の現状を明らかにし、地理的障壁の実態として数値化が可能となった。また、通院を妨げる要因は、“通院・診療に時間がかかる”が最も多く、この結果から、精神的にも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。この弊害を軽減するための通院時に望むサポートでは、農業従事者と非農業従事者で異なっており、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”を望む声が高く、非農業者では“交通費の補助”を求める声が高かった。農業経営の現場においては代替人材の確保の困難さ、非農業者は金銭的負担を感じており、農村に在住する女性でも、一般的な女性（非農業者）の抱える課題と、農業従事者ならではの課題が両方ともにあったが、通院に関しては双方ともに厳しい状況にあることが明らかとなった。

また、本研究の結果では、ほぼ100%の人が通院に自家用車を利用していた。しかし、藍沢〔10〕は、「農村地域では、公的交通機関の未整備により、都市に比べ自家用交通手段の普及が高く、個別的な解決手段により生活欲求を充たし、そのことが一層生活圏を拡大することになる。生活圏拡大のベクトルは、農村地域の都市地域への依存を増々高め、

農村地域社会に成立している諸々の施設・組織を崩壊させていく」と述べている。自家用車の利用は農村地域では不可欠なものとなっているが、その利用率の高さが農村文化にとっては必ずしも良いものではない。この側面を勘案し、農村社会発展の為の交通システムの構築が必要であると考察した。

本研究では医療サービスへの受療行動を取り上げたが、農村における地理的障壁は、買い物、公共サービス、教育・文化等多岐に渡る。このような状況の中、近年、ICT（情報伝達技術）の活用および普及が進み、遠隔健康相談システム、遠隔授業、電子図書館、自宅でのオフィスワークなどの利用も徐々にではあるが、広がってきている。農村の情報環境整備は、農村にとって都市との情報や社会サービス格差を埋める重要なツールであり、インフラ整備がなされることによって、間接的にも直接的にも農村地域の在住への障壁を取り除くことができるのではないだろうか。

本研究は（一財）北海道開発協会 平成29年度研究助成金を受け実施した。一部は第21回看護総合科学研究会で発表した。

〔謝辞〕本研究の対象者、農業協同組合、きたひとネットの皆様並びに酪農学園大学森田茂教授及び干場信司名誉教授に深謝いたします。

注

- 1) 農業協同組合は、一般的に農協と呼ばれ、農業生産力の向上と農業者の経済的・社会的地位の向上を図るための協同組織とされている。北海道内のいくつかの農協には女性部（女性農業従事者が加入する組織）があり、女性農業従事者の交流会、勉強会および地域のイベントへの参加を行いながら、女性農業従事者の地位向上を目指している。本研究では女性部の協力を得て質問紙配布を行った。
- 2) 筆者らは、質問紙構成時に「一般的な病院」について、回答者が日常的に通院する医療施設を想定していた。この設問では、回答者が「一般的な病院」について重要視する要項を問うことが目的であるため、限定的な表現を避け、回答者にその定義を委ねた。
- 3) 産婦人科を標榜する医療施設は、女性特有の疾患や出産等で女性自身が関わるが多く、女性からの医療評価には欠かせないものと考え、「産婦人科」における重要視する要項を設問として設定した。回答者が産婦人科について重要視する要項を問うことが目的であるため、限定的な表現を避け、回答者にその定義を委ねた。

引用文献

- 〔1〕農林水産省、農林業センサス累年統計―農業編―（明治37年～平成27年）
- 〔2〕北海道『北海道過疎地域自立促進方針の概要』<http://www.pref.hokkaido.lg.jp/ss/ckk/grp/05/>

kasou_houshin_outline.pdf. (2019年12月06日最終閲覧)

- 〔3〕北海道庁、「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】、2009年
- 〔4〕Dixon J, Welch N. 「Researching the rural-metropolitan health differential using the 'social determinants of health」『Aust. J Rural Health』 8(5)、2000年、pp.254-260
- 〔5〕加藤岳・坂本圭一・長澤泰・寛淳夫・生田京子・山下哲郎「過疎地域における住民の受療行動について—過疎地域における医療福祉の今後のあり方に関する研究—」『日本建築学会技術報告集』 17巻 37号、2011年、pp.993～996。
- 〔6〕農林水産省経営局就農・女性課女性活躍推進室『農業における女性の活躍推進について』 2019年11月。
<http://www.maff.go.jp/j/keiei/jyousei/attach/pdf/gaiyo-13.pdf> (2019年12月06日最終閲覧)
- 〔7〕鶴理恵子『農家女性の社会学—農の元気は女から』 コモンズ、2007年10月、254p。
- 〔8〕Kanamori, M., Kondo, N. 「Suicide and Types of Agriculture: A Time-Series Analysis in Japan」『Suicide and Life-Threatening Behavior』 Early View. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/sltb.12559> (OpenAccess) 2019年
- 〔9〕若菜千穂・広田純一「農山村の生活圏域に着目した生活交通サービス再構築のあり方」『農村計画論文集』 24 (Special_Issue)、2005年、S97-S102
- 〔10〕藍沢宏「農村集落における生活圏の設定と生活関連施設の配置に関する研究」『農村計画学会誌』 1 (4)、1983年、pp.27～38。

Abstract:

Sustainable agriculture in the Hokkaido is important for the food supply base of Japan in the same as Hokkaido economics. However, the number of farmers in Hokkaido is decreasing by 77% over the last 45 years.

Preceding studies outside Japan suggest that major social factors contributing to health disparities between urban areas and rural areas include “geographic isolation” to medical services and cultural services. Preceding studies in Japan also reports on geographic isolation to medical service in rural areas, but again has targets of surveys are only inhabitants of a rural region. The objective of this study is to show the fact of the “geographic isolation from medical behavior” and “selection condition for medical service” in female farmers in the Hokkaido using the questionnaire.

Almost all targets used a private car possessed by an individual to travel to medical services. The average travel distance to medical services was 14.3 km (slight illness) and 52.0 km (more serious diseases) respectively. The results show the characteristics of the Hokkaido that targets go to the medical service with long-distance travel and quantified the empirical geographic isolation.