

少子化対策における産後ケアと助産院の役割に関する分析*

一橋大学 国際・公共政策大学院
公共経済プログラム 2年
パーリーナー ウンスッカセーム

本稿は、一橋大学国際・公共政策大学院公共経済プログラムにおけるコンサルティング・プロジェクトの最終報告書として、受入機関である国立医療科学に提出するものです。本稿の内容は、すべて筆者の個人的見解であり、受入機関の見解を示すものではありません。

要旨

少子化が進んでいる現代の日本社会では、少子化対策として女性が安全・安心に出産・育児できるような環境が求められている。この報告書の目的は、少子化対策として産後ケアや助産院の役割を明確化し、対策を提案することである。

産科医の減少により産科施設が閉鎖され、分娩施設数が減少することを解決するために、厚生労働省はお産を地域基盤病院に集約化する計画を実行した。しかしながら、産科医師の過重労働やベッド数の不足という新しい問題があった。早期退院を促進することによってベッドの回転を速くさせ、出産難民の問題を軽減できると考えられる。日本では早期退院を実現させていくためには、退院後の早期家庭訪問体制や、各地域における産後ケアセンターの創設など、支援体制の設備が必要だと思われる。本稿では、今後の日本の産後ケア体制の一つの柱となる産後ケアセンターのことについてアンケート調査をすることにより、産後ケアセンターのこれからの運営や効果について検討した。結果としては、利用者になりやすいグループは、年齢が比較的若く、子供を持ち始めたばかりの方である。支払い意思額については、産後ケアサービス内容を評価する利用希望と関連があった。つまり、当センターケアサービスを受けたいと評価するほど、支払い意思額が高くなる。産後ケアセンターの出産と育児への不安を軽減させる効果に関しては、属性を問わず、大体の人が産後ケアセンターの効果をプラスなイメージで評価しており、特に子供数が多い方がその傾向にある。それに、産後ケアセンターが2008年設立したばかりなので、まだまだ宣伝が必要であると思う。

一方、現在、産科医不足や産婦人科の閉鎖による、明治時代から日本の母子保健に重要な役割を果たす助産院は再び注目を集めはじめた。本稿の文献調査を通じて、助産院がソーシャル・キャピタルを形成する可能性があることが明らかになった。ソーシャル・キャピタルは出生率に相関があるため、助産院がソーシャル・キャピタルを形成する貢献は長期的に出生率を回復することに繋がるだろう。

謝辞

本研究は、一橋大学国際・公共政策大学院で設立されたコンサルティング・プロジェクトの一環として行われたものである。国立医療保健科学院をクライアントとし、約半年間を経て得られた研究成果をまとめた。本稿の執筆にあたっては、アンケート調査を行い、その調査結果をもとに分析、提言を行った。その過程で、多くの方々からご協力を頂戴いたしました。特に受入機関である国立医療保健科学院の福島富士子様と渡沼霧子様である。一橋大学国際・公共政策大学院においては、ゼミの指導教官である山重慎二准教授からは、各過程において有益な助言、ご指導をいただいた。ここに記して感謝申し上げます。

目次

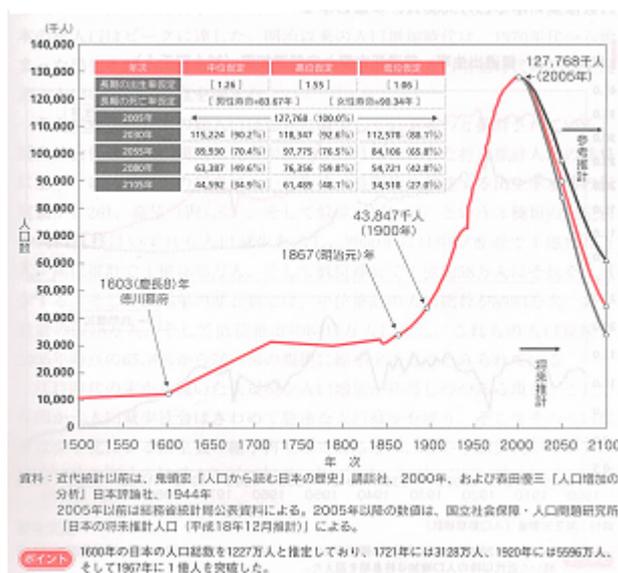
	ページ
第1章：イントロダクション	
1.1 はじめに	4
1.2 日本の少子化	5
1.3 日本の少子化対策	7
1.4 少子化対策における産後ケアと助産院の役割	9
第2章：少子化対策における産後ケアの役割	
2.1 海外での産後ケア体制	11
2.2 産後ケアセンター	13
2.3 アンケート調査に基づいた提案	22
第3章：少子化対策における助産院の役割	
3.1 現状日本の助産院	24
3.2 ソーシャル・キャピタル	25
3.3 ソーシャル・キャピタルが形成される環境	27
3.4 ソーシャル・キャピタルと出生率	30
3.5 文献サーベイ調査に基づいた提案	33
第4章：終わりに	34
付録1	36
付録2	44
参考文献	48

第1章 イントロダクション

1.1 はじめに

1872年(明治5年)に日本の総人口は3480万6000人であった。日本の総人口は、その後年平均人口増加率1.5%内外を示しながら急速に増加し、第1回国勢調査が実施された1920年には5596万3000人に増加した。その後も人口増加は続き、1936年に総人口は7000万人を超え、1948年に8000万人台に、そして1967年に1億人を突破した。このように日本の総人口は1970年代の後半まで人口増加率は1%内外の水準で増加してきたが、その後人口増加は急速に低下し、2004年から2005年の人口増加率は志望率の上昇もあってついにマイナスを記録した。総人口数は2005年の国勢調査に基づけば1億2776万7994人で、江戸末期から続いた近代以降の人口増加は終息期を迎えた(京極・高橋, 2008: 10-11)。図1.1の通りである。

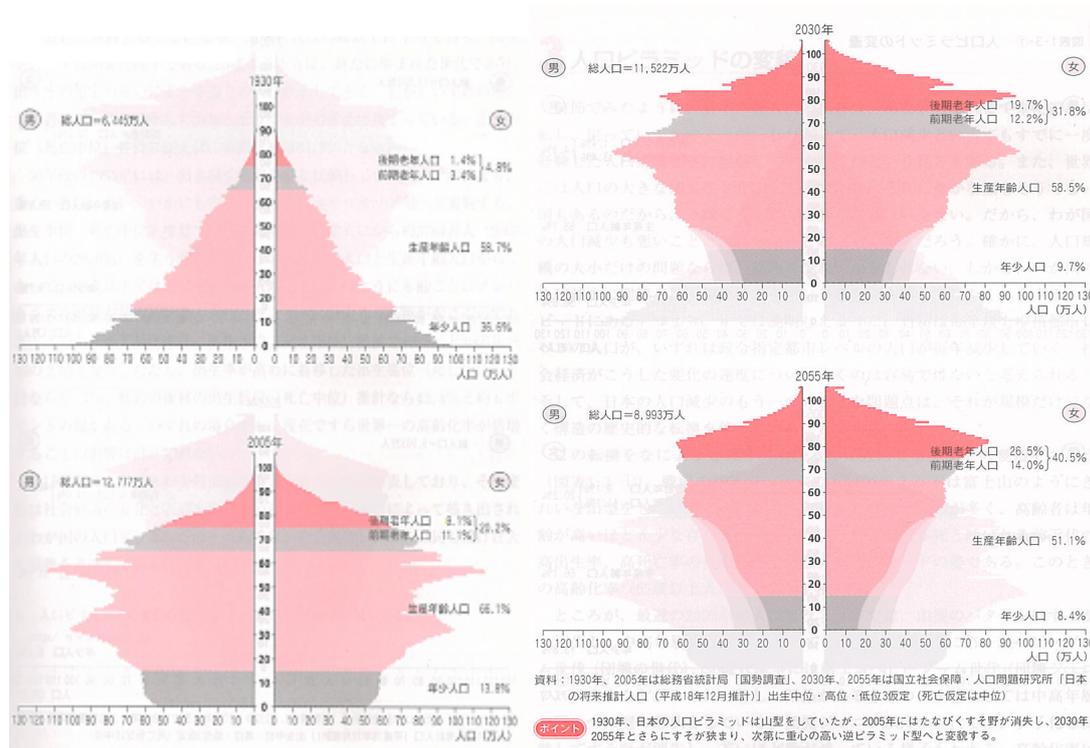
図 1.1 : 日本の長期人口趨勢



出所: 京極、高橋『日本の人口減少社会を読み解く: 最新データからみる少子高齢化』, 13

さらに今後の日本の総人口は急速に減少していくものと推計されている。国立社会保障・人口問題研究所が2006年12月に公表した将来推計人口の結果に基づけば、出生率の将来について中位(長期的に到達する出生率水準の仮定値が1.26)、高位(同1.55)、そして低位(同1.06)という3種類の仮定別の人口推移はいずれも人口減少を示し、2030年には中位推計で1億1522万人、高位推計で1億1835万人、そして低位推計で1億1258万人にそれぞれ減少する。そして2055年の推計値では、中位推計の人口総数が8993万人、高位推計の9778万人、そして低位推計の8411万人に達し、これらの人口規模は2005年時点の65.8%から76.5%の規模に縮小するものとみられている。つまり、日本の総人口では今後45年間(2010年の時点から)に約3割も減少することが見込まれている(京極・高橋, 2008: 13)。図1.2の通りになる。

図 1.2：人口ピラミッドの変遷



出所：京極、高橋『日本の人口減少社会を読み解く：最新データからみる少子高齢化』,19-20

日本の人口減少の大きな問題点は、それが規模だけではなく人口構造の変遷である。戦前の1930年、人口ピラミッドは富士山のようにきれいな山型をしていた。ちなみに、多産多死と呼ばれる前近代の項出生率、高死亡率の社会に典型的な人口ピラミッドの姿である。しかし、2005年から推定した2055年までの人口ピラミッドはその姿が次第に変化し、山型の逆の姿に近づいてきた。つまり、高齢者の人口が増える一方で、若い年齢ほどの人口数は縮小する状態である(京極・高橋, 2008: 18-21)。

1.2 日本の少子化

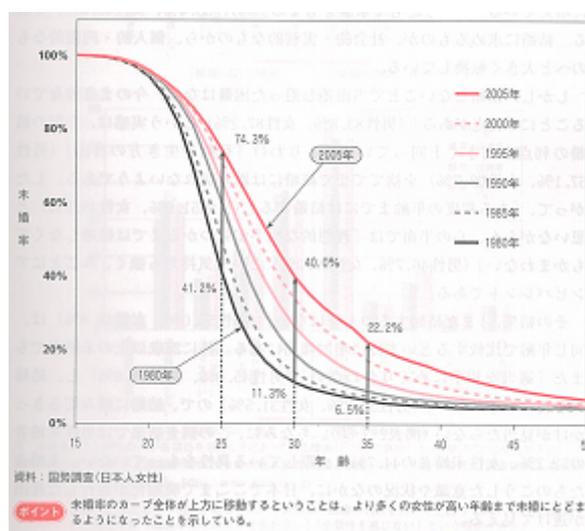
少子化現象と言われる低い出生率のもとで持続的に続く出生数の減少傾向は、1973年のオイルショックの翌年から始まり、すでに30数年を経過し現在に至っている(図 1.3)。日本の出生率は戦後急速に低下が進み、1960年代の初めには出生率を表す統計指標の一つである合計特殊出生率でみて、およそ2.0前後の水準にまで低下した。いわゆる日本の出生力転換と呼ばれる子ども数4-5人の時代から子ども数平均2人への変化である。1960年代以降、1966年の「丙午」の合計特殊出生率が1.58へと一時的に低下する極端な現象はあったものの、おおむね合計特殊出生率は2.0を若干上回る水準で推移していた。当時の合計特殊出生率が2.0を若干上回る水準を維持していたことは、人口分析の専門家にとってみると極めて深い意味を持つものであった。すなわち、当時の社会が皆婚社会で95%内外の男女が結婚し、女性一人あたりの合計特殊出生率の水準が2.0を維持し、おおそ次世代の人口を100%近く再生産していたことを意味していた。そのことは究極的に日本の総人口が将来のどこかの時点で人口増加が止まり、総人口が一定規模で安定的に推移する静止人口に到達する

ことを示唆していたのである。

ところが、1974年から合計特殊出生率でみて2.0以下の水準への持続的できわめて低い水準への低下が起きた。合計特殊出生率でみて1.3以下への低下は、特に超少子化とも呼ばれ21世紀日本人口の特徴である超高齢・人口減少社会をもたらそうとしている。出生率低下には、二つの人口学的要因があり、第一に結婚の変化(晩婚化と未婚率の上昇)、そして第二に結婚した夫婦の出生行動の変化(夫婦が産む子供数の減少)によるものである(京極・高橋, 2008: 34-35)。

晩婚化になると、結婚が先延ばしされると、結婚している人の割合が減少し、出生率も下がる事になる。1980年から2005年まで5年ごとに行った国勢調査による日本人女性の年齢別未婚率の変化を図1.3に表された。

図 1.3 : 年齢別未婚率の変化—晩婚化と未婚率の関係—

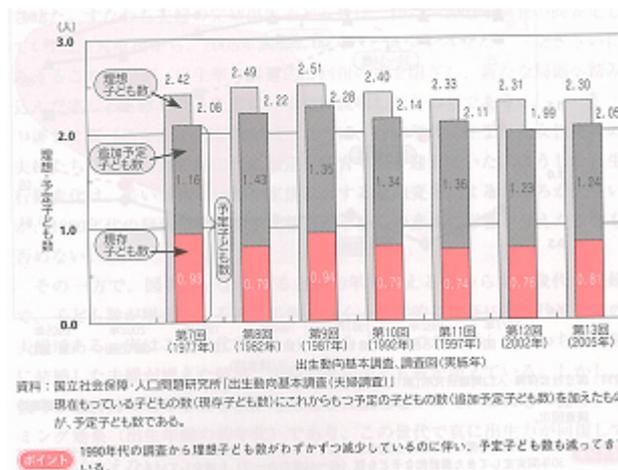


出所：京極、高橋『日本の人口減少社会を読み解く：最新データからみる少子高齢化』,43

カーブ全体が上方に移動するほどより多くの女性が高年齢まで未婚者にとどまることを示す。図 1.4 によると、晩婚化と未婚化の女性の割合がかなり上昇した。たとえば、1980年の調査によると30歳の未婚女性の割合は11.3%である。それに対して、2005年の調査によると、その割合が40%まで登った。つまり25年間に28.7%も上昇した(京極・高橋, 2008: 42-43)。

晩婚化と未婚化とともに、結婚した夫婦が持つ子ども数も低下した。2005年の調査によって判明した1985~1990年結婚の夫婦の完結出生子ども数を見ると、それまでの安定水準2.2人から2.09人へとはっきりと低下したことが指摘された。結婚した後の子どもを持つ意欲が下がっているのだろうか。国立社会保障・人口問題研究所の「出生動向基本調査」あるいは夫婦調査は、結婚して5年未満の夫婦を対象として理想子ども数と予定子ども数の変化についての調査である。結果は図1.4の通りである。理想子ども数は1990年代の調査から、徐々に減少してきていることが明らかである。またこれに伴うように、予定子ども数も減ってきている。このように夫婦の子供数に対する考え方にも少しずつに変化があると指摘できる(京極・高橋, 2008: 46-47)。

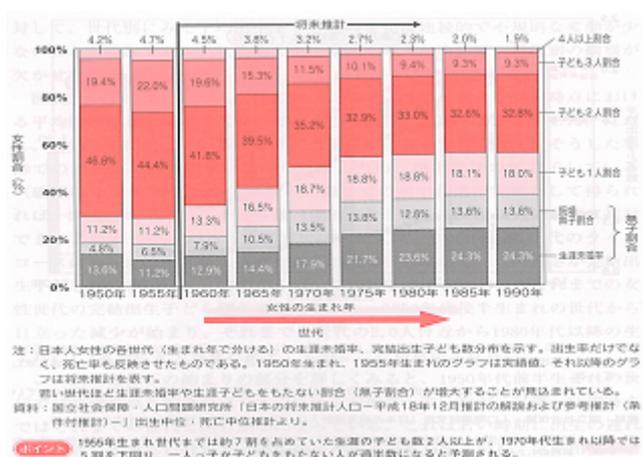
図 1.4：結婚 5 年未満の夫婦の平均理想・予定子供数の推移



出所：京極、高橋『日本の人口減少社会を読み解く：最新データからみる少子高齢化』,48

以上の傾向は世代別日本女性の生涯未婚と完結出生子ども数にみれば、もっと明確になる(図 1.5)。

図 1.5：日本人女性の生涯未婚率及び完結出生子供数分布の世代別推移



出所：京極、高橋『日本の人口減少社会を読み解く：最新データからみる少子高齢化』,52

1950年と1955年生まれ世代には変化がまだはっきりではないが、1960年代以降生まれ世代には未婚の割合が高める一方であり、結婚しても子供を産まない女性や一人っ子しか持たない女性の割合が高くなることが明らかである(京極・高橋, 2008: 52-53)。

1.3 日本の少子化対策

少子化問題に対応した諸政策は、まとめて「少子化対策」あるいは「次世代育成支援対策」と呼ばれるが、どちらも使われており呼称は混在している。「次世代育成支援対策」という言い方は2003年頃から出てきたもので、「少子化対策」が「子供を産ませる政策」であるかのような印象を抱かせる名称だという声に配慮して使い始められたようだ(山崎, 2003: 12)。現在の少子化関連施策は非常に多岐にわたり、子育て中の親だけでなく、これから結婚する人々とや次世代に親となる子供たちも視野に入れたものになっている。

日本で出生率の低下が社会的に問題視され、公的な対応を行う必要があると認識され始

めたのは1990年代入ってからである。契機となったのは、1990年に起こった「1.57ショック」であった。1989年の合計特殊出生率(TFR)が、特別な事情もなく1966年の丙午のTFR 1.58を下回ったことが分かり、出生率低下という現象へ社会的注目が集まり始めたのである。出生率低下への政策対応としては、当初女性の仕事と家庭の両立支援、中でも保育サービスの拡充が打ち出された。その後、少子化に対する施策は、少子化の要因として様々な事柄が指摘されるに従い、仕事と家事の両立支援に関わる労働政策、次世代の親となる子供・若者に対する教育政策、住宅や街づくりにかかわる対策などに広がり、多岐に及ぶようになった。

図 1.6 少子化対策(次世代育成支援対策)の要約

第1期	1991 『健やかに子供を産み育てる環境づくりに関する関係省庁連絡会議報告書』
	1994 エンゼルプラン・緊急保育対策等5か年事業
第2期	1997 平成9年将来推計人口(中位推計:2050年1.61) 人口問題審議会報告『少子化に関する基本的考え方について』
	1998 少子化への対応を考える有識者会議提言 『夢ある家庭づくりや子育てができる社会を築くために』
	1999 少子化対策推進関係閣僚会議 設置 少子化への対応を推進する国民会議 設置 少子化対策推進基本方針(少子化対策推進関係閣僚会議) 新エンゼルプラン
	2002 平成14年将来推計人口(中位推計:2050年1.39) 少子化対策プラスワン(厚生労働省)
第3期	2003 次世代育成支援に関する当面の取組方針(少子化対策推進関係閣僚会議) 次世代育成支援対策推進法及び児童福祉法の一部を改正する法律 少子化社会対策基本法 少子化社会対策会議 設置
	2004 少子化社会対策大綱 子供・子育て応援プラン
	2005 次世代育成支援対策推進法に基づく行動計画実施
第4期	2006 新しい少子化対策 平成18年将来推計人口(中位推計:2055年1.26)
	2007 「子供と家族を応援する日本」重点戦略検討会議 発足 ワーク・ライフ・バランス推進官民トップ会議 発足 「仕事と生活の調和(ワーク・ライフ・バランス)憲章」 「仕事と生活の調和推進のための行動指針」

今までの次世代育成支援対策の政策展開を概観すると、保育サービスの拡充と少子化問題に対する国民的議論の喚起が中心だった第一期（1990～1996年）、保育サービス拡充に加え、雇用環境や働き方への批判的視点と改善の提起を行った第2期（1997～2001年）、少子化関連施策の法整備が行われた第3期（2002～2004年）、法律に基づき官民一体となった推進体制が確立・開始された第4期（2005年以降）に分けられる。（図1.6）2005年以降は、時勢代育成支援対策推進法（次世代法）に基づく大企業での行動計画の開始、総人口のピークアウトの兆候などの環境変化も後押しして、とくに「働き方の見直し」が国レベルの議論で活発化してきた。「ワーク・ライフ・バランス」をキーワードに政策議論や調査研究が活発し、政策は「仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）憲章」「仕事と生活の調和推進のための行動指針」を策定（2007年12月）、個別企業でも様々な工夫の展開がされるといった動きが見られる（兼清・安蔵、2008：119-122）。

1.4 少子化対策における産後ケアと助産院の役割

産後ケアは産前ケアや子育て支援を負けなく、重要性がある。なぜかという、産後ケアは虐待防止やこれからの子育てや出産に対しての考え方にかなり左右するからである。一方、現在、産科医不足や産婦人科の閉鎖による、明治時代から日本の母子保健に重要な役割を果たす助産院は再びに注目を集めた。しかし、今まで少子化対策に産後ケアや助産院の役割を積極的に取り込む対策がまだ存在していない。この報告書の目的は、少子化対策として産後ケアや助産院の役割を明確化し、対策を提案することである。

第2章は産後ケアのことを注目し、アンケート調査を通じ産後ケアセンターのこれからの運営や効果について検討する。第3章は文献サーベイを通じて助産院が、出生率の上昇に貢献するソーシャル・キャピタルを形成する可能性について検討する。最後の第4章に、第2章と第3章の調査を通して対策提案を述べる。

第2章 少子化対策における産後ケアの役割

産科医の減少により産科施設が閉鎖され、分娩施設数が減少することを解決しようとするために、厚生労働省はお産を地域基盤病院に集約化する計画を実行した。しかしながら、産科医師の過重労働やベッド数の不足という新しい問題があった。少子化対策として、女性が安心に出産・育児できるような環境が求められている。

日本の出産入院の日数を見ると、一般的に5～7日（平均6.4日）である。一方で、欧米諸国では、入院日数が日本よりもっと短い(表2.1)。退院後に専門家によるフォロー・アップの産後ケア体制がある。早期退院を促進することはベッドの回転を速くさせ、出産難民の問題を軽減できると考えられる。日本では早期退院を実現させていくためには、諸外国のように産後のケア体制の必要である。退院後の早期家庭訪問体制や、各地域における産後ケアセンターの創設など、支援体制の設備が必要である。

表 2.1 : 各国の産後入院日数

国名	産後入院日数
オーストラリア	3.0
オーストリア	6.1
ベルギー	5.2
カナダ	2.1
デンマーク	3.3
フィンランド	3.9
フランス	5.3
ドイツ	5.6
アイルランド	3.5
イタリー	4.2
日本	6.4
オランダ	2.7
ニュージーランド	2.9
ノルウェー	4.2
ポルトガル	3.1
スペイン	3.4
スウェーデン	2.9
スイス	6.2
米国	1.8

出所：Postpartum length of stay from OECD data 2000

この章では、まず海外での産後ケア体制を紹介し、そして今後日本の産後ケア体制の一つの柱となる産後ケアセンターのことをアンケート調査により、産後ケアセンターのこれからの運営や効果について検討したい。

2.1 海外での産後ケア体制

この節は各国の早期退院政策と産後ケア体制についてまとめることである。今回は米国、ドイツ、デンマーク、オランダ4カ国の早期退院政策と産後ケア体制を紹介する。

2.1.1 米国の産後早期退院政策の課題

米国の1970年の入院日数の統計によると、会陰切開の場合は平均の入院日数が3.9日であり、帝王切開の場合は7.9日である。24年が経ち、1994年の統計をみれば、減少する傾向が明らかである。会陰切開の場合は2日となり、帝王切開の場合は2倍も減り、3.9日まで減少した。

米国では、1995年の5月まで産後入院日数の制限を示す政策や法律がない。しかし、上述したように産後入院日数の減少により、1996年の年末に28ヶ州に「早期退院法」(Early Discharge Law)が通された。一方、中央政府のほうは、1995年6月に同じ内容の法案が国会に通り、1996年8月にクリントン大統領が承認し、サインした。この法律によると、保険者は最低限の入院を提供することになる。たとえば、カリフォルニア州の法律場合は会陰切開の出産の最低限の入院日数は2日であり、帝王切開の場合は4日である(Evans, Garthwaite, Heng, 2008: 843-870)。政策の結果としては、容認される産後入院日数が減少するとともに、母子のケア不足の懸念が広がり、批判する声が上がった。一方で、早期退院させて自宅でケアをするほうがより優れると発言したサイドもあった(保険者が入院日数を短くすることを望むのに対して、政策立案者のグループは入院日数を長くすることを目指す)(DeVries, 2008: 61-62)。米国では、退院後にサポートする体制がない。

2.1.2 ドイツの産後早期退院の課題

ドイツでは早期退院が一般になったのは、出産のケースに保険会社から支払ってもらった金額は定額だからである。入院日数は1980年に10日であるが、1990年に6日になり、1998年は3-5日まで減少した。妊婦自身と助産師は費用を削減できる早期退院のことを選好し、双方協力し、退院後にサポートする体制が創り上げた。たとえば、産後ケアのネットワークやベビー・グループや母乳サポートなどである(DeVries, 2008: 128)。

2.1.3 ノルウェーの Alternative Birth Center と産後ケアセンター

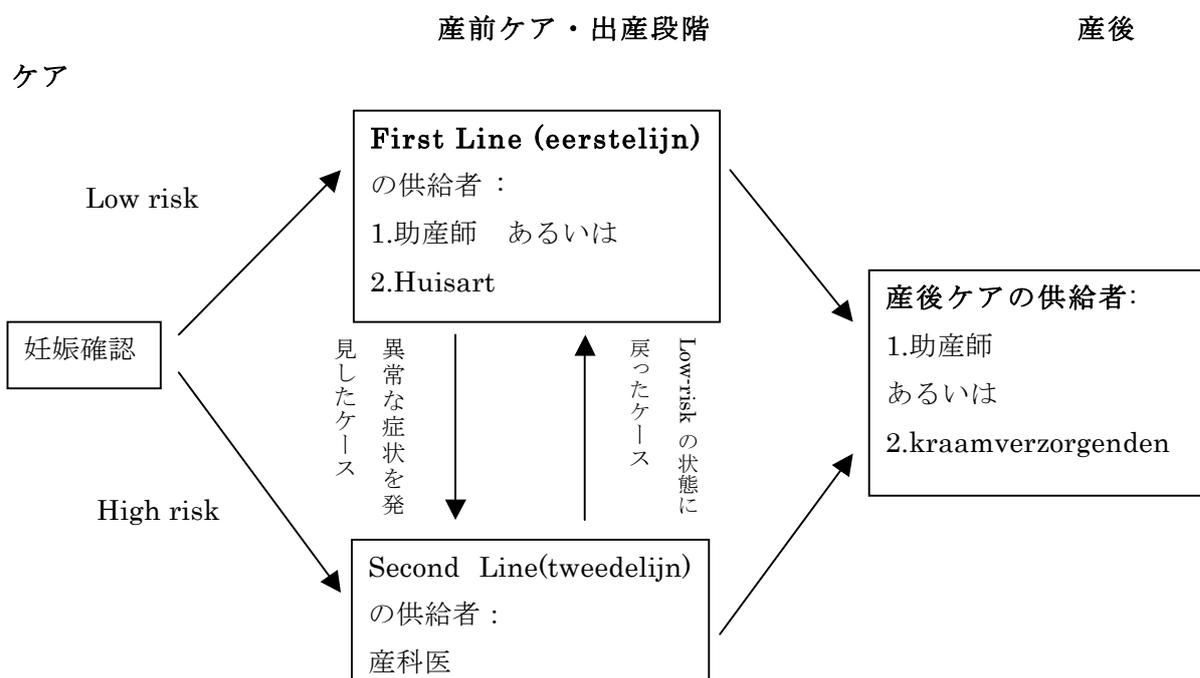
ノルウェーでは、1970年代からフェミニストのグループはノルウェーのマタニティー・ケアの改正を支持した。このグループの考え方は出産が自然なことであり、家族全体に重要なことであり、母と同じように父に出産・育児を参加することを強調することである。それにより、産婦人科の病棟内の態度が次第に変わった。衛生上厳しいルーチンのイメージから医療的な安全性と合わせ、産褥婦に優しい雰囲気になった。1990年代にある病院では産婦人科の病棟内に分離された Alternative Birth Center (ABC) までも設立された。

Alternative Birth Center とは、米国の Birth Center と似て、家族全員が出産に参加できるように家族用の部屋もあり、病院の雰囲気が薄くなる分娩施設である。

Alternative Birth Center が創り上げられた同時に、病院から分離された（病院の周辺に位置している）産後ケアを提供するホテルが誕生した。異常なしの産褥婦と赤ちゃんがこのようなホテルに移動し、産後ケアを受けながら、家族全員と一緒に過ごすことを選択できる(DeVries,2008 : 248-251)。

2.1.4 オランダの産後ケア・システム

図 2.1 オランダの周産期ケア体制



出所 : Raymond DeVries の『Pleasing Birth: Midwives and Maternity Care in the Netherlands』に基づいて著者が作成した図である。

オランダでは妊娠確認段階から、産前ケア、出産、産後ケアまでの流れ図 2.1 のようになる。まず、妊娠を確認する段階から始まり、女性は妊娠検査薬で確認するか、あるいは Huisart（オランダの家族の医者）に確認してもらうという二つの選択肢がある。その後の産前ケアから、出産、産後ケアまで、オランダ女性はどこで出産するか、どの供給者のケアを受けるか自分で選べる。異常がないケースは First Line に入り、妊婦が産前ケアの供給者として助産師か Huisart を選び、出産場所も自宅出産か病院出産両方とも選択できる。しかし、出産場所が選べるといっても、政府の自宅出産を促進する政策として、自宅出産の費用が公的保険（Sick Fund）で 100%カバーされるのに対して、病院出産の場合は一部しかカバーされない。2003 年の統計によると、医療機関で出産する必要がない健康のケースが病院出産を選ぶならば、分娩室の利用費は 404 ユーロから Sick Fund は 159.3 ユーロしかカバーしなく、あと残った 244.7 ユーロが自己負担になる。リスクが高いケースだけ産科医の管理の下で、産前ケアと出産が行われる。産前ケアを受ける途中で異常な症状が

出たケースは First Line から Second Line に移動され、産科医の管理の下になる。しばらく産科医の管理を受けてから、リスクが低くなり、安心できる状態に戻ったら、First Line に移動される。まだリスクが高いケースだけ産科医の管理で出産が行われる。一旦 Second Line に入り、Second Line から First Line に戻れることはオランダのマタニティケアの特徴である。First Line と Second Line の間の移動は素早くなれるのは First Line と Second Line を区別するためにガイドライン (indicatielijst) が存在しているからである (DeVries,2008 : 29-31)。

Hinstman の研究によると、オランダのマタニティケアをサポートする 2 つの柱は First Line と Second Line を区別するためにガイドライン (indicatielijst) と良い産後ケア体制である。産後ケア体制の質が良くないならば、産褥婦が病院の外で産後ケアを受けられないため、オランダ政府はオランダのマタニティケアの重要な部分として自宅での産後ケア体制を重視している。オランダの産後ケア体制では、オランダの女性の早期退院をサポートし、自宅で産後ケアを受けることを促進する。選べる産後ケアの供給者は助産師あるいは kraamverzorgenden である。Kraamverzorgenden という職業は家事を手伝いながら、母子の健康と育児指導をサポートし、オランダの産後ケアの特徴な職業である。産褥婦は Kraamverzorgenden のサービスを利用する時間を選べる (24 時間から 80 時間まで選べ、Sick Fund は 60 時間までの費用をカバーする)。Van Teijlingen の研究によると、Kraamverzorgenden は親戚や近隣のサポートなくとも、オランダ女性が自宅出産や早期退院できることを促進する役割を果す職業である (DeVries,2008 : 49-76)。

2.2 産後ケアセンター

世田谷区と武蔵野大学が協働で産後 4 か月未満の母子を対象とした育児支援をめざし、「産後ケアセンター 桜新町」が平成 20 年 3 月に開設された。当センターは、24 時間体制で助産師による産後ケアを提供している宿泊可能な施設である。サービスは日帰りと宿泊プランに分ける。産後ケアセンターの今後の運営や社会に対しての貢献を調べるために、アンケート調査を行った(アンケートの詳細は付録 1)。

2.2.1 アンケートの目的と範囲

アンケートの目的は、産後ケアへの需要を調べ、どんなサービスを受けたいか、産後ケアサービスを受けるために、払っても良いと思った金額はいくらか。つまり、サービス内容と支払い意思額について調べることである。アンケートの対象者は、既婚・未婚に問わず、子供を産める年齢の女性である。アンケートを行うフィールド(回答者のお住まい)は、都内(世田谷区、新宿区)、埼玉県(和光市)、青森県、山口県 である。実施期間は 5 月 15 日～6 月の 25 日 である。有効な回答は、252 部である。

2.2.2 回答者の特徴

回答者の年齢をみれば、24 歳以下は 1%、25～29 歳は 8%、30～34 歳は 24%、35～39 歳は 34%、40 歳以上は 29%である。住まいのほうは、都内(世田谷区と新宿区を合わせた)25%、埼玉県の和光市 38%、青森 22%、山口県 15%である。回答者の学歴といえば、

高校卒 26%、短大卒 35%、大学卒 34%、大学院卒 4%、無回答 1%である。

世帯所得が 300 万円未満の回答者は 9%、300 万～500 万円未満 27%、500 万～700 万円未満 31%、700 万～1,000 万円未満 20%、1,000 万円以上 9%、無回答 1%である。職業に言えば、専業主婦の回答者は 56%、パートやアルバイト 23%、会社員 10%、公務員 4%、あと自営業、無職、その他はそれぞれ 0.46%、0.46%、6%である。婚姻については、9 割以上が結婚していると答えた。子供の数は、子供がいない 0.46%、1 人 41%、2 人 44%、3 人 12%、4 人以上 3%である。出産経験があった分娩施設は、総合病院と大学付属大学病院で出産した回答者が 38%、個人病院と診療所 45%、助産院 3%、総合病院と個人病院両方も経験した方が 13%、あとその他は 1%である。回答者の特徴の詳しい統計は、付録 1 の図 1 から図 10 までである。

2.2.3 アンケートの結果

アンケートの一つの目的となる受けたい産後ケアサービスである。アンケートの間 9 に現在産後ケアセンターで提供している各サービスに点数を付けてもらい、ランキングは表 2.3 のようになる。トップスリーは、乳房ケア、発育・発達チェック、育児相談である。

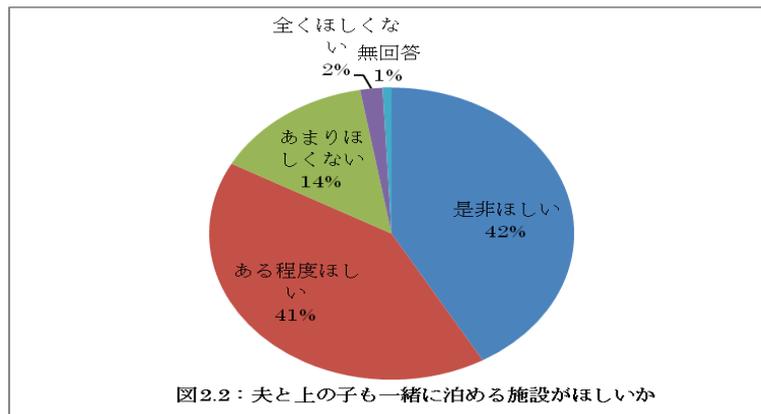
表 2.2 受けたい産後ケアのランキング

位	サービス内容	平均点数
1	乳房ケア	8.274
2	発育・発達チェック	8.085
3	育児相談	7.968
4	授乳方法	7.681
5	産後エクササイズ	7.629
6	ベビースキンケア	6.952
7	ベビーマッサージ	6.935
8	リラックス方法	6.609
9	沐浴指導	6.521
10	心理士相談	6.214

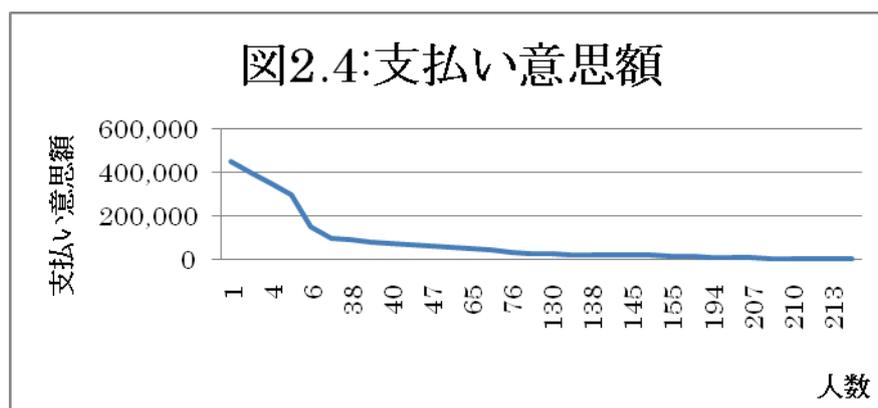
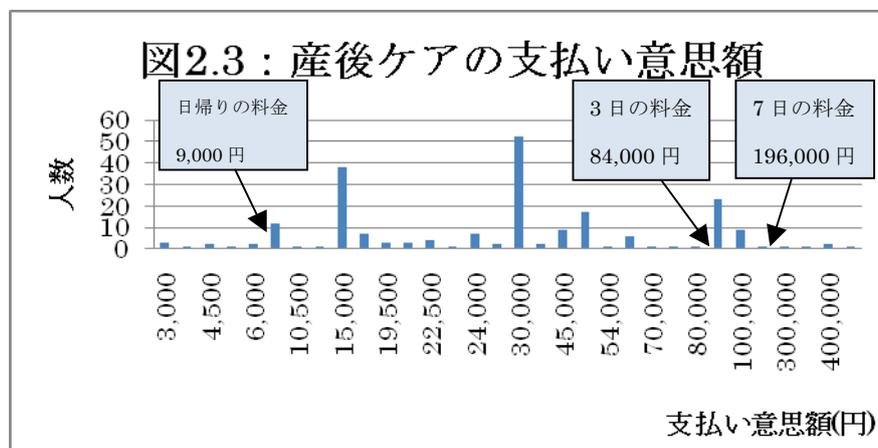
各フィールドの回答者が受けたい産後ケアは別紙 1 の表 1 から表 4 となる。乳房ケアは、まだトップスリーにとどまり、あまり変わらない。発育・発達チェックは、山口県以外まだトップスリーにある。育児相談は、青森県以外まだトップスリーに入る。

それに、現在センターでは提供していないサービスだが、あったら良いと思うサービスも open question の形で書いてもらった(アンケートの間 10)。回答者はセンターで提供してもらいたいのが、上の子の世話 (16 人)、子育ての仲間づくり (15 人)、家事の手伝い(9 人)、卒乳相談とケア(6 人)などである。

産後ケアを提供する宿泊型施設で、夫と上の子も一緒に泊まれるような形態がほしいかどうか、質問した。結果は図 2.2 通りである。83%はほしいと答えた。各フィールドの結果は別紙の図 9 から図 12 の通りである。各フィールドの結果を見ると、8 割弱から 9 割までほしいと答えた。一番多いのは、山口県であり、90%の回答者までほしいと答えた。



次は、産後ケアを受けるためにどのぐらい払ってもよいと思うかということである支払い意思額である。産後ケアセンターの利用料金は3つのプランがあり、日帰りプラン(9,000円)、3日プラン(84,000円)、7日プラン(196,000円)である。料金を加え、考えると結果は図2.3の通り。累積のほうは図2.4となる。



産後ケアセンターの料金制度の下では、何人が利用するか。日帰りプランを利用する人は全部216人の中で207人(約95.83%)である。それに対して、3日プランを利用する人は38人(約17.59%)まで減少して、7日プランを利用する人は5人(約2.31%)である。

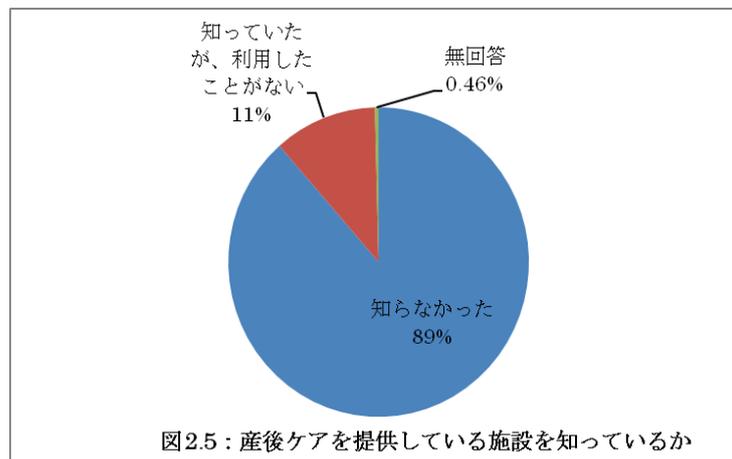
各フィールドの支払い意思額は別紙の図12から図19である。東京都内に住んでいる回答者だけ見れば、日帰りプランを利用する人は全部37人の中で35人(約94.59%)である。それに対して、3日プランを利用する人は6人(約16.22%)まで減少して、7日プランを利用する人は2人(約5.40%)である。

埼玉県和光市の場合、日帰りプランを利用する人は全部 90 人の中で 88 人(約 97.78%)である。それに対して、3 日プランを利用する人は 17 人(約 18.89%)まで減少して、7 日プランを利用する人はない。

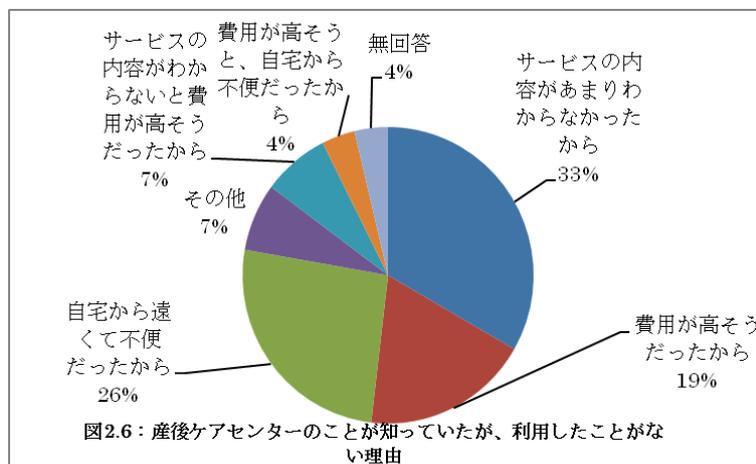
青森県の場合、日帰りプランを利用する人は全部 41 人の中で 39 人(約 95.12%)である。それに対して、3 日プランを利用する人は 10 人(約 24.39%)まで減少して、7 日プランを利用する人は 1 人(約 2.44%)である。

山口県の場合、日帰りプランを利用する人は全部 33 人の中で 30 人(約 90.91%)である。それに対して、3 日プランを利用する人は 6 人(約 18.18%)まで減少して、7 日プランを利用する人は 2 人(約 6.06%)である。

そして、当センターの存知についても利用することに対して重要である。結果は図 2.5 の通りである。産後ケアを提供している施設のことを知っているかと質問した(アンケートの間 11)。89%の人は知らなかったと答えた。(各フィールドの結果は別紙 1 の図 20、22、24、26 である。)

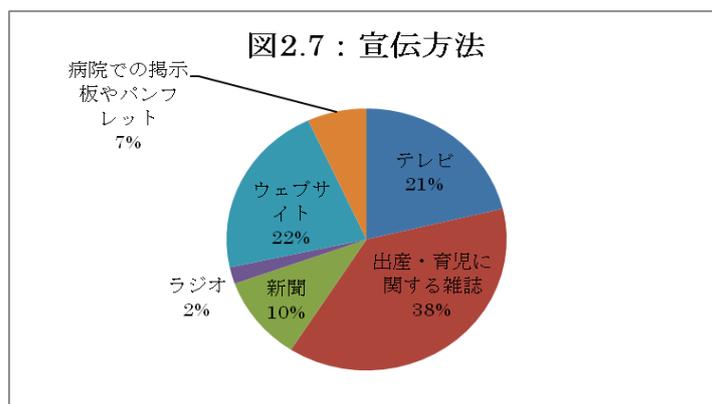


産後ケアセンターは導入したばかりの施設ため、知らなかったと答えた人は圧倒的に多い。また、産後ケアセンターの存在を知っていた方がもっと利用するように、知ったが利用したことがない理由を明確化し、改善する必要がある(図 2.6)。

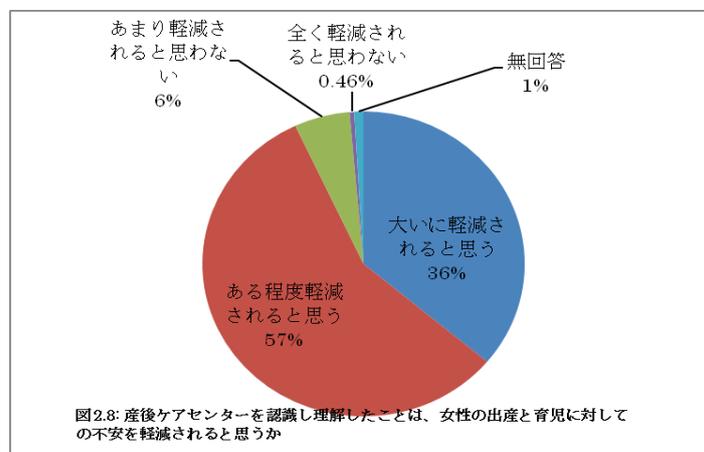


サービスの内容が良くわからなかった理由が多くて 33%、続いては自宅から遠くて不便 26%、費用が高そうだったから 19%。その結果からみれば、産後ケアセンターのことをもっと人々に知られるように宣伝が必要ではないかと思う。それに、もっと、利用できるように、他の地域に産後ケアセンターをもっと開くことが必要ではないかと思う。各フィールドの結果は別紙 1 の図 21、23、25、27 である。

宣伝が必要としたら、どのような方法が有効になると思うか、質問した(アンケートの間 17)。結果は図 2.7 の通り。出産・育児に関する雑誌 38%、ウェブサイト 22%、テレビの CM 21%、新聞 10%、病院での掲示板やパンフレット 7% である。各フィールドの結果は別紙 1 の図 28 から図 31 までの通りである。



最後に、産後ケアセンターを認識し理解したことは、女性の出産と育児に対しての不安を軽減されると思うか、質問した。(アンケートの間 16) 結果は図 2.7 の通りです。



36%と 57%の回答者は「大いに軽減されると思う」と「ある程度軽減されると思う」と答えた。つまり、93%の回答者は産後ケアセンターの存在を認識することで、女性の出産と育児に対しての不安を軽減され、プラスなイメージが示される。各フィールドの結果は別紙 1 の図 32 から図 35 までの通りである。

つぎの節は、アンケートの各項目の答えをクロス集計や相関係数を求めてみて、相関を調べる。

2.2.3 アンケートの分析

被説明変数として利用した変数は 4 つある。第一に、産後ケアセンターを利用する希望(ア

ンケートの間 9)である。第二に、支払い意思額(アンケートの間 15)である。第三に、産後ケアセンターの存知(アンケートの間 12)である。第四に、産後ケアセンターの出産と育児への不安を軽減する効果(アンケートの間 16)である。

1) 産後ケアセンターの利用する希望の回帰分析 (アンケートの間 9)

利用する希望は、現在産後ケアセンターで提供している各サービスをどの程度受けたいか 10 点満点で点数を付けてもらうアンケートの間 9 から平均を取った点数である。説明変数はアンケートからの各項目である年齢、所得、学歴、住んでいる地域、子供数、不安を軽減させる考え方、出産経験があった分娩施設である。回帰分析の結果は付録 1 の表 5 のようになる。単回帰(1)で、年齢は 99%有意水準で利用する希望と負の相関を持つことが指摘できる。つまり、若いほど、利用する希望が高くなる。単回帰(4)で、子供の数は 90%有意水準で利用する希望と負の相関を持つことが明らかである。つまり、子供の数が少なくなるほど、利用する希望が高くなる。単回帰(5)で、産後ケアが不安を軽減させる考え方は 95%有意水準で利用する希望と負の相関を持つことが指摘できる。(8)は、単回帰のところには有意になった 3 つの説明変数を重回帰を行ってみると、「子供数」の有意は無くなった。(7)は「年齢」と「産後ケアが不安を軽減させる考え方」だけ説明変数としての重回帰である。

2) 支払い意思額の回帰分析

内生性の問題 (この場合は、利用する希望がただ支払意思額に影響を与えることだけでなく、支払意思額も利用する希望に影響を与え、逆関係がありバイアスをもたらすという問題)があるため、二段階最小二乗法を利用する。第 1 段階に `sumdemand` を被説明変数として、年齢(`age`)と 子供数(`numberchild`)と不安を軽減する効果(`effect`)の説明変数で回帰を行った。`sumdemand_ft` はこの回帰の予測値(`fitted value`)である。第 2 段階、`ln_wtp` が被説明変数の方式に `sumdemand_ft` を一つの説明変数として、もう一度回帰を行った。回帰分析の結果は付録 1 の表 6 のようになる。単回帰の(3)方式の結果によると、利用する希望は 90% 有意水準で支払い意思額と正の相関を持っている。つまり、利用する希望が大きくなるほど、支払い意思額が高くなる。それに、短大卒のダミーは 95%有意水準で負の相関になり、短大卒の人は支払い意思額が低くなる傾向が見られる。

3) 産後ケアセンターの存知と属性

どのような属性を持っている人が産後ケアセンターのことを知っているかという質問を答えるために、クロス集計を取ってみた。

産後ケアセンターの存知と年齢

クロス集計の結果は表 2.3 になり、条件付のは表 2.4 である。年齢が高くなるほど、知らなかった傾向が多くなる。各フィールドに見れば、サンプルが少ない年齢階層を含まないなら、このような傾向が明らかになる。このような結果になるのは、産後ケアセンターがまだ導入されたばかりの施設だからかもしれない。

表 2.3 産後ケアセンターの存知と年齢

	知らなかった	知ったが、利用 したことがない	
24 歳以下	2	0	2
25 歳～29 歳	14	4	18
30 歳～34 歳	60	10	70
35 歳～39 歳	77	8	85
40 歳以上	65	6	71
	218	28	246

表 2.4 産後ケアセンターの存知と年齢(条件付)

	知らなかった	知ったが、利用したことがない
24 歳以下	1	0
25 歳～29 歳	0.78	0.22
30 歳～34 歳	0.86	0.14
35 歳～39 歳	0.91	0.09
40 歳以上	0.92	0.08

産後ケアセンターの存知と学歴

クロス集計の結果は表 2.5 になり、条件付のは表 2.6 である。学歴が高いほど、情報を入力する能力があるので、産後ケアセンターのことを学歴が低い人よりセンターのことをもっと知るのではないかと考えられた。しかし、結果はあまり関係がなさそうである。各フィールドに分けて分析した結果も同じ方向が見られた。(別紙 1 の表 15～22)

表 2.5 産後ケアセンターの存知と学歴

	知らなかった	知ったが、利用したことがない	
高校卒	57	6	66
短大卒	79	7	86
大学卒	75	9	84
大学院卒	7	3	10
	218	28	246

表 2.6 産後ケアセンターの存知と学歴(条件付)

	知らなかった	知ったが、利用したことがない
高校卒	0.86	0.14
短大卒	0.92	0.08
大学卒	0.89	0.11
大学院卒	0.70	0.30

産後ケアセンターの存知と出産経験があった分娩施設

クロス集計の結果は表 2.7 になり、条件付のは表 2.8 である。結果はあまり関係がなさそうである。各フィールドの結果も同じ方向が見られた。(別紙 1 の表 23~28)

表 2.7 産後ケアセンターの存知と出産経験があった分娩施設

	知らなかった	知ったが、利用した ことがない	
総合病院	111	17	128
個人病院	132	15	147
助産院	5	2	7
自宅	1	0	1
	249	34	283

表 2.8 産後ケアセンターの存知と出産経験があった分娩施設

	知らなかった	知ったが、利用したことがない
総合病院	0.87	0.13
個人病院	0.90	0.10
助産院	0.71	0.29
自宅	1.00	0.00

4) 産後ケアセンターの出産と育児への不安を軽減する効果

産後ケアセンターのことを知ることで女性の出産と育児への不安を軽減させることができるとする人は、どのような属性を持っている人か、という質問を答えるために、クロス集計を取ってみた。

学歴と産後ケアセンターの出産と育児への不安を軽減する効果

仮説は、学歴が低い人ほど、自分で情報を集める能力が乏しく、産後ケアセンターから不安を軽減する効果をもっと評価するのではないかと考えられる。アンケートの回答者の学歴と産後ケアセンターを知ることによって女性の出産と育児に対しての不安を軽減する効果(問 16)のクロス集計を取ってみると、結果は表 2.9 の通りである。条件付を取った結果は表 2.10 になる。全ての学歴の半分以上の回答者は産後ケアセンターの存在を知ることによって、「ある程度女性の不安が軽減される」と「大いに軽減される」と答えた。各学歴をみると、大学院卒のサンプルが少ない問題もあったが、学歴が高い人もかなり評価していると思う。各フィールドの分析は表 26~36 である。同じ傾向が見られた。

表 2.9 : 産後ケアセンターの出産と育児への不安を軽減する効果と学歴

	全く軽減される と思わない	あまり軽減され と思わない	ある程度軽減さ れると思う	大いに軽減される と思う	
高校卒	0	6	36	23	65
短大卒	0	6	47	34	87
大学卒	1	2	57	26	86
大学院卒	0	2	7	1	10
	1	16	147	84	248

表 2.10 : 産後ケアセンターの出産と育児への不安を軽減する効果と学歴(条件付)

	全く軽減される と思わない	あまり軽減され と思わない	ある程度軽減さ れると思う	大いに軽減される と思う
高校卒	0	0.09	0.55	0.35
短大卒	0	0.07	0.54	0.39
大学卒	0.01	0.02	0.66	0.30
大学院卒	0	0.20	0.70	0.10

産後ケアセンターの出産と育児への不安を軽減する効果と子供数

仮説は、子供の数が多い母親にとって、産後ケアセンターのことが不要と感じるのではないかと考えられる。アンケートの回答者の子供数と産後ケアセンターを知ることによって女性の出産と育児に対しての不安を軽減する効果(問 16)のクロス集計を取ってみると、結果は表 2.11 の通りである。条件付を取った結果は表 2.12 になる。子供数を問わず、半分以上の回答者は産後ケアセンターの存在を知ることによって、「ある程度女性の不安が軽減される」と「大いに軽減される」と答えた。各フィールドの分析は同じ傾向が見られた。(別紙 1 の表 37~44) それに、意外な結果になったのは、4 人の子供を持っている人は、「ある程度軽減されると思う」より「大いに軽減されると思う」と答えた人が多いことである。子供を 4 人以上持っている人はよく育児の大変さを理解できるため、評価しているのではないかと考えられる。

表 2.11 : 産後ケアセンターの出産と育児への不安を軽減する効果と子供の人数

	全く軽減される と思わない	あまり軽減され と思わない	ある程度軽減さ れると思う	大いに軽減される と思う	
0 人	0	0	1	0	1
1 人	0	8	62	33	103
2 人	1	5	62	42	110
3 人	0	2	21	6	29
4 人以上	0	1	2	4	7
	1	16	148	85	250

表 2.12 : 産後ケアセンターの出産と育児への不安を軽減する効果と子供の人数(条件付)

	全く軽減されると 思わない	あまり軽減される と思わない	ある程度軽減され ると思う	大いに軽減されると 思う
0人	0	0	1	0
1人	0	0.08	0.60	0.32
2人	0.01	0.05	0.56	0.38
3人	0	0.07	0.72	0.21
4人以上	0	0.14	0.29	0.57

2.3 アンケート調査に基づいた提案

産後ケアセンターを利用する希望という被説明変数の回帰分析からみると、年齢と子供数が負の係数が出たため、利用者になりやすいグループは、年齢が比較的若く、子供を持ち始める方である。それに、**effect** という変数は有意が出、産後ケアセンターを知ることによって女性の出産と育児への不安を軽減させると思っているほど、利用する希望が多くなる。だから、これからの産後ケアセンターの紹介(宣伝)に、産後ケアが不安を軽減させることが利用する希望に繋がるため、強調することが必要だと思う。

次は、支払い意思額の回帰分析の結果からみると、支払い意思額は年齢や学歴や所得との関係が見えない。しかし、利用する希望という変数が有意になった。利用する希望というのは、今センターで提供している各項目のサービスを評価してもらい、サービス内容を反映することである。だから、サービスの内容は人々の支払意思額に影響を与えることが見られる。それに、今提供していないが、デマンドがあるサービス、たとえば上の子の世話や子育て仲間作りや卒乳ケアなどのサービス項目を増やすことも興味深いことではないかと思う。

そして、産後ケアセンターの存知のクロス集計の結果から見ると、年齢が高くなると、産後ケアセンターのことが知らなくなる傾向が多いである。産後ケアセンターはまだ新しい施設だからである。多くの方にもっと知って、利用してもらうために、宣伝が必要と思う。アンケートの間 17 の結果から、出産と育児に関する雑誌とウェブサイトが有効な宣伝方法という声が多いである。

最後の被説明変数、産後ケアセンターの出産と育児への不安を軽減させる効果である。属性を問わず、大体の人は産後ケアセンターの効果をプラスなイメージで評価し、特に子供数が多い方だ(「ある程度軽減する」より「大いに軽減する」と答えた方がおおいである)。子供が多い方がなぜ非常に良く評価したのは、出産後のトラブルや育児の大変さを良く知るからである。子供数が少ない方、特に初産の方が実感できるように、産後にどんなトラブルが起こるか、育児の大変さがどのようなことか、産後の模擬を行ったことがいいと思う。初産や子供数が少ない母親はもっと良い評価をすることに繋がると思う。

第3章 少子化対策における助産院の役割

最近注目が集まった「社会的資本」あるいは「ソーシャル・キャピタル」は、色々な分野の文献で取り上げられている。パットナムによると、ソーシャル・キャピタルの蓄積によって自発的な協力が促進され、「囚人のジレンマ」、「フリー・ライダーの問題」、「コモングの悲劇」といった、いわゆる集合行為のジレンマのソフト的な解決をもたらすとした。さらに、経済・社会の各面で望ましい成果をもたらす具体的な可能性として、子供の教育成果の向上、近隣の治安の向上、経済発展、健康と幸福感の向上、民主主義の機能化・よりよい政府の実現などにつながると指摘されている(稲葉, 2008: 20-23)。

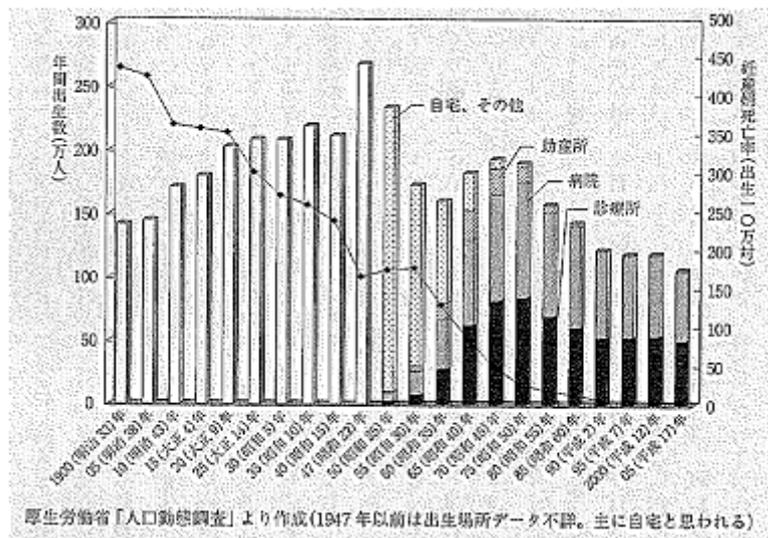
70年代から日本のソーシャル・キャピタルが減少しているという懸念があった。内閣府・国民生活局の調査によると、1978年から1996年までの約20年の間に、ネットワークを中心とするソーシャル・キャピタルが減少する傾向が明らかになる(内閣府国民生活局, 2003: 67-72)。(しかし、ソーシャル・キャピタル全体は減少したか、まだ指摘できない。この点の詳しくは第3節に述べる。) この期間の日本の母子保健を振り返ってみると、病院出産が進むと共に、助産院の数が減少しつつある。この2つの社会現象が同時に起こったのは偶然に見えるかもしれないが、そうではないなら助産院がソーシャル・キャピタルの形成を促進する役割を示すことになるかもしれない。

この章の目的は、文献サーベイを通して助産院がソーシャル・キャピタルの形成に貢献する可能性を示し、ソーシャル・キャピタルがどのように出生率に影響を与えるかということを確認することである。まず、日本の助産院の現状の説明から始め、次にソーシャル・キャピタルという概念を紹介する。その後、保育所のケースを通じてどのような環境の下でソーシャル・キャピタルが形成したかを説明し、助産院がそのような環境を作り出す可能性について検討する。最後にソーシャル・キャピタルと出生率の間にどのような相関を持っているか、それに関連する文献を紹介する。

3.1 現状日本の助産院

助産院は明治時代から日本の母子保健とともに存在し、戦後から助産院で出生数は次第に増えたが、1975年から急減し、減少する一方である(図3.1)。2004年厚生労働省のデータによると、全国の助産院数は722カ所となっている。分娩を扱っている有床施設は一部で、決して多くはない。日本助産師会の会員調べでは、270カ所しかない。それも東京、大阪など都市部に集中している。助産院出産の件数は90年代から年間約1万~1万2千人の間を推移し、出産全体のたった1%である(河合, 2007: 10-12)。

図 3.1：日本における出生場所別出生数と妊産婦死亡率の推移



3.2 ソーシャル・キャピタル

まず、「ソーシャル・キャピタル」という概念を説明する必要がある。ソーシャル・キャピタルの定義は様々ある。たとえば、パットナムによる「ソーシャル・キャピタル」とは、「協調的行動を容易にすることにより社会の効率を改善しうる信頼、規範、ネットワークなどの社会的仕組みの特徴」ということである。

ソーシャル・キャピタルのタイプを分け方も様々である。一般的にはソーシャル・キャピタルの性質によって区別し、結合型 (Bonding type) と橋渡し型 (Bridging type)、2つの種類に分ける。結合型のソーシャル・キャピタルとは、家族内や民族グループ内をはじめ、組織の内部における人と人との同質的な結びつきで、内部で信頼や協力、結束を生むものである。橋渡し型ソーシャル・キャピタルとは、異なる組織間における異質な人や組織を結びつけるネットワークであるとされている。たとえば、知り合い、友達との友達である(内閣府国民生活局, 2003: 17-18)。

ソーシャル・キャピタルの構成要素である信頼、規範、ネットワークを見ると、これらは市場での売買などが伴っていなくても、個人や企業などの経済主体の行動に影響を与え、社会で重要な役割を演じている。たとえば、若林によれば、ソーシャル・キャピタルの構成要素の信頼は、組織間で見ると、組織間の合意の履行を保障する制度への信頼性を示す「制度的信頼」、相手組織の能力への信頼性を示す「能力的信頼」、相手組織の意図に関する「意図的信頼」の3つがあるが、これらはいずれも市場での取り引きに完璧に反映されるものではない。しかし、企業の行動はこれらによって大きく左右される。つまり、市場を通じない様々な経済主体の行動に影響を与えるのだから、経済学でいう外部性を持っている。しかも、ソーシャル・キャピタルの外部性は以下の5つの視点から、通常的外部性とその性格を異にしている(稲葉, 2008: 24-25)。

第1に、ソーシャル・キャピタルにおける外部性は、個人や企業間の社会文脈の中で成立している。公園が隣に存在する人は、それによって市場を通じない満足度(外部経

済)を単独でも得ることができるが、ソーシャル・キャピタルの外部性を享受するためには必ず他者とのなんらかの社会的関係を必要とする。例えば、信頼は社会全般に対するものでも、特定の組織や個人に対するものでも、いずれもその主体が存在する社会の中ではじめて意味を持つ。同様に互酬性の規範もネットワークも、いずれも他者が存在しているから成立する。

第2に、ソーシャル・キャピタルにおいて得られる外部性の質は、社会的文脈の中で個人や企業の相対的位置に影響される。つまり、社会やネットワークにおけるその人や組織の社会的文脈の中の相対的な位置によって、得られる外部性が異なる。過去の実証研究によれば、ボンディングなソーシャル・キャピタルは結束を強化する外部性を持つ傾向があるが、ブリッジングなソーシャル・キャピタルは情報の伝播や評判の流布において強い外部性を持つとされている。偶然にしろ、意図したにしろ、個人や企業がおかれた社会的文脈における相対的な位置が、ソーシャル・キャピタルの外部性の質を決める。

第3に、ソーシャル・キャピタルにおける外部性は、公害などの物理的な外部性と異なり、*cognitive* な能力に負うものである。つまり、人々の心に働きかけて、人々が認識してはじめて持つという意味で、「心の外部性」である。

第4に、心の外部性であるから、あえて市場に内部化しないことに価値があるケースが多い。通常なら外部性は、外部性にしろ外部不経済にしろ、制度的工夫により市場に内部化できる。公害なら、排出者に課税するか、補助金を出してやめさせるかの施策があろう。公園の隣人が享受する外部経済は、地価の上昇で一部内部化できる。いずれにしても市場に内部化させる対応が可能であり、かつ資源配分の効率性の観点からも妥当である。しかし、ソーシャル・キャピタルにおける外部性は、「心の外部性」だからこそ、おおくの場合は内部化しないことに大きな価値がある。他人から好意を受けて、すぐに財布を取り出して支払うのでは意味が無いのである。満員電車でお年寄りに席を譲ったからといって、席を譲られたお年寄りも、その好意を受けて現金を支払ったりしないし、逆に席を譲る者がすぐに対価を要求するのではソーシャル・キャピタルは崩壊してしまう。ソーシャル・キャピタルそのものを毀損してしまう可能性が高い。従ってソーシャル・キャピタルにおける外部性は市場に内部化はできるが、むしろ市場を補完するものとして内部化しないほうが良いことが多い。

第5に、ソーシャル・キャピタルにおける外部性はスピル・オーバー(波及)効果が高い。教育や技術革新における外部性はスピル・オーバー効果が中心になるが、それと同様に、心の外部性にも、スピル・オーバー効果がある。人は必ず「類は友を呼ぶ(*homophily*)」性向がある。つまり、人々は何がしか自分に類似した者同士のネットワークの中では、情報が伝播しやすい。彼はこれに加えて、人々の特定の個人への評価は第3者の判断に影響され、その結果、信頼や不信が増幅されることを指摘している。その上、個人はネットワークに内在するスモールワールド現象により、結果的に自分の限られた交際範囲を超えた広範な人々と間接的に結びついている。また、ネットワークを介在しなくとも、テレビ、インターネットやその他のメディアを通じて人は影響を受ける。その結果、信頼はより一層強い信頼を生み、その損失は一層の信頼の失墜を招く。規範も同様にスピ

ル・オーバー効果がある。(稲葉, 2008: 16-18)

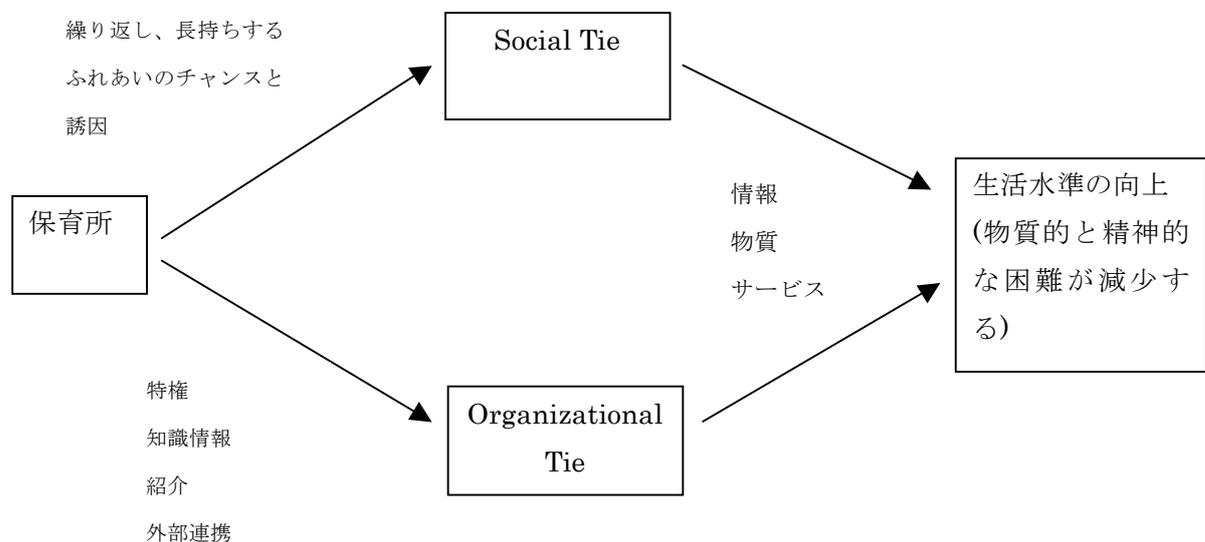
3.3 ソーシャル・キャピタルが形成された環境

次は、ソーシャル・キャピタルがどのような環境の下で形成されたかという疑問に答えるために、関連する文献を紹介する。Dr. Small の「Unanticipated Gain: origins of network inequality in everyday life」によると、人々のソーシャルキャピタルは、基本的にその人々が日常に参加する組織に依存し、組織が色々なメカニズムを通して、ネットワークを作り出すことによって生まれるもの。米国の保育所(Childcare Center)のケースとして、このようなプロセスが説明された(Small,2009 : 3-6)。

この本のソーシャル・キャピタルの定義はパットナムの定義のように、ソーシャル・キャピタルを3つの要素にはっきり分けず、「社会の中にあるつながりから引き出す資源」と定義した。保育所が作り出したつながりは social tie と organizational tie、2つに分けられる。Social tie とは、人と人の間のつながりである。具体的に言えば、保育所が作り出した環境の下でどのように人と人の間につながりつまり友情を作り出すかという質問である。一方 Organizational tie とは、保育所が自分のネットワークを使い、自分のメンバーと役に立つ資源を所有している他の組織のつながりを作り出し、メンバーのネットワークを広げさせることである。

子供を保育所に入所させた両親は social tie と organizational tie 両方を通して、ソーシャル・キャピタルを入手し、自分の生活水準を向上させることができる。イメージとしては下記の図 3.2 通りである(著者が作成した図である)。

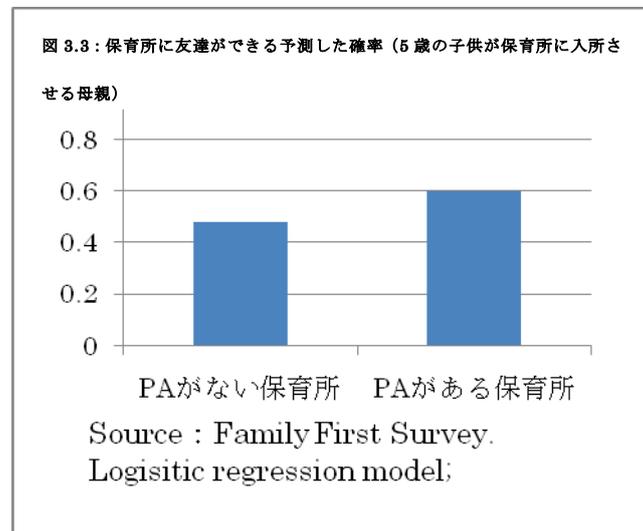
図 3.2 : ソーシャル・キャピタルの形成から利用するプロセスまで



3.3.1 Social Tie

保育所は、保育所の活動に両親の参加を求めることを通して、両親の間に触れ合うチャンスと誘因を与えた。このような活動とは、たとえば父母会の会議やフィールド・トリップや募金活動である。面接調査によると、このような活動を通して、両親の間に友情が形成されたことが多いそうである(Small,2009 : 51-83)。

保育所が与えたチャンスは両親の間に友情を形成することに影響を与えるかどうかということを検証するために、統計的なデータが必要である。父母会の存在は、保育所与えるチャンスと誘因の proxy として扱われ、父母会がある保育所に子供を入所させる両親は保育所に友達ができる予測した確立は約 6 割である。一方で、父母会がない保育所の両親は 48% である(図 3.3)。12%の差は統計的に有意になった(Small,2009 : 75-76)。



それに、保育所に子供を入所させる両親が保育所に友達を作りやすい要素はまた 2 つある。第一に、**Homophily** とは、人は自分と似ている人と付き合う傾向があるという社会学的な概念である。同じ保育所にいる両親がかなり似ている背景を持っているのは、ただ偶然ではなく、組織的な誘因である。保育所はほぼ同じ所得階層の人々や保育所の近くの住民の客を引きつける傾向がある。第二に、友情を作り出すために、時間と頻度が必要だ。フィールド・トリップをはじめ、両親がお互いに触れ合う時間と頻度両方とも与える活動である。保育所に生まれた両親の間のつき合いは 3 つのタイプに分けられる(表 3.4)。

表 3.1 : 保育所に生まれる 3 つのタイプの両親のつき合い

Standard intimates	Compartmental intimates	Non-intimates
つながりのタイプ		
強い、範囲がない	強い、範囲がある	弱い
会話のトピック		
子育てや家族のトピックを超える	子育てや家族のトピックを超えない	子育てや家族のトピックを超えない
活動		
子育てや家族に関する活動に超え、プライベートの活動（映画、ディナー）	子育てや家族に関する活動に超えない(子守り)	—
インタラクションの場所		
保育所以外の場所	保育所以外の場所(子育ての範囲以内)	保育所以内だけ

出所 : Small,2009 : 95-98

社会学の理論によると、強いつながりは重要なサポートの起源になる。それに対して、弱いつながりはただ情報の起源である。しかし、保育所が作り出した環境の下で、弱いつながりでもソーシャル・サポートに導くことができる。保育所は両親の間の信頼やお互いにサポートする責任感を作り出した。

Coleman のモデルによると、信頼するために、情報が必要である。このモデルによると、もし信頼すると良い確立が信頼して悪いことが起こる確率より多いならば、人は信頼する。つまり、リスクが低いという情報を持てば、信頼する(Small,2009 : 108)。

しかしながら、面接調査によるとたくさんの両親が親しくなく、ただ子供を迎える時に顔が合わせた両親を信頼すると答えた。この場合、人が他人に信頼するかどうかただつながりの強さだけではなく、触れ合いの頻度も影響を与える。このような理論は社会心理学では証明され、触れ合いの頻度と信頼性が正の相関があるようである。

3.3.2 Organizational Ties

保育所はただ両親の間に触れ合いのチャンスを与えるだけではなく、保育所のメンバーになっている両親と資源豊かな組織のつながりを与える。両親に対して資源豊かな組織とは、たとえば小学校や子育てに関する公共機関などである。両親がその組織からもらえる資源は、情報、サービス、物質 3 つ種類に分けられる。保育所が仲介として、両親と豊かな組織をつなげるメカニズムは 4 つのルートに区別できる。第一に、特権(Validation)は保育所を利用している両親が博物館の観覧料金の割引をもらえることをはじめ、保育所のメンバーとして色々な特権を貰うことである。第二に、知識情報(Storage)は保育所が子供の栄養管理や育児の知識袋など両親に役に立つ情報が集まったところのことである。第三に、紹介(Referral) は保育所が外部の専門職を紹介することである。第四に、外部連携

(Collaboration)は 保育所が栄養士を招待し、両親に子供の食事についてのセミナーを開くことなど、外部の組織と協力し、両親に役に立つ活動を行うことである(Small,2009 : 129-156)。

3.3.3 ソーシャル・キャピタルと生活水準の向上

米国の Fragile Families and child well-being Study という統計(サンプルサイズは約 3,500 である)に基づいて、回帰分析の結果で、物質的や精神的な困難は保育所に子供を入所させることと負の相関を持っていることが明らかである。

物質的な困難は予測した困難スゴールを被説明変数として利用し、子供を保育所に入所させることなどを説明変数として用いられた。(予測した困難スゴールは物質的な困難を指摘できる色々な質問からまとめた指標である。このような質問は例えば、この1年以内に家賃を全額払えなかったり、光熱の利用を中止されたりする経験があるかという質問である。) 回帰分析の結果は付録2の表1のようになる。

入所させて、他の両親と付き合っ、物質的な困難を減少する傾向があった。このような傾向は貧困な母と貧困ではない母両方とも効果が明らかである。しかし、入所させたが、施設内に友達を作らない場合でも有意になったのは貧困な母だけです。保育所が social tie と organizational tie を作り出した組織である。保育所を入所させても、両親が友達を作らないことは social ties が生まれなかったということが、両親が何もやらなくても保育所が自発的に作り出した organizational tie はまだ残っている。Organizational tie は貧困な母親と貧困ではない母親に効果が違う。貧困な母親の場合、組織が作った Organization Ties から貰った博物館の割引券や栄養指導のゼミからの知識がかなり価値がある。一方、貧困ではない母はもうある程度お金を持っているため、組織が貰う博物館の割引券などそのような便益があまり関心がないと考えられる。貧困ではない母親にとって友達ができる social tie からこそ便益をもらえる(Small,2009 : 40-45)。

精神的な困難のほうは鬱を測れる心理学のアンケートの回答からまとめ、鬱になったオッズが被説明変数として扱われ、説明変数は物質的困難と同じである。(付録2の表2)。結果も物質的な困難と似ている。入所させて、両親が他の両親と付き合うことで、精神的なサポートをもらえる(Small,2009 : 46-47)。

助産院では産前から産後までのお母さんの集まり場所になる。色々な子育てについてのセミナーや子供サロンなど行うところなので、保育所のように母親がお互いに触れ合いチャンスを与えて、ネットワークが作れるような雰囲気、ソーシャル・キャピタルが形成される可能性がある施設である。次の節に形成されたソーシャル・キャピタルがどのように出生率に相関を持つか、関連の文献を紹介する。

3.4 ソーシャル・キャピタルと出生率

ソーシャル・キャピタルと出生率についての関連は様々な分析レベルに行われた。日本のケースは2001年に内閣府・国民生活局による定量的分析が合計特殊出生率とソーシャル・キャピタルの相関を示した(内閣府国民生活局,2003 : 37-41)。今回の研究ではソーシャル・キャピタルを測定するために、アンケート調査が行われた(表3.2)。

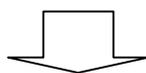
表 3.2 ソーシャル・キャピタルアンケート調査の実施概要

	郵送アンケート	Web アンケート
調査手法	郵送発送・回収方式	Web アンケートサイト上での回答方式
調査対象	全国の20歳以上の男女3,800名(男女別、年齢別、地域ブロック別の層化抽出による)	全国15万人登録者のうちの2,000名
調査日時	平成15年2月25日～3月10日	プレ調査(200サンプル): 平成15年1月14日～同20日 本調査(1,800サンプル): 平成15年2月6日～同12日
有効回数	1,878名	2,000名
設問内容	1. 他人への信頼について 2. 日常的な付き合いについて 3. 地域での活動状況について 4. 自身の生活状況と、個別の機関・人等への信頼・期待について 5. 回答者属性	

ソーシャル・キャピタルはの3つの構成要素に該当する個別指標は、アンケート調査項目から都道府県データとして、採用個別指標を図3.2のようになる。各戸別指標を相互比較が可能なように基準化(平均を0、標準偏差と分散を1となるように標準化)した後に、3要素それぞれについて採用する個別指標の単純平均をとり、これをそれぞれの構成要素の指標とした。さらに3構成要素それぞれの指標値を単純平均をとったものを求め、「統合指数」と呼ぶこととした。

図 3.3 面構成要素における個別指標

構成要素	サブ指標	採用する個別指標
I. ネットワーク (付き合い・交流)	(近隣での付き合い)	{ ① 近隣所との付き合いの程度 ② 近隣所と付き合いしている人の数 ③ 友人・知人との付き合いの頻度 ④ 親戚との付き合いの頻度 ⑤ スポーツ・趣味・娯楽活動への参加状況
	(社会的な交流) 単純平均値を算出 ↓	
II. 信頼	(一般的な信頼)	{ ⑥ 一般的な人への信頼 ⑦ 近所の人々への信頼度 ⑧ 友人・知人への信頼度 ⑨ 親戚への信頼度
	(相互信頼・相互扶助) 単純平均値を算出 ↓	
III. 互酬性の規範 (社会参加)	(社会活動への参加) 単純平均値を算出 ↓	{ ⑩ 地縁的な活動への参加状況 ⑪ ボランティア活動行動者率 ⑫ 人口一人当たり共同募金額



統合指数(I~IIIの個別指数の単純平均値)

その後、ソーシャル・キャピタルと合計特殊出生率の関係を分析するために、回帰分析が行われ、結果は付録2の表3である。ソーシャル・キャピタルの各要素の指標と総合指標(ソーシャル・キャピタル全体を表す指標)は合計特殊出生率と正の相関を持っている。つまり、ソーシャル・キャピタルが多くなると、合計特殊出生率が高くなる傾向があると指摘できる(内閣府国民生活局,2003:64)。

それに、ソーシャル・キャピタルと出生率の相関に関連する海外のケースの文献もたくさんある。例えば、Christoph Buhler and Dimiter Philipovの“Social Capital Related to Fertility: Theoretical foundations and Empirical Evidence from Bulgaria”という論文である。子の論文は、ブルガリアのケースを通じて、小さなサポート(日常なこと)、大切なサポート(子育ての手伝い)、お金を借りられること3つの種類の資源にアクセスできるソーシャル・キャピタルが子供を持つ意思決定にどのように影響を与えるかを検証する論文である。結果は、大切なサポートを与えるネットワークがあるソーシャル・キャピタルは、これから子供を産むことやこれから2人目3人目を有意に正の影響を与えます。それに対して、お金を借りられるネットワークがあるそういうソーシャルは産む意思決定と相関を持って

いない。小さなサポートは一人目と二人目は有意の結果ではないが、三人目を産む意思決定が正の影響を与える。なぜかという、子供人数が多くなると、日常な家事や子供に関することが増えるため、小さなサポートでも影響を与えるわけである(Buhler & Philipov, 2005:17-20)。

3.5 文献サーベイに基づいた提案

第4章の文献サーベイに保育所の例にを利用し、人々が参加している組織がどのようなメカニズムでソーシャル・キャピタルを形成するかが明らかになった。助産院では産前から産後までのお母さんの集まり場所になる。色々な子育てについてのゼミナーや子供サロンなど行うところなので、保育所のように母親がお互いに触れ合いチャンスを与え、ネットワークが作れそうな雰囲気、ソーシャル・キャピタルが形成される可能性がある施設である。ソーシャル・キャピタルは出生率に正の相関がある。ソーシャル・キャピタルが多い地方は、出生率も高い傾向がある。だから、助産院がソーシャル・キャピタルを形成する貢献は長期的に出生率を回復することに繋がるだろう。助産院の利用を積極的に促進し、長期的な少子化対策として取り込むべきと思う。

第4章 、終わりに

この章では行ったアンケート調査と文献サーベイの結果とそれぞれに基づいた提案や今後の課題と展望をまとめる。

4.1 アンケート調査の結果と提案

産後ケアセンターのことについてアンケート調査を実施したことにより、利用者になりやすいグループは、年齢が比較的若く、子供を持ち始めたばかり方であることがわかった。それに、産後ケアが不安を軽減させると考えるほど、利用する希望が高まるという傾向がある。支払い意思額については、産後ケアサービス内容を評価する利用希望と関連があった。つまり、当センターケアサービスを受けたいと評価するほど、支払い意思額が高くなるということが見られた。さらに、短大卒の人は支払い意思額が低くなる傾向が見られた。産後ケアセンターの出産と育児への不安を軽減させる効果に関しては、属性を問わず、大体の人は産後ケアセンターの効果をプラスなイメージで評価し、特に子供数が多い方である。産後ケアセンターの存知について、産後ケアセンターが2008年設立したばかりなので、9割弱の回答者がまだ知らないと答えた。その結果に基づいて次の4つの提案を提示する。

- 1) 産後ケアセンターはまだ新しい施設なので、利用してもらうために、宣伝が必要。出産と育児に関する雑誌とウェブサイトが有効な宣伝方法という声が多い。
- 2) 産後ケアが不安を軽減させることが利用に繋がるため、これからの産後ケアセンターの宣伝において強調することが必要である。
- 3) サービスの内容は人々の支払意思額に影響を与えることが見られた。今提供していないが、デマンドがあるサービス、たとえば上の子の世話や子育て仲間作りや卒乳ケアなどのサービス項目を増やすことも検討すべき。
- 4) 妊婦たちが産後のシミュレーションのゼミを行うこと。子供が多い方に評価がよかった理由は、出産後のトラブルや育児の大変さを良くわかるからである。子供数が少ない方、特に初産の方が実感できるように、産後にどんなトラブルが起こりやすいか、育児の大変さがどのようなことか、産後のシミュレーションを行ったことがいいと思う。初産や子供数が少ない母親はもっと良い評価と利用に繋がるはずである。

4.2 文献サーベイの結果と提案

紹介した文献に保育所の例にを利用し、人々が参加している組織は **social ties** と **organizational ties** を通じて、ソーシャル・キャピタルを形成することが明らかになった。助産院は産前から産後までのお母さんの集まり場所になっている。色々な子育てについてのゼミナーや子供サロンなどを行うところなので、保育所のように母親がお互いに触れ合いチャンスを与え、ネットワークが作れそうな雰囲気、ソーシャル・キャピタルが形成される可能性がある施設である。ソーシャル・キャピタルは出生率に正の相関がある。ソーシャル・キャピタルが多い地方は、出生率も高い傾向がある。だから、助産院がソー

シャル・キャピタルを形成することは長期的に出生率の回復にも繋がると思われる。産科医不足や産科閉鎖の状態が進んでいる現代に、再びに助産院に注目が集められた。助産院の利用を積極的に促進し、それらの問題を軽減する方法のみならず、長期的な少子化対策として取り込むべきと思う。

4.3 今後の課題と展望

産後ケアについては、支払い意思額の分析のところに短大卒の人が支払い意思額が低くなる傾向が見られた。その原因について、今後もっと詳しく調べる必要がある。助産院について、助産院の役割と出生率の相関をもっと詳しく調べるために、更なるアンケート調査が必要と思われる。

付録 1

該当する記号を、○で囲んでください。

問1 年齢を教えてください。

- (1) 24歳以下 (2) 25歳～29歳 (3) 30歳～34歳
(4) 35歳～39歳 (5) 40歳以上

問2 現在、住んでいる都道府県を教えてください。

- (1) 東京都
(2) 東京都以外（神奈川・埼玉・千葉・茨城・その他_____）

問3 最終学歴を教えてください。

- (1) 中学校卒 (2) 高等学校卒
(3) 短大・専門学校卒 (4) 大学卒
(5) 大学院卒 (6) その他（ ）

問4 あなたの世帯年収を教えてください。

- (1) 300万円未満 (2) 300万～500万円未満
(3) 500万～700万円未満 (4) 700万～1000万円未満
(5) 1000万円以上

問5 あなたの職業を教えてください。

- (1) 会社員 (2) 公務員 (3) 自営業
(4) パート、アルバイト (5) 専業主婦 (6) 無職
(7) その他 _____

問6 あなたは結婚していますか？

- (1) 結婚している。（事実婚含む） (2) 離婚した。
(3) 独身である（結婚したことはない）。

問7 あなたには子供がいますか？

- (1) いる
 ① 1人 ② 2人 ③ 3人 ④ 4人以上
(2) いない

問8 出産経験のある方、出産はどこで行いましたか？（複数回答可）

- (1) 総合病院、大学付属病院
(2) 個人病院、診療所

- (3) 助産院
- (4) 自宅
- (5) その他 ()

問9 現在、産後ケアセンターでは、以下のようなサービスが提供されています。次の産後ケアサービスをどの程度受けたいかについて、10点満点で教えて下さい。(受けたくないあるいは興味がないサービスは0点として下さい。)

- (1) 乳房ケア・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 点
- (2) 産後エクササイズ(例えば、産後ヨガ)・・・・・・ 点
- (3) 心理士相談・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 点
- (4) リラックス方法(例えば、アロマトリートメント)・・・ 点
- (5) 授乳方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 点
- (6) 沐浴指導・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 点
- (7) 育児相談・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 点
- (8) 発育・発達チェック・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 点
- (9) ベビースキンケア・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 点
- (10) ベビーマッサージ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 点

問10 問9のサービスのリストにはないもので、あったら良いと思う産後ケアサービスがありましたら教えて下さい。

問11 産後ケアを提供する宿泊型施設で、夫と上の子供も一緒に泊まれるような形態をどう思いますか？

- (1) 是非欲しい。
- (2) ある程度欲しい。
- (3) あまり欲しくない。
- (4) 全く欲しくない。

問12 あなたは産後ケアを提供している施設のことを知っていましたか？

- (1) 知らなかった。⇒問15に続けてください。
- (2) 知っていたが、利用したことがない。⇒問13に続けてください。
- (3) 知っており、利用したことがある。⇒問14に続けてください。

問13 問12で(2)と答えた方へ。

まだ利用したことがない理由は何ですか？

- (1) どのようなサービスがあるかよくわからなかったから。
- (2) 費用が高そうだったから。

(3) 自宅から遠くて不便だったから。

(4) その他 _____

⇒問 15 に続けてください。

問 14 問 12 で(3)と答えた方（産後ケアセンターのサービスを受けた経験のある方）へ。
改善してもらいたいサービスや、足りない部分などがあったら教えて下さい。

⇒問 15 に続けてください。

問 15 問 9 のような産後ケアセンターのサービスを受けられるなら、産後ケアサービスの料金や部屋代や食事代を含めて、総合的にいくらまで払ってもよいと思いますか？

_____円

⇒問 16 に続けて下さい。

問 16 問 9 のようなサービスを提供する産後ケアセンターを利用することで、出産や育児に関する女性の不安が軽減されると思いますか。

- (1) 大いに軽減されると思う。
- (2) ある程度軽減されると思う。
- (3) あまり軽減されるとは思わない。
- (4) 全く軽減されるとは思わない。

問 17 産後ケアセンターを宣伝するとしたら、どの方法が効果的だと思いますか？
(複数回答可)

- (1) テレビ
- (2) 出産・育児に関する雑誌
- (3) 新聞
- (4) ラジオ
- (5) ウェブサイト
- (6) その他 _____

図1：回答者の年齢

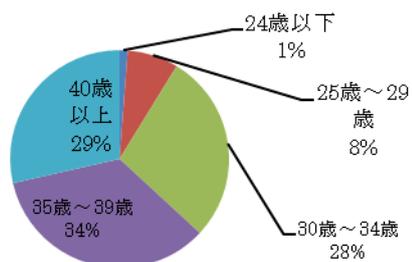


図2：回答者の住んでいる都道府県

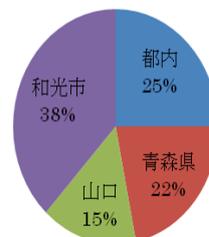


図3：回答者の学歴

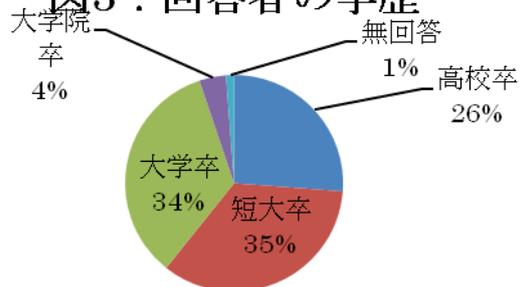


図4：回答者の世帯所得

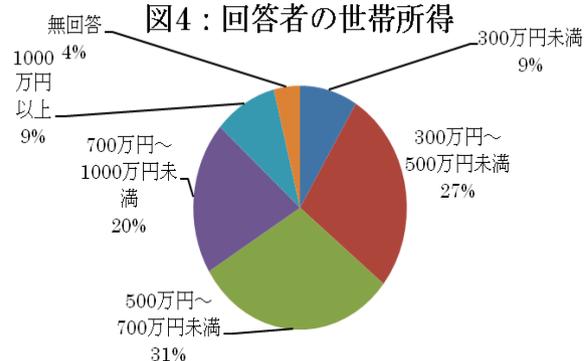


図5：回答者の職業

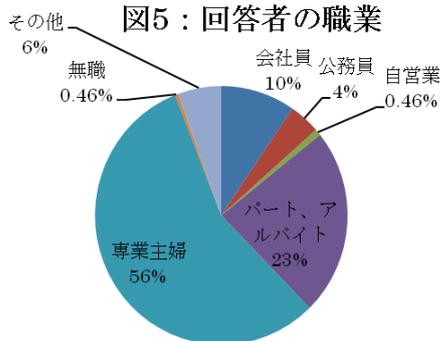


図6：回答者の婚姻

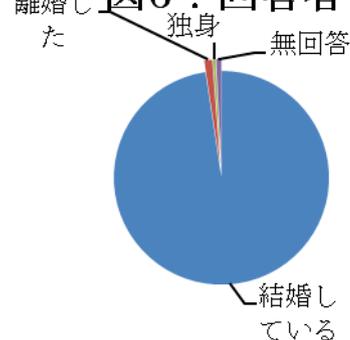


図7：回答者の子供の数

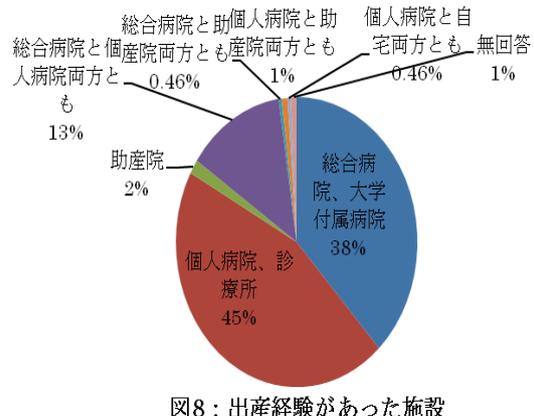
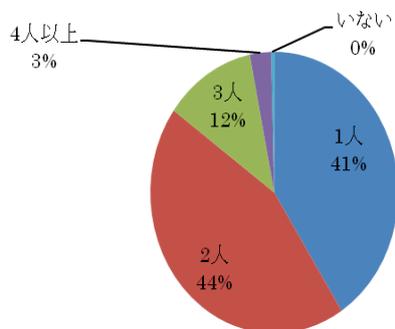


図8：出産経験があった施設

表 1：受けたい産後ケアのランキング

(東京都内)

位	サービス内容	平均点数
1	発育・発達チェック	8.136
2	乳房ケア	7.841
3	育児相談	7.818
4	授乳方法	7.500
5	産後エクササイズ	7.318
6	沐浴指導	6.568
7	ベビースキンケア	6.477
8	ベビーマッサージ	6.455
9	リラックス方法	6.273
10	心理士相談	5.318

表 2：受けたい産後ケアのラン

(埼玉県和光市)

位	サービス内容	平均点数
1	発育・発達チェック	8.208
2	乳房ケア	8.104
3	育児相談	8.021
4	乳房ケア	7.635
5	産後エクササイズ	7.625
6	ベビースキンケア	6.958
7	ベビーマッサージ	6.792
8	リラックス方法	6.479
9	心理士相談	6.406
10	沐浴指導	6.198

表 3：受けたい産後ケアのランキング

(青森県)

位	サービス内容	平均点数
1	乳房ケア	8.528
2	産後エクササイズ	8.000
3	発育・発達チェック	7.830
4	育児相談	7.679
5	授乳方法	7.491
6	ベビーマッサージ	7.132
7	ベビースキンケア	7.000
8	沐浴指導	6.811
9	リラックス方法	6.736
10	心理士相談	6.170

表 4：受けたい産後ケアのラン

(山口県)

位	サービス内容	平均点数
1	乳房ケア	8.703
2	育児相談	7.865
3	授乳方法	7.838
4	産後エクササイズ	7.811
5	発育・発達チェック	7.649
6	ベビーマッサージ	7.081
7	ベビースキンケア	6.892
8	リラックス方法	6.757
9	沐浴指導	6.432
10	心理士相談	6.405

図9：夫と上の子ども同行可能の施設がほしいかどうか（東京都内）

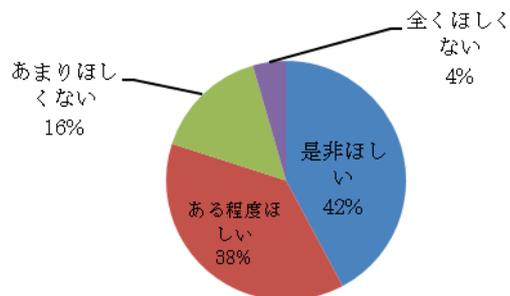


図10：夫と上の子ども同行可能の施設がほしいかどうか（埼玉県和光市）

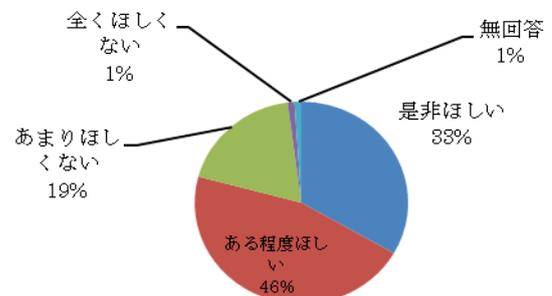


図11：夫と上の子ども同行可能の施設がほしいかどうか(青森県)

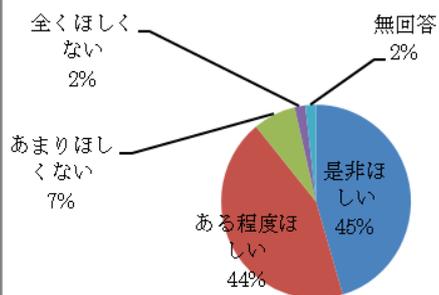


図11：夫と上の子ども同行可能の施設がほしいかどうか(山口県)

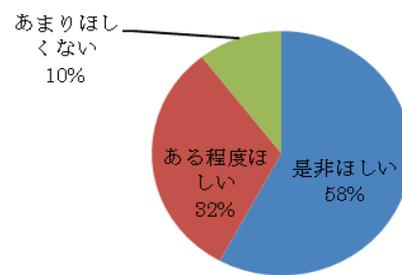


図20：産後ケアを提供している施設を知っているか
(東京都内)

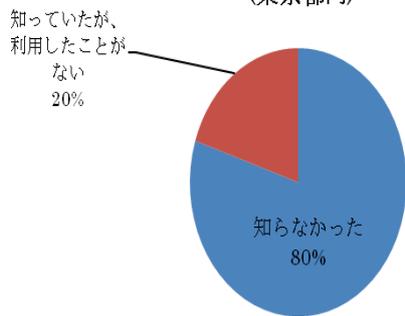


図21：産後ケアセンターのことが知っていたが、利用したことがない理由(東京都内)

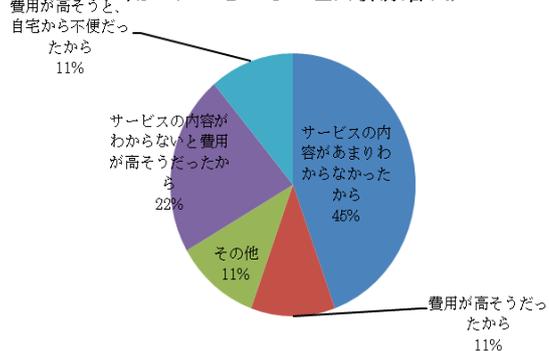


図22：産後ケアを提供している施設を知っているか
(埼玉県和光市)

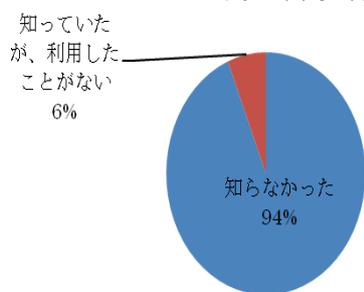


図23：産後ケアセンターのことが知っていたが、利用したことがない理由(埼玉県和光市)

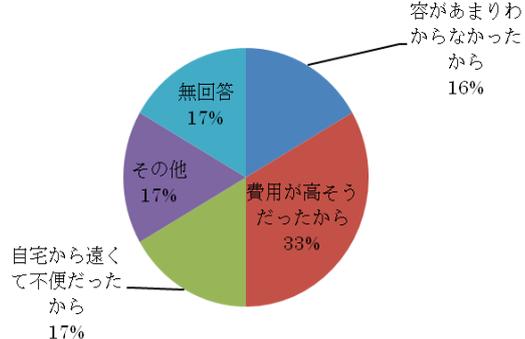


図24：産後ケアを提供している施設を知っているか
(青森県)

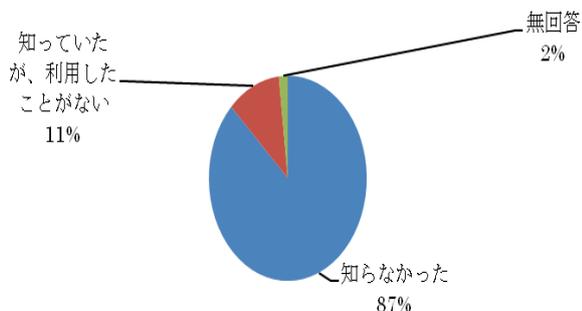


図25：産後ケアセンターのことが知っていたが、利用したことがない理由(青森県)

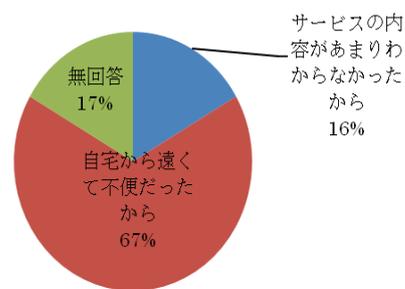


図26：産後ケアを提供している施設を知っているか
(山口県)

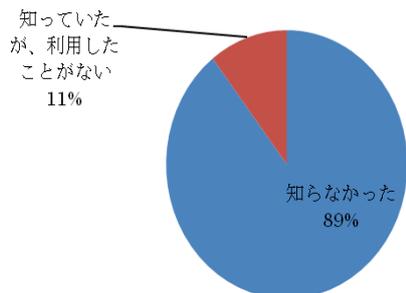


図27：産後ケアセンターのことが知っていたが、利用したことがない理由(山口県)

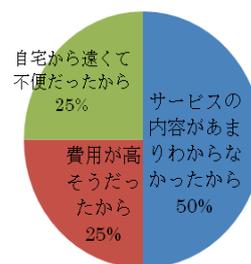


図28：宣伝方法（東京都内）

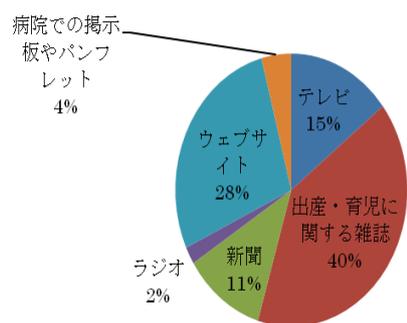


図29：宣伝方法（埼玉県和光市）

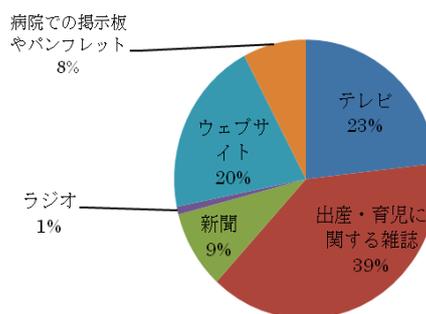


図30：宣伝方法（青森県）

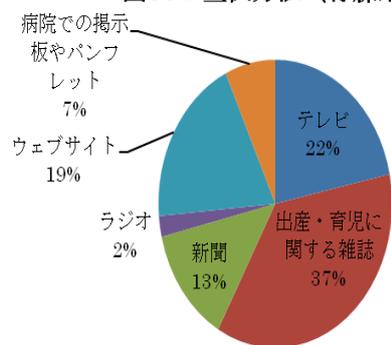


図31：宣伝方法（山口県）

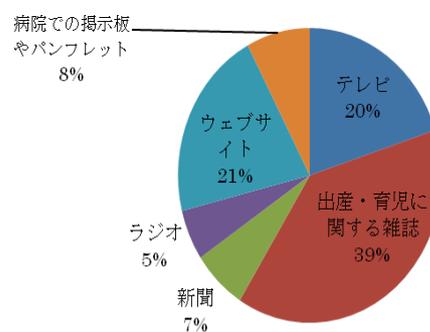


図32:産後ケアセンターを認識し理解したことは、女性の出産と育児に対しての不安を軽減されると思うか（東京都内）

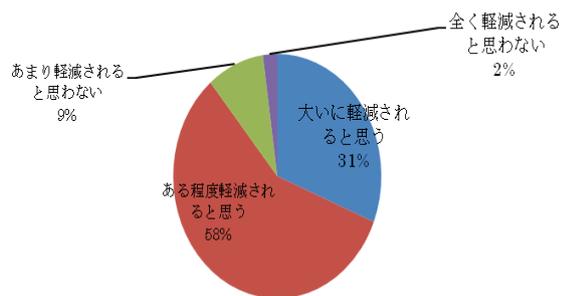


図33:産後ケアセンターを認識し理解したことは、女性の出産と育児に対しての不安を軽減されると思うか（山口県）

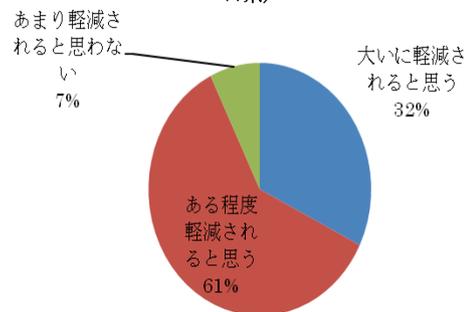


図34:産後ケアセンターを認識し理解したことは、女性の出産と育児に対しての不安を軽減されると思うか（青森県）

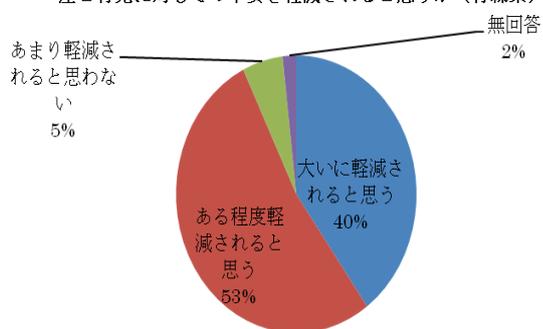


図35:産後ケアセンターを認識し理解したことは、女性の出産と育児に対しての不安を軽減されると思うか（山口県）

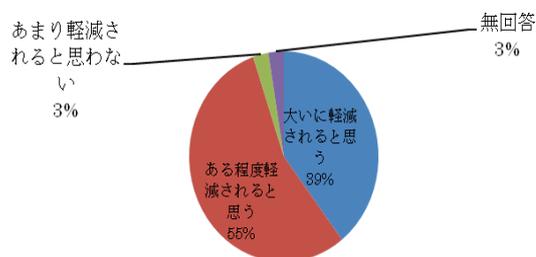


表 5 : 利用する希望(sumdemand)と他の変数の単回帰と重回帰

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Age	-0.471*** (0.125)							-0.457*** (0.128)	-0.407*** (0.127)	-0.436*** (0.125)
Income		-0.101 (0.108)								
College (短大卒のダミー)			-0.508 (0.313)							
Univ (大学卒のダミー)			-0.213 (0.297)							
Grad (大学院卒のダミー)			-1.207 (0.780)							
Numberchild (子供数)				-0.263* (0.157)				-0.111 (0.151)	-0.113 (0.148)	
Effect (産後ケアセンターの不安を軽減する効果)					-0.671*** (0.210)			-0.636*** (0.207)	-0.612*** (0.206)	-0.607*** (0.205)
public (総合病院で出産したことがあるダミー)						-0.303 (0.366)				
private (個人病院で出産したことがあるダミー)						0.115 (0.363)				
birthcenter						0.094				

birthcenter (助産院で出産したことがあるダミー)						0.094 (0.626)				
Aomori (青森県に住んでいるというダミー)							-0.133 (0.382)	-0.220 (0.376)		
Yamaguchi (山口に住んでいるというダミー)							-0.070 (0.406)	-0.539 (0.394)		
Wakoushi (埼玉県和光市に住んでいるというダミー)							-0.003 (0.300)	-0.032 (0.293)		
定数項	9.071*** (0.475)	7.571*** (0.346)	7.563*** (0.212)	7.729*** (0.304)	8.442*** (0.371)	7.331*** (0.307)	7.308*** (0.224)	10.460*** (0.610)	10.092*** (0.585)	9.997*** (0.565)
F 統計量	12.883	0.817	1.572	2.600	10.265	0.799	0.060	4.091	7.476	11.005
回帰標準誤差	1.857	1.905	1.897	1.897	1.867	1.906	1.916	1.831	1.828	1.826
自由度修正済み決定係数	0.049	-0.001	0.007	0.007	0.039	-0.003	-0.012	0.075	0.078	0.080

*** p < 0.01, ** p < 0.05, * p < 0.1、括弧にある数字は標準誤差である。

表 6：対数を取った支払い意思額(ln_WTP)の回帰分析

	1	2	3	4
Income		-0.013 (0.065)		
College (短大卒のダミー)				-0.453*** (0.193)
Univ (大学卒のダミー)				-0.195 (0.193)
Grad (大学院卒のダミー)				-0.397 (0.539)
Aomori (青森県に住んでいるというダミー)			-0.325 (0.205)	
Yamaguchi (山口に住んでいるというダミー)			-0.167 (0.344)	
Wakoushi (埼玉県和光市に住んでいるというダミー)			0.033 (0.173)	
Sumdemand_ft	0.254** (0.119)	0.230* (0.125)	0.269** (0.117)	0.247** (0.126)

定数項	8.068*** (0.893)	8.309*** (0.995)	8.021*** (0.892)	8.362*** (0.942)
F 統計量	5.465	2.209	2.334	3.047
回帰標準誤差	0.776	0.782	0.773	0.766
自由度修正済み 決定係数	0.037	0.021	0.044	0.066
観測値	117	117	117	117

*** p < 0.01, ** p < 0.05, * p < 0.1

表 7:産後ケアセンターの存知と年齢 (東京都内)
東京都内)

	知らなかった	知ったが、 利用したことが ない	
24 歳以下	3	0	3
25 歳～29 歳	0	1	1
30 歳～34 歳	7	5	12
35 歳～39 歳	13	2	15
40 歳以上	13	1	14

表 8:産後ケアセンターの存知と年齢(東
京都内)

	知らなかった	知ったが、 利用したことが ない
24 歳以下	1.00	0.00
25 歳～29 歳	0.00	1.00
30 歳～34 歳	0.58	0.42
35 歳～39 歳	0.87	0.13
40 歳以上	0.93	0.07

表 9 : 産後ケアセンターの存知と年齢 (埼玉県和光市)
埼玉県和光市)

	知らなかった	知ったが、 利用したことが ない	
24 歳以下	1	0	1
25 歳～29 歳	3	1	4
30 歳～34 歳	24	1	25
35 歳～39 歳	33	3	36
40 歳以上	29	1	30
	90	6	96

表 10 : 産後ケアセンターの存知と年齢(埼
玉県和光市)

	知らなかった	知ったが、 利用したことが ない
24 歳以下	1.00	0.00
25 歳～29 歳	0.75	0.25
30 歳～34 歳	0.96	0.04
35 歳～39 歳	0.92	0.08
40 歳以上	0.97	0.03

表 11:産後ケアセンターの存知と年齢 (青森県)

表 12:産後ケアセンターの存知と年齢(青
森県)

森県)

	知らなかった	知ったが、 利用したことが ない	
25歳～29歳	5	0	5
30歳～34歳	12	2	14
35歳～39歳	14	3	17
40歳以上	17	1	18
	48	6	54

表 13:産後ケアセンターの存知と年齢 (山口県)

	知らなかった	知ったが、 利用したことが ない	
24歳以下	1	0	1
25歳～29歳	5	2	7
30歳～34歳	16	1	17
35歳～39歳	10	0	10
40歳以上	2	1	3
	34	4	38

表 15:産後ケアセンターの存知と学歴 (東京都内)

	知らなかった	知ったが、 利用したことが ない	
高校卒	3	2	5
短大卒	12	1	13
大学卒	18	5	23
大学院卒	3	1	4
	36	9	45

表 17:産後ケアセンターの存知と学歴 (埼玉県和光市)

	知らなかった	知ったが、 利用したことが ない	
高校卒	26	2	28
短大卒	25	2	27
大学卒	37	2	39
	88	6	94

	知らなかった	知ったが、 利用したことが ない
25歳～29歳	1.00	0.00
30歳～34歳	0.86	0.14
35歳～39歳	0.82	0.18
40歳以上	0.94	0.06

表 14:産後ケアセンターの存知と年齢(山口県)

	知らなかった	知ったが、 利用したことが ない
24歳以下	1.00	0.00
25歳～29歳	0.71	0.29
30歳～34歳	0.94	0.06
35歳～39歳	1.00	0.00
40歳以上	0.67	0.33

表 16:産後ケアセンターの存知と学歴(東京都内)

	知らなかった	知ったが、 利用したことが ない
高校卒	0.60	0.40
短大卒	0.92	0.08
大学卒	0.78	0.22
大学院卒	0.75	0.25

表 18:産後ケアセンターの存知と学歴(埼玉県和光市)

	知らなかった	知ったが、 利用したことが ない
高校卒	0.93	0.07
短大卒	0.93	0.07
大学卒	0.95	0.05

表 19:産後ケアセンターの存知と学歴（青森県森県）

	知らなかった	知ったが、利用したことがない	
高校卒	14	2	16
短大卒	24	2	26
大学卒	9	1	10
大学院卒	1	1	2
	48	6	54

表 20:産後ケアセンターの存知と学歴(青森県)

	知らなかった	知ったが、利用したことがない
高校卒	0.88	0.13
短大卒	0.92	0.08
大学卒	0.90	0.10
大学院卒	0.50	0.50

表 21:産後ケアセンターの存知と学歴（山口県山口県）

	知らなかった	知ったが、利用したことがない	
高校卒	10	1	11
短大卒	12	2	14
大学卒	9	1	10
大学院卒	2	0	2
	33	4	37

表 22:産後ケアセンターの存知と学歴(山口県)

	知らなかった	知ったが、利用したことがない
高校卒	0.91	0.09
短大卒	0.86	0.14
大学卒	0.90	0.10
大学院卒	1.00	0.00

表 23:産後ケアセンターの存知と出産経験があった施設あった施設

(東京都内)

	知らなかった	知ったが、利用したことがない	
総合病院	22	5	27
個人病院	15	5	20
助産院	1	0	1
	38	10	48

表 24:産後ケアセンターの存知と出産経験があった施設

(東京都内)

	知らなかった	知ったが、利用したことがない
総合病院	0.81	0.19
個人病院	0.75	0.25
助産院	1.00	0.00

表 25:産後ケアセンターの存知と出産経験があった施設あった施設

(埼玉県和光市)

	知らなかった	知ったが、利用したことがない	
総合病院	35	4	39
個人病院	62	2	64
助産院	1	0	1
	98	6	104

表 26:産後ケアセンターの存知と出産経験があった施設

(埼玉県和光市)

	知らなかった	知ったが、利用したことがない
総合病院	0.90	0.10
個人病院	0.97	0.03
助産院	1.00	0.00

表 27：産後ケアセンターの存知と出産経験があった施設があった施

(青森県)

	知らなかった	知ったが、 利用したことが ない	
総合病院	22	5	27
個人病院	33	4	37
助産院	3	1	4
	58	10	68

表 28：産後ケアセンターの存知と出産経験

(青森県)

	知らなかった	知ったが、 利用したことが ない
総合病院	0.81	0.19
個人病院	0.89	0.11
助産院	0.75	0.25

表 27：産後ケアセンターの存知と出産経験があった施設があった施

(山口県)

	知らなかった	知ったが、 利用したことが ない	
総合病院	19	0	19
個人病院	20	4	24
助産院	0	1	1
自宅	1	0	1
	40	5	45

表 28：産後ケアセンターの存知と出産経験

(山口県)

	知らなかった	知ったが、 利用したことが ない
総合病院	1.00	0.00
個人病院	0.83	0.17
助産院	0.00	1.00
自宅	1.00	0.00

表 29：産後ケアセンターの出産と育児への不安を軽減する効果と学歴（東京都内）

	全く軽減され と思わない	あまり軽減され と思わない	ある程度軽減さ れると思う	大いに軽減され ると思う	
高校卒	0	1	2	2	5
短大卒	0	0	7	6	13
大学卒	1	2	14	6	23
大学院卒	0	1	3	0	4
	1	4	26	14	45

表 30：学歴と産後ケアセンターの出産と育児への不安を軽減する効果（東京都内）

	全く軽減され と思わない	あまり軽減され と思わない	ある程度軽減さ れると思う	大いに軽減され ると思う
高校卒	0.00	0.20	0.40	0.40
短大卒	0.00	0.00	0.54	0.46
大学卒	0.04	0.09	0.61	0.26
大学院卒	0.00	0.25	0.75	0.00

表 31：産後ケアセンターの出産と育児への不安を軽減する効果と学歴（埼玉県和光市）

	あまり軽減され と思わない	ある程度軽減さ れると思う	大いに軽減され ると思う	
高校卒	5	14	9	28
短大卒	2	15	10	27
大学卒	0	28	11	39
	7	57	30	94

表 32：学歴と産後ケアセンターの出産と育児への不安を軽減する効果（埼玉県和光市）

	あまり軽減され と思わない	ある程度軽減さ れると思う	大いに軽減され ると思う
高校卒	0.18	0.50	0.32
短大卒	0.07	0.56	0.37
大学卒	0.00	0.72	0.28

表 33：産後ケアセンターの出産と育児への不安を軽減する効果と学歴（青森県）

	あまり軽減され と思わない	ある程度軽減さ れると思う	大いに軽減され ると思う	
高校卒	0	10	5	15
短大卒	2	14	11	27
大学卒	0	4	6	10
大学院卒	1	1	0	2
	3	29	22	54

表 34：学歴と産後ケアセンターの出産と育児への不安を軽減する効果（青森県）

	あまり軽減され と思わない	ある程度軽減さ れると思う	大いに軽減され ると思う
高校卒	0.00	0.67	0.33
短大卒	0.07	0.52	0.41
大学卒	0.00	0.40	0.60
大学院卒	0.50	0.50	0.00

表 35：産後ケアセンターの出産と育児への不安を軽減する効果と学歴（山口県）

	あまり軽減され と思わない	ある程度軽減さ れると思う	大いに軽減され ると思う	
高校卒	0	6	5	11
短大卒	1	7	6	14
大学卒	0	7	3	10
大学院卒	0	1	1	2
	1	21	15	37

表 36：学歴と産後ケアセンターの出産と育児への不安を軽減する効果（山口県）

	あまり軽減され と思わない	ある程度軽減さ れると思う	大いに軽減され ると思う
高校卒	0.00	0.55	0.45
短大卒	0.07	0.50	0.43
大学卒	0.00	0.70	0.30
大学院卒	0.00	0.50	0.50

表 37：産後ケアセンターの出産と育児への不安を軽減する効果と子供の人数(東京都内)

	全く軽減される と思わない	あまり軽減され と思わない	ある程度軽減さ れると思う	大いに軽減され ると思う	
1人	0	2	15	8	25
2人	1	2	6	3	12
3人	0	0	5	3	8
	1	4	26	14	45

表 38：産後ケアセンターの出産と育児への不安を軽減する効果と子供の人数(東京都内)

	全く軽減され と思わない	あまり軽減され と思わない	ある程度軽減さ れると思う	大いに軽減され ると思う
1人	0.00	0.08	0.60	0.32
2人	0.08	0.17	0.50	0.25
3人	0.00	0.00	0.63	0.38

表 39：産後ケアセンターの出産と育児への不安を軽減する効果と子供の人数(埼玉県和光市)

	あまり軽減され と思わない	ある程度軽減さ れると思う	大いに軽減され ると思う

0人	0	1	0	1
1人	3	22	12	37
2人	2	26	17	45
3人	1	7	0	8
4人以上	1	2	2	5
	7	58	31	96

表 40：産後ケアセンターの出産と育児への不安を軽減する効果と子供の人数(埼玉県和光市)

	あまり軽減され と思わない	ある程度軽減され と思う	大いに軽減され と思う
0人	0.00	1.00	0.00
1人	0.08	0.59	0.32
2人	0.04	0.58	0.38
3人	0.13	0.88	0.00
4人以上	0.20	0.40	0.40

表 41：産後ケアセンターの出産と育児への不安を軽減する効果と子供の人数(青森県)

	あまり軽減され と思わない	ある程度軽減され と思う	大いに軽減され と思う	
1人	1	7	6	14
2人	1	17	13	31
3人	1	5	1	7
4人以上	0	0	2	2
	3	29	22	54

表 42：産後ケアセンターの出産と育児への不安を軽減する効果と子供の人数(青森県)

	あまり軽減され と思わない	ある程度軽減され と思う	大いに軽減され と思う
1人	0.07	0.50	0.43
2人	0.03	0.55	0.42
3人	0.14	0.71	0.14
4人以上	0.00	0.00	1.00

表 43：産後ケアセンターの出産と育児への不安を軽減する効果と子供の人数(山口県)

	あまり軽減され と思わない	ある程度軽減され と思う	大いに軽減され と思う	
1人	1	12	7	20
2人	0	6	7	13
3人	0	3	1	4
	1	21	15	37

表 44：産後ケアセンターの出産と育児への不安を軽減する効果と子供の人数(山口県)

	あまり軽減され と思わない	ある程度軽減され と思う	大いに軽減され と思う
1人	0.05	0.60	0.35
2人	0.00	0.46	0.54
3人	0.00	0.75	0.25

付録 2

表 1：予測した困難のスゴール(保育所に入所させると入所させない母の比較)

	全部の母	貧困ではない母	貧困な母
入所させ、友達を作らない	-0.112 (0.077)	0.014 (0.094)	-0.241+ (0.127)
入所させ、友達を作る	-0.453** (0.142)	-0.525** (0.152)	-0.236+ (0.136)
親友の人数(対数)	-0.008 (0.068)	0.019 (0.123)	0.021 (0.075)
子供の人数	-0.018 (0.039)	0.003 (0.060)	-0.052 (0.037)
年齢	-0.015 (0.010)	-0.013 (0.010)	-0.012 (0.015)
世帯所得(対数)	-0.106** (0.031)	-0.376* (0.150)	-0.012 (0.026)
算出した所得	-0.432** (0.073)	-0.521** (0.156)	-0.357** (0.067)
黒人	-0.219+ (0.125)	-0.345+ (0.187)	-0.124 (0.156)
ラテン	-0.252 (0.156)	-0.293+ (0.168)	-0.222 (0.139)
他のエスニック	0.001 (0.404)	0.077 (0.415)	0.026 (0.177)
家族内の大人の数	-0.138** (0.032)	-0.101+ (0.058)	-0.157* (0.077)
学校に雇われる	0.040 (0.088)	-0.172 (0.126)	0.264 (0.163)
同棲	-0.085 (0.103)	0.039 (0.139)	-0.097 (0.148)
結婚	-0.422** (0.094)	-0.386** (0.125)	-0.583** (0.172)
高校卒	-0.277* (0.127)	0.241 (0.228)	-0.530** (0.191)
短大卒	-0.204* (0.097)	-0.310* (0.153)	0.348* (0.172)
前期の困難	0.525** (0.047)	0.625** (0.064)	0.383** (0.039)
サンプルサイズ	3537	2095	1442
自由度	17.00	17.00	17.00
Log Likelihood	-283682.18	149808.97	-127451.68

+p<0.10 *p<0.05 **p<0.01

表2 鬱になったオッズ(入所させると入所させない母の比較)

	貧困ではない母	貧困な母
入所させ、友達を作る	-0.498 (0.464)	-0.162 (0.305)
入所させ、友達を作らない	-0.859** (0.324)	-0.519** (0.182)
親友の人数(対数)	0.051 (0.095)	-0.257+ (0.153)
子供の人数	0.058 (0.103)	-0.009 (0.054)
年齢	0.021 (0.027)	-0.042 (0.042)
世帯所得(対数)	-0.217 (0.256)	-0.054 (0.066)
算出した所得	-0.454 (0.289)	-0.333 (0.274)
黒人	-0.355 (0.326)	-1.132* (0.510)
ラテン	-0.824** (0.319)	-0.676 (0.449)
他のエスニック	0.104 (0.834)	-2.007 (1.337)
家族内の大人の人数	0.004 (0.222)	-0.328 (0.296)
学校に雇われる	0.099 (0.168)	0.638* (0.317)
同棲	-0.464 (0.556)	-0.166 (0.280)
結婚	0.026 (0.375)	-0.773 (0.640)
高校卒	0.894+ (0.515)	-0.132 (0.288)
短大卒	-0.519 (0.345)	-1.263 (0.779)
前期の困難	1.565** (0.355)	2.244** (0.362)
サンプルサイズ	2100	1446
自由度	17.00	17.00
Log Likelihood	-701.21	-459.11

+p<0.10 *p<0.05 **p<0.01

表3 合計特殊出生率(2001年)とソーシャル・キャピタル指数との関係

ケース		説明変数							(重) 相 関 係数	
		ソーシャル・キャピタル指数				家計消費支 出に占める 教育の割合 (2001)	定数項 (切片)			
		統合指数	つき合い 交流指数	信頼指数	社会参加 指数					
統合指数 で説明	単回 帰分 析	回帰係 数	0.14230	-	-	-	-	1.41638	0.6238	
		t 値	5.3545	-	-	-	-	86.8130		
		判定	***	-	-	-	-	***		
	重回 帰分 析	偏回帰 係数	0.103691	-	-	-	-4.52137	1.60719		0.6907
		t 値	3.6214	-	-	-	2.7200	22.3872		
		判定	***	-	-	-	***	***		
つき合 い・交流指 数で説明	単回 帰分 析	回帰係 数	-	0.10935	-	-	-	1.41638	0.6016	
		t 値	-	5.0524	-	-	-	84.9404		
		判定	-	***	-	-	-	***		
	重回 帰分 析	偏回帰 係数	-	0.078339	-	-	-4.84291	1.62076		0.6831
		t 値	-	3.4624	-	-	2.9379	22.7463		
		判定	-	***	-	-	***	***		
信頼指数 で説明	単回 帰分 析	回帰係 数	-	-	0.06680	-	-	1.41638	0.2977	
		t 値	-	-	2.0915	-	-	71.0705		
		判定	-	-	**	-	-	***		
	重回 帰分 析	偏回帰 係数	-	-	0.047519	-	-7.05326	1.714039		0.6041
		t 値	-	-	1.7393	-	4.3753	24.2581		
		判定	-	-	*	-	***	***		
社会参加 指数で説 明	単回 帰分 析	回帰係 数	-	-	-	0.10443	-	1.41638	0.6104	
		t 値	-	-	-	5.1701	-	85.6622		
		判定	-	-	-	***	-	***		
	重回 帰分 析	偏回帰 係数	-	-	-	0.073189	-4.37074	1.600833		0.6695
		t 値	-	-	-	3.1822	2.4551	20.8578		
		判定	-	-	-	***	**	***		

参考文献

- Small, L. Mario, Unanticipated gain: origins of network inequality in everyday life. Oxford University Press, 2009, 298p.
- Buhler, Christoph.; Demiter Philipov. Social Capital Related to Fertility: Theoretical foundations and Empirical Evidence from Bulgaria. Max Planck Institute for Demographic Research, 2005, WP 2005-016, 32p. <http://www.demogr.mpg.de/papers/working/wp-2005-016.pdf>, (accessed 2010-04-18) .
- Evans, N. William.; Craig Garthwaite, Wei Heng. The Impact of early discharge laws on the health of newborns. Journal of Health Economics. 2008,27, p.843-870.
- DeVries, Raymond G., et al. Birth by design: pregnancy, maternity care, and midwifery in North America and Europe. Routledge, 2001,301p.
- 兼清弘之, 安蔵伸治. 人口減少時代の社会保障. 原書房, 2008, 234p.
- 河合欄. 助産師と産む: 病院でも、出産院でも、自宅でも. 岩波書店, 2007, 70p.
- 京極高信, 高橋重郷. 日本の人口減少社会を読み解く: 最新データからみる少子高齢化. 中央法規, 2008, 197p.
- 稲葉陽二. ソーシャル・キャピタルの潜在力. 日本評論社, 2008, 313p.
- 内閣府国民生活局. 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—. 国立印刷局, 2003, 177p.
- 山崎泰彦. 育児の社会化と育児保健構想. 第5回 FROM(妊娠・出産をめぐる自己決定権を支える会) 総会資料[<http://www.japanform.org/from/info.html>], 2003, 50p.