

図4: 健康に影響を及ぼす社会経済的要因の相関関係について

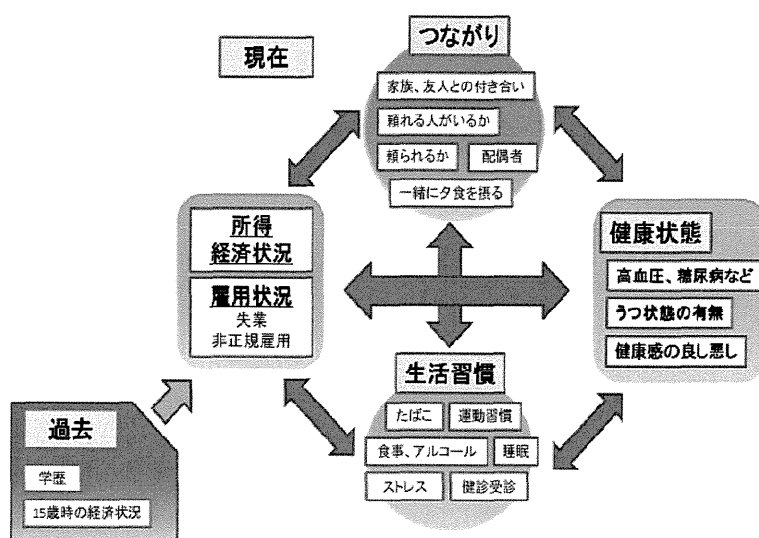
西成北西部調査の一つの結論

健康と社会経済生活との関係の整理

ここでは、一方で経済社会的な格差構造と家族や友人などとの「つながり」の要因に注目しつつも、都市の社会空間については、なんら掘り下げられなかった。

大阪市民調査:この第3の視点の重要性をSIRSの2005年調査票から学ぶこととなり、この点を明らかにすることをめざした。

図4 健康に影響を及ぼす社会経済的要因の相関関係



2. 健康にかかわるデータの比較

表3 西成区北西部調査と大阪市民調査の対象者の特徴

| | 地区数 | 回答者数 | 回答者数割合 | 平均年齢 | 男女比 | | |
|-------|---------|------|--------|--------|------|-------|-------|
| | | | | | 男性 | 女性 | |
| 西成区北西 | 持家 | — | 318 | 29.6% | 50.3 | 52.8% | 47.2% |
| | 公営住宅 | — | 617 | 57.4% | 48.4 | 43.6% | 56.4% |
| | 民間借家その他 | — | 140 | 13.0% | 46.7 | 51.6% | 48.4% |
| | 全体 | — | 1,075 | 100.0% | 48.7 | 47.3% | 52.7% |
| 大阪市民 | 専管持家 | 7 | 263 | 8.0% | 45.3 | 47.1% | 52.9% |
| | 専管借家 | 3 | 76 | 2.3% | 42.2 | 43.4% | 56.6% |
| | 専門管理 | 7 | 229 | 7.0% | 42.9 | 42.8% | 57.2% |
| | 上層計 | 17 | 568 | 17.3% | 43.9 | 44.9% | 55.1% |
| | ミドル | 13 | 447 | 13.6% | 44.4 | 43.2% | 56.8% |
| | ミドル持家 | 2 | 76 | 2.3% | 47.0 | 53.9% | 46.1% |
| | ミドル公営 | 14 | 469 | 14.2% | 44.4 | 45.4% | 54.6% |
| | ミドル専門 | 10 | 361 | 11.0% | 44.2 | 46.5% | 53.5% |
| | ミドル計 | 39 | 1,353 | 41.1% | 44.5 | 45.5% | 54.5% |
| | ブルー公営 | 19 | 608 | 18.5% | 45.4 | 42.3% | 57.7% |
| | ブルー失業 | 6 | 185 | 5.6% | 44.7 | 46.7% | 53.3% |
| | ブルー長屋 | 6 | 180 | 5.5% | 44.6 | 41.6% | 58.4% |
| | 失業非正規 | 13 | 398 | 12.1% | 43.8 | 46.5% | 53.5% |
| | ブルー計 | 57 | 1,371 | 41.6% | 44.8 | 44.0% | 56.0% |
| | 合計 | 100 | 3,292 | 100.0% | 44.5 | 44.7% | 55.3% |

| | | 主観的健康感： 「よくない」 | うつ傾向 | うつで現在治 療中 |
|-------|---------|-------------------|-------|--------------|
| 西成区北西 | 持家 | 15.8% | 18.9% | 0.7% |
| | 公営住宅 | 32.5% | 27.4% | 5.1% |
| | 民間借家その他 | 26.8% | 34.7% | 9.8% |
| | 全体 | 26.7% | 25.7% | 4.3% |
| 大阪市民 | 専管持家 | 8.7% | 13.4% | 1.9% |
| | 専管借家 | 14.5% | 23.7% | 6.6% |
| | 専門管理 | 14.0% | 20.1% | 2.6% |
| | 上層 全体 | 11.6% | 17.4% | 2.8% |
| | ミドル | 12.3% | 21.1% | 2.3% |
| | ミドル持家 | 9.2% | 15.8% | 0.0% |
| | ミドル公営 | 13.2% | 17.7% | 1.5% |
| | ミドル専門 | 11.4% | 18.0% | 0.3% |
| | 中間層全体 | 12.2% | 18.8% | 1.3% |
| | ブルー公営 | 16.0% | 21.1% | 4.4% |
| | ブルー失業 | 22.2% | 20.5% | 3.8% |
| | ブルー長屋 | 16.7% | 17.2% | 1.1% |
| | 失業非正規 | 15.8% | 20.9% | 2.5% |
| | 労働者・庶民層 | 16.8% | 20.4% | 3.4% |
| | 全体 | 14.0% | 19.3% | 2.4% |

| | | 現在喫煙 | アルコール 依存 | 健康診断受診 率「受けたこ とがない」 |
|-------|---------|-------|-------------|---------------------------|
| 西成区北西 | 持家 | 34.9% | 7.5% | 17.6% |
| | 公営住宅 | 49.8% | 7.3% | 22.0% |
| | 民間借家その他 | 61.5% | 6.5% | 22.1% |
| | 全体 | 46.7% | 7.3% | 20.7% |
| 大阪市民 | 専管持家 | 25.5% | 11.8% | 21.4% |
| | 専管借家 | 35.5% | 18.4% | 26.3% |
| | 専門管理 | 26.2% | 15.7% | 16.2% |
| | 上層 全体 | 27.1% | 14.3% | 20.0% |
| | ミドル | 26.2% | 11.6% | 22.8% |
| | ミドル持家 | 23.7% | 14.5% | 17.1% |
| | ミドル公営 | 22.8% | 15.1% | 21.7% |
| | ミドル専門 | 27.7% | 11.9% | 18.1% |
| | 中間層全体 | 25.3% | 13.1% | 20.8% |
| | ブルー公営 | 25.5% | 15.5% | 20.9% |
| | ブルー失業 | 34.6% | 13.0% | 31.7% |
| | ブルー長屋 | 38.9% | 14.4% | 27.1% |
| | 失業非正規 | 32.9% | 14.1% | 23.4% |
| | 労働者・庶民層 | 30.6% | 14.6% | 23.9% |
| | 全体 | 27.8% | 13.9% | 21.9% |

表6 生活習慣病の指摘を受けた経験

| | | 高血圧の指摘を受けたことがある | 高脂血症の指摘を受けたことがある | 糖尿病の指摘を受けたことがある |
|-------|---------|-----------------|------------------|-----------------|
| 西成区北西 | 持家 | 19.4% | 24.0% | 6.5% |
| | 公営住宅 | 19.4% | 19.7% | 9.7% |
| | 民間借家その他 | 20.3% | 24.4% | 11.5% |
| | 全体 | 19.5% | 21.6% | 9.0% |
| 大阪市民 | 専管持家 | 16.3% | 11.8% | 4.9% |
| | 専管借家 | 7.9% | 6.6% | 2.7% |
| | 専門管理 | 10.5% | 10.5% | 4.4% |
| | 上層 全体 | 12.9% | 10.6% | 4.4% |
| | ミドル | 13.5% | 11.9% | 4.3% |
| | ミドル持家 | 18.4% | 15.8% | 6.6% |
| | ミドル公営 | 14.1% | 10.5% | 4.1% |
| | ミドル専門 | 10.0% | 10.8% | 4.7% |
| | 中間層全体 | 13.0% | 11.3% | 4.4% |
| | ブルー公営 | 17.3% | 11.8% | 5.1% |
| | ブルー失業 | 17.9% | 7.6% | 2.2% |
| | ブルー長屋 | 18.4% | 9.6% | 5.6% |
| | 失業非正規 | 18.1% | 11.4% | 6.3% |
| | 労働者・庶民層 | 17.8% | 10.8% | 5.1% |
| | 全体 | 15.0% | 11.0% | 4.7% |

表7 社会経済的格差

| | | 求職中の割合 | 生活保護率 | 世帯収入300万円以下の割合 | 「中卒+中退経験者」の割合 | 暮らし向き「くらしにくい」「よくない」 |
|-------|---------|--------|-------|----------------|---------------|---------------------|
| 西成区北西 | 持家 | 0.9% | 0.3% | 32.5% | 17.5% | 35.0% |
| | 公営住宅 | 7.3% | 12.3% | 51.7% | 44.9% | 58.1% |
| | 民間借家その他 | 7.7% | 13.9% | 47.2% | 33.9% | 50.0% |
| | 全体 | 4.6% | 8.9% | 45.4% | 35.4% | 50.2% |
| 大阪市民 | 専管持家 | 6.5% | 4.6% | 22.6% | 16.0% | 30.0% |
| | 専管借家 | 2.7% | 10.5% | 31.1% | 3.9% | 35.5% |
| | 専門管理 | 5.7% | 1.3% | 21.4% | 8.8% | 30.1% |
| | 上層 全体 | 5.7% | 4.0% | 23.3% | 11.5% | 30.8% |
| | ミドル | 5.4% | 5.4% | 24.5% | 12.6% | 35.6% |
| | ミドル持家 | 7.9% | 0.0% | 16.7% | 6.6% | 35.5% |
| | ミドル公営 | 4.5% | 3.4% | 24.6% | 13.2% | 36.9% |
| | ミドル専門 | 4.4% | 3.6% | 23.1% | 12.5% | 32.8% |
| | 中間層全体 | 5.0% | 3.9% | 23.8% | 12.5% | 35.3% |
| | ブルー公営 | 5.1% | 7.6% | 33.7% | 16.2% | 44.6% |
| | ブルー失業 | 6.5% | 12.4% | 37.1% | 17.8% | 42.2% |
| | ブルー長屋 | 5.0% | 3.9% | 28.1% | 17.1% | 46.9% |
| | 失業非正規 | 6.8% | 8.8% | 36.0% | 12.4% | 36.3% |
| | 労働者・庶民層 | 5.8% | 8.1% | 34.1% | 15.4% | 42.1% |
| | 全体 | 5.4% | 5.7% | 28.0% | 13.5% | 37.4% |

表8 被差別経験、地域社会との関係

| | | 嫌な思いをさせられる言葉や振る舞い、差別 | 身体的・精神的暴力の経験 | ボランティア・地域活動・PTA「する」 | 近隣とのつきあい「よい」 | 住民通し「あてはまる」 | 他の地域より住みよい「当てはまる」 |
|-------|---------|----------------------|--------------|---------------------|--------------|-------------|-------------------|
| 西成区北西 | 持家 | 39.0% | | 53.7% | | | |
| | 公営住宅 | 32.5% | | 29.1% | | | |
| | 民間借家その他 | 36.9% | | 38.8% | | | |
| | 全体 | 35.0% | | 37.4% | | | |
| 大阪市民 | 専管持家 | 23.2% | 8.7% | 33.2% | 52.1% | 50.2% | 81.0% |
| | 専管借家 | 34.2% | 10.5% | 40.7% | 26.3% | 22.4% | 69.7% |
| | 専門管理 | 23.6% | 8.3% | 43.4% | 39.3% | 27.5% | 77.7% |
| | 上層 全体 | 24.8% | 8.8% | 38.0% | 43.5% | 37.3% | 78.2% |
| | ミドル | 22.6% | 7.8% | 44.6% | 54.6% | 47.9% | 72.7% |
| | ミドル持家 | 15.8% | 9.2% | 42.5% | 68.4% | 73.7% | 69.7% |
| | ミドル公営 | 26.7% | 7.9% | 52.6% | 47.9% | 39.7% | 72.4% |
| | ミドル専門 | 21.3% | 6.9% | 40.9% | 47.9% | 32.8% | 65.1% |
| | 中間層全体 | 23.3% | 7.7% | 43.1% | 51.3% | 42.5% | 70.4% |
| | ブルー公営 | 29.6% | 11.0% | 46.1% | 46.3% | 36.5% | 66.4% |
| | ブルー失業 | 31.4% | 8.6% | 40.0% | 41.1% | 36.2% | 63.8% |
| | ブルー長屋 | 32.2% | 12.2% | 45.9% | 46.4% | 47.5% | 62.2% |
| | 失業非正規 | 25.4% | 9.5% | 46.5% | 38.4% | 35.3% | 71.8% |
| | 労働者・庶民層 | 29.0% | 10.4% | 43.5% | 43.3% | 37.5% | 67.1% |
| 全体 | 25.9% | 9.0% | 42.4% | 46.6% | 39.5% | 70.4% | |

表9 家族や友人との関係

| | | 「家族とのつきあい」「家族に大切にされている」 | 家族に頼れる | 親戚に頼れる | 西成「友人つきあい」大阪市「友人いる」 | 友人に頼れる | 配偶者(事実婚含む)がいる |
|-------|---------|-------------------------|--------|--------|---------------------|--------|---------------|
| 西成区北西 | 持家 | 95.3% | 87.4% | 28.1% | 90.6% | 33.4% | 77.0% |
| | 公営住宅 | 85.7% | 78.6% | 20.5% | 77.1% | 26.6% | 53.8% |
| | 民間借家その他 | 90.1% | 82.3% | 14.5% | 81.0% | 39.5% | 58.9% |
| | 全体 | 89.1% | 81.6% | 22.0% | 81.5% | 30.2% | 61.4% |
| 大阪市民 | 専管持家 | 86.3% | 89.6% | 11.9% | 92.0% | 56.5% | 62.0% |
| | 専管借家 | 88.0% | 87.8% | 9.5% | 93.3% | 56.8% | 52.6% |
| | 専門管理 | 84.3% | 84.6% | 7.0% | 95.6% | 57.5% | 62.0% |
| | 上層 全体 | 85.7% | 87.4% | 9.6% | 93.6% | 56.9% | 60.7% |
| | ミドル | 88.8% | 87.8% | 11.7% | 91.5% | 65.2% | 62.4% |
| | ミドル持家 | 89.5% | 94.7% | 6.7% | 92.0% | 61.3% | 78.9% |
| | ミドル公営 | 90.4% | 90.0% | 10.5% | 89.9% | 60.5% | 62.3% |
| | ミドル専門 | 92.2% | 91.9% | 11.8% | 91.1% | 59.9% | 65.9% |
| | 中間層全体 | 90.3% | 90.0% | 11.0% | 90.9% | 62.0% | 64.2% |
| | ブルー公営 | 89.0% | 90.4% | 9.7% | 89.1% | 58.9% | 54.3% |
| | ブルー失業 | 83.8% | 85.4% | 11.4% | 87.4% | 63.8% | 55.7% |
| | ブルー長屋 | 88.3% | 86.4% | 13.0% | 89.9% | 64.4% | 53.9% |
| | 失業非正規 | 87.7% | 90.2% | 9.8% | 88.4% | 58.6% | 51.3% |
| | 労働者・庶民層 | 87.8% | 89.1% | 10.4% | 88.8% | 60.2% | 53.5% |
| 全体 | 88.5% | 89.2% | 10.5% | 90.5% | 60.4% | 59.2% | |

表10 主観的健康観と、主要な社会経済指標との関係

| | | 主観的健康観：「よ くない」 | 暮らし向 き「くる しい」「よ くない」 | ボランティ ア・地域活 動・PTA「す る」 | 友人に頼 れる | 生活全般 に「満足」 |
|-----------------------|---------|-------------------|-------------------------------|---------------------------------|------------|---------------|
| 西 成 区 北 西 | 持家 | 15.8% | 35.0% | 53.7% | 33.4% | 91.8% |
| | 公営住宅 | 32.5% | 58.1% | 29.1% | 26.6% | 74.8% |
| | 民間借家その他 | 26.8% | 50.0% | 38.8% | 39.5% | 85.5% |
| | 全体 | 26.7% | 50.2% | 37.4% | 30.2% | 81.2% |
| 大 阪 市 民 | 専管持家 | 8.7% | 30.0% | 33.2% | 56.5% | 80.2% |
| | 専管借家 | 14.5% | 35.5% | 40.7% | 56.8% | 75.0% |
| | 専門管理 | 14.0% | 30.1% | 43.4% | 57.5% | 81.2% |
| | 上層 全体 | 11.6% | 30.8% | 38.0% | 56.9% | 79.9% |
| | ミドル | 12.3% | 35.6% | 44.6% | 65.2% | 74.3% |
| | ミドル持家 | 9.2% | 35.5% | 42.5% | 61.3% | 84.2% |
| | ミドル公営 | 13.2% | 36.9% | 52.6% | 60.5% | 77.8% |
| | ミドル専門 | 11.4% | 32.8% | 40.9% | 59.9% | 76.7% |
| | 中間層全体 | 12.2% | 35.3% | 43.1% | 62.0% | 76.7% |
| | ブルー公営 | 16.0% | 44.6% | 46.1% | 58.9% | 70.5% |
| | ブルー失業 | 22.2% | 42.2% | 40.0% | 63.8% | 71.9% |
| | ブルー長屋 | 16.7% | 46.9% | 45.9% | 64.4% | 66.1% |
| | 失業非正規 | 15.8% | 36.3% | 46.5% | 58.6% | 73.7% |
| | 労働者・庶民層 | 16.8% | 42.1% | 43.5% | 60.2% | 71.1% |
| 全体 | 14.0% | 37.4% | 42.4% | 60.4% | 74.9% | |

ま と め

1. 大阪市民調査における3つの社会階層間では、比較的緩やかな格差構造があることがわかった。

しかし、上層と中間層の間の違いは決して大きいものとは言えないのではないか。

他方、上層と中間層を構成する地区類型の中には、その大分類の傾向に明らかに反する特質をもつ地区類型が存在する(専管借家、専管持家とミドル持家、ミドル公営)。これらについて、より詳細な分析が求められる。

2. 西成区北西部については、同じ調査票による調査でないことのバイアスが大きいとはいえ、労働者・庶民層とは明らかに異なった傾向がみられた。それは、労働者・庶民層がもつ健康や社会経済上の困難が一層強くたちあらわれた結果という側面だけでは説明できない性格のものであった。この点の分析が、今後求められる。

3. データ分析途中では多く触れられなかったが、上層として類型化された地区の特徴が、必ずしも明確とはならなかった。

・これは、日本の都市空間における人口移動が流動化し、それぞれの地域の持つ固有の特性が崩れつつあることによるのかもしれない。

・この10年余りの日本社会は、個人間の経済格差が拡大したが、それは都市部においては地域間格差の拡大として出現するよりも、それぞれの地区内での多様な人々の混在化が進んでいるということかもしれない。そして、こうした都市の変容が、人々の心の病にどう影響するのか、今後検討すべき課題といえよう。

5. 居住地に由来する差別は、メンタルヘルスの社会的決定要因である

田淵貴大

本稿はTabuchi T, Fukuhara H, Iso H. Geographically-based discrimination is a social determinant of mental health in a deprived or stigmatized area in Japan: A cross-sectional study. Soc Sci Med. 2012;75(6):1015-21. を日本語に翻訳し、一部加筆したものである。

要旨

【背景】欧米においては、差別の健康に対する影響が広く研究されてきた。しかし、日本では部落差別や西成差別といった“居住地に由来する差別”が健康と関連しているかどうかは定かではない。

【方法】この“居住地に由来する差別”がメンタルヘルスにどのように関連しているのかを調べるため、我々は大阪市西成区の部落地区において2009年に断面調査を実施した。有効回答回収率は、52.4%であった。部落差別と西成差別を統合した居住地に由来する差別とメンタルヘルス（うつ症状と精神疾患の有無）の関連をみるため、性・学歴によって層別化した多変量調整 log-binomial 回帰モデルにて分析した。調整した要因（交絡因子）は、年齢に加えて、持ち家の有無などの社会経済要因と家族間の交流などの社会的つながりに関する要因、喫煙などのライフスタイルであり、段階的に交絡因子を追加して解析した。

【結果】解析対象者は25歳から79歳の男女1994名である。居住地に由来する差別の経験は社会経済要因や社会的つながり、ライフスタイルとは独立して、男女両方においてメンタルヘルスの不良と関連し、やや男性における影響が大きかった。さらに、学歴による層別解析では、居住地に由来する差別の経験は学歴が低い層よりも学歴が高い層において強くメンタルヘルスの不良と関連していた。

【考察】部落差別と西成差別を統合した居住地に由来する差別は、社会経済要因や社会的つながり、ライフスタイルとは独立したメンタルヘルスの社会的決定要因のひとつであると考えられた。

背景

健康の人種民族間格差は世界に広く認められる。被差別体験は社会経済的状況（Socioeconomic status ; SES）と並んでこれらの格差のなりたちに寄与してきた要因である(Williams & Mohammed, 2009)。Crimminsらの研究では、年齢、性別、SESだけでなく、喫煙や運動、医療へのアクセスといった健康行動を調整してもなお黒人は白人よりも健康状態が悪かった

(Crimmins et al., 2007)。Harris らの研究では、メンタルヘルスにおける民族間格差は貧困を調整した後も残っていたが、さらに被差別体験を調整すると格差は消失した(Harris et al., 2006)。これらの研究から被差別体験が健康に悪影響を与えていることが分かる。

日本の状況に目を向けると、部落民と呼ばれる日本のマイノリティは住居や就労、結婚や教育など様々な場面で差別を受けてきた。彼らは文化、言語、民族、人種が他の日本人と同じであり、外見から全く区別できないにもかかわらず、彼らの祖先が江戸時代の社会システム（身分制度）において下位に位置づけられた職業に従事していたという理由から現在も差別され続けている。そして、部落民と親戚関係にある者や部落地区に住む者など部落民と関係するとされた個人は差別の対象とされていった(Reber, 1999)。彼らの先祖には関係なく、部落地区その場所自体に由来する差別として部落差別が形成されてきた(Mizuuchi, 2002)。大阪府、徳島県、鳥取県および香川県で実施された部落民に関する先行研究によると、28～44%の部落民回答者が部落差別を経験していた(Tomonaga, 2004)。部落地区に居住する者はこうした謂れない差別を受けてきたのである (Okuda, 2009)。

2002年、大阪市西成区を対象とした差別である“西成差別”の存在が明らかにされた。部落地区も包含する西成区は、あいりん地区というスラムがあること、貧困者が多いこと、犯罪が多いこと、汚れた住居や不衛生な環境というイメージから差別の対象となっており、西成区に住んでいることに由来する差別である西成差別は住民の社会生活に大きな影響を与えていることが示された(Fukuhara et al., 2002; Mizuuchi, 2002)。調査における有効回答者であった大阪市住民の1%だけが西成区に対する直感イメージとして“プラス”と回答した一方、42%が“マイナス”と回答した。さらに大阪市住民の47%がこれまでに西成差別を見聞きした経験があると回答した。西成区の“こわい”イメージは主にあいりん地区のホームレス者や日雇労働者から派生しており、そのイメージはテレビ、新聞、雑誌などのメディアを通じて広がり、西成区やあいりん地区に行ったこともない人々の間にも拡散されていったことが分かった。西成区の住民であっても多くは西成区のスラム地域やその住民との関係性を持っていなかったが、西成差別の影響を受けていた。西成区住民のうち58%がこれまでに西成差別を見聞きし、23%が西成差別を受けたと回答した(Fukuhara et al., 2002)。

部落差別、西成差別という2つの差別は、人種差別、女性差別などと区別して“居住地に由来する差別”として分類することができる。この差別も他の差別と同様に個人の健康状態に影響を及ぼしているのかもしれない。グラスゴーで実施された先行研究によると、裕福な地域に居住する者と比較して、貧しい地域に居住する者では救急車などの緊急医療サービスで住所を理由として拒否されることが多かった(Macintyre & Ellaway, 2003)。研究者らはこれを“住所差別”と呼んだ。家庭内および道端での暴力事件が多い地域は差別され、この住所差別からも影響を受け、その住民は医療サービスやその他のサービスも受けづらくなっているかもしれない。こ

の住所差別の現象は、部落差別や西成差別といった“居住地に由来する差別”との類似性が認められることから、居住地由来差別が健康と関連するかどうかにおいてそのメカニズムの理解に役立つかもしれない。

人種差別や民族差別のメンタルヘルスへのネガティブな影響についてはアメリカ、カナダ、ヨーロッパ諸国、アフリカ諸国、オーストラリア、ニュージーランドなど世界中で報告されてきた(Pascoe & Smart Richman, 2009; Williams & Mohammed, 2009)。しかし、日本では差別とメンタルヘルスの関連についてこれまでに研究がほとんどなかった。本研究の目的は、部落差別や西成差別といった居住地に由来する差別の被差別体験とうつ症状や精神疾患の有無といったメンタルヘルスの関連を調べることである。

資料と方法

2005年の市区町村別平均余命において大阪市西成区は最も平均余命が短いことが判明した(Ministry of Health, 2008b)。これを契機として西成区の一部落地区において活動していた複数の団体(くらし組合、まちづくり委員会、PTA、企業連、部落解放同盟西成支部、町会等)からの協力を得て、2009年に大阪市西成区(7.35 km², 人口 132,767 人(2005年))の一部落地区(1.55 km²)で社会生活と健康の実態調査を実施した。その地区の20-99歳住民の53.4%に相当する9,528人分の名簿(協力団体会員総合)を作成し、サンプリングフレームとして用いた。4,322人を性・年齢を考慮したランダムサンプリングにより調査対象者とし、2009年2月~3月にかけて在宅もしくは集会所にて調査票に回答してもらった。不在の場合には3回まで訪問した。この調査は平均40分を要し、回答者には約500円のインセンティブが与えられた。2,263人が有効回答し、52.4%の有効回答率であった。本調査研究は大阪大学の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

居住地に由来する差別の被差別体験

「あなたはこれまで、他人から、いやな思いをさせられるような言葉や振る舞いを受けたことがありますか。」という質問に対して「ある」と回答した者に以下の選択肢からその理由を選択(複数回答可)してもらった。「同和(部落)地区に暮らしていること」「西成に暮らしていること」「母子家庭・父子家庭であること」「障害を持っていること」「女性であること」「外国人であること」「職業に関すること」「住宅に関すること」「身なりや服装に関すること」「容姿に関すること」の10項目のうち、前者2項目のいずれか一方に「ある」と回答した場合を「居住地に由来する差別」の被差別体験ありとした。本研究で用いた質問文には直接的に「差別」という用語は含まれていないが、差別を調査する場合にはこのような曖昧な表現の方が適切であるとする研究者もおり、本研究ではこの質問の方法を採用した。また、ほとんどの差別は仕

事や学校の場合で起きると考えられるため(Williams & Mohammed, 2009; Williams et al., 2008)、西成差別における先行研究と同様に(Fukuhara et al., 2002)、差別を受けた場所については質問していない。差別の理由間の Pearson の相関係数を計算したところ、「部落地区に暮らしていること」と「西成に暮らしていること」の間で 0.59 ($p < 0.001$)であり、その他の差別理由間における相関係数 0.01-0.24 と比較して高かった。極めて高いというわけではないが、この 0.59 の相関係数は、回答者は必ずしも部落差別と西成差別を区別できていない可能性を示唆しており、前者 2 項目の差別理由を「居住地に由来する差別」として統合することは理にかなっているかもしれない。

メンタルヘルス (アウトカム変数)

アウトカム変数の一つ目は、うつ症状である。Primary Care Evaluation of Mental Disorders Procedure (PRIME-MD)という調査方法を用いて、下記の 2 つの質問の両方に「はい」と回答した場合には、「うつ症状あり」と判定される。

- 1) この 1 ヶ月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがよくありましたか。(はい、いいえ)
- 2) この 1 ヶ月間、どうしても物事に対して興味がわからない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。(はい、いいえ)

この 2 項目うつ症状判定法はこれまでの先行研究(Spitzer et al., 1994; Whooley et al., 1997)から精神科医によるうつ病の診断に対して 86-96%の感度、57-75%の特異度を持つことが分かっている。

もう一つのアウトカム変数は、自己申告に基づく精神疾患の有無である。下記質問に対して指摘ありとした場合を「精神疾患あり」と判定した。あなたはこれまでに、病院や健康診断などで「うつ病」を指摘されたことがありますか。(はい、いいえ)

調整変数

被差別体験とメンタルヘルスの関連を分析する際に調整した変数は、年齢、性別、SES、ソーシャルリレーションシップ (人々の社会的なつながり)、生活習慣である。SES の項目は学歴 (高卒未満、もしくは高卒以上)、仕事の有無 (仕事あり、もしくは失業や引退・専業主婦を含む仕事なし)、住居 (自己・家族による住居所有あり、もしくは住居所有なし) 国籍 (日本国籍、もしくはその他の国籍)、および生活保護受給の有無 (あり、なし) である。欠損が多かった($n=463$)ため、所得データは用いないこととした。ソーシャルリレーションシップの項目は、婚姻状況 (内縁関係を含む配偶者あり、なし)、一人世帯の有無 (あり、なし)、家族づきあいの頻度 (よく、時々、ない)、友人づきあいの頻度 (よく、時々、ない)、家族・親戚・友

人からのサポートが受けられるかどうか（あり、なし）、および地域活動や社会活動への参加の有無（あり、なし）である。生活習慣要因として喫煙（現在喫煙あり、なし）、飲酒（現在飲酒あり、なし）、および定期的な運動習慣の有無（あり、なし）を用いた。

統計解析

2263人の有効回答者のうち、25-79歳の1994人（男性928名、女性1066名）を解析対象とした。男女別に解析を実施し、男女別の各種要因の分布差について χ^2 乗検定を用いた。うつ症状ありのアウトカム数が10%より多く稀ではなかったため、Log-binomial回帰モデルを用いて、被差別体験のうつ症状および精神疾患の有無に対するrelative risksと95%信頼区間を計算した(Spiegelman & Hertzmark, 2005)。Log-binomial回帰モデルが収束しない場合にはlog-Poisson回帰モデルを適用した(Zou, 2004)。

差別とメンタルヘルスの関連における交絡因子は必ずしも明確ではないが、SESやソーシャルリレーションシップ、生活習慣などの様々な要因がメンタルヘルスに影響を及ぼすと考えられている(Fiske et al., 2009; Kim, 2008)。本研究では、喫煙や飲酒および定期的な運動といった生活習慣も加えて調整することとした(Williams et al., 2008)。

被差別体験とメンタルヘルスの関連の分析では、まず男女別に層別化し、順に交絡変数を加えた多変量モデルを用いた。モデルAは年齢およびSESを調整したモデルであり、モデルBはさらにソーシャルリレーションシップを調整したモデルであり、モデルC（すべて調整したモデル）はさらに生活習慣を調整したモデルである。次に性別による層別化の代わりに、日本における代表的なSESである学歴(Kagamimori et al., 2009)で層別化した分析を実施した。

統計学的検定では、 $p < 0.05$ を統計学的に有意とみなした。すべての統計解析は統計解析ソフトSAS version 9.2 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA)を用いて実施した。

結果

表1に分析対象者の男女別の基本属性を示した。欠損値の割合は、0-8%の範囲であった。女性は男性よりも家族づきあいや友人づきあいの頻度が高く、より多くの居住地に由来する差別を受けたと回答していた。また、女性の方が男性よりも精神疾患ありの者が多かった。

大阪市西成区北西部の本研究回答者は、日本の一般住民と比較して社会経済的に不利な状況にあると分かる。国民の1.3%が生活保護受給者であるのに対して(Ministry of Health, 2009)、回答者の約15%が生活保護受給者であった。日本の一般住民における分布(Ministry of Health, 2007, 2008a; Ministry of Internal Affairs and Communications, 2005)と比較して本調査回答者はより高齢

に偏り(65-79歳の割合が46.1% vs. 21.6%)、仕事なしの者が多く(男性で42.5% vs. 22.4%、女性で55.1% vs. 48.8%)、外国籍の者が多く(6.7% vs. 1.2%)、持家を所有しない者が多く(71.2% vs. 34.2%)、喫煙者が多かった(男性で46.1% vs. 36.8%、女性で29.3% vs. 9.1%)。表1には居住地に由来する差別の被差別体系およびうつ症状と精神疾患の有無についても示した。大阪府の一般住民に対して同じ方法にて測定されたうつ症状の割合(Ohira et al., 2007)と比較して、本調査回答者では男女ともうつ症状の割合がかなり高かった(男性で25.6% vs. 5.9%、女性で27.8% vs. 8.5%)。

表2に男女別の居住地に由来する差別の被差別体験、うつ症状および精神疾患の有無の割合を基本属性毎に示した。若年女性は高齢女性よりも居住地に由来する差別を受けたと回答した者が有意に多かったが、男性ではその傾向は有意ではなかった。男女ともに高学歴の者、仕事ありの者、友人からのサポートが得られると回答した者ではそれらの反対のカテゴリーの者と比較して、居住地に由来する差別の被差別体験が多い傾向があった。うつ症状の割合は男女ともに多くの基本属性により異なる割合を示した。基本的に、低SES、低ソーシャルリレーションシップ、不健康な生活習慣はそれらの反対のカテゴリーと比較してよりメンタルヘルスの不良が多かった。

表3は男女別および学歴別に層別化した、うつ症状および精神疾患の有無に対する居住地に由来する差別の被差別体験の段階的多変量調整相対危険度の結果である。男女ともに、SESやソーシャルリレーションシップ、生活習慣要因を調整しても、うつ症状に対する居住地由来差別の相対危険度の有意性は大きく変化しなかった。精神疾患の有無に対する居住地由来差別の相対危険度では、男性で調整後に有意ではなくなった一方、女性では年齢調整モデルにおいて5%水準で有意ではなく、全て調整した後でも同様であった。全て調整したモデルにおいてメンタルヘルスの不良に対する居住地由来差別の相対危険度はやや男性で大きな値を呈した。

うつ症状に対する居住地由来差別の相対危険度は、高卒未満の学歴の調査回答者においては調整後にはやや減弱した一方、高卒以上の学歴の者では調整後も相対危険度の値はほとんど変わらなかった。また、精神疾患の有無に対する居住地由来差別の相対危険度は、高卒未満の者では調整後に有意差が消失したのに対して、高卒以上の者では調整後にむしろ値は上昇した。全て調整したモデルにおいて、メンタルヘルスの不良に対する居住地由来差別の相対危険度は高卒未満よりも高卒以上の者において大きな値を呈した。

考察

メンタルヘルスに対する居住地由来差別の影響

日本において居住地に由来する差別という概念は決して新しいものではない(Okuda, 2009)。しかし、我々の知る限りでは、本研究はいわゆる部落差別および西成差別という地理的な居住地に由来する差別の健康影響を調べた最初の試みである。我々は、日本で最も貧しく差別された一地域において男女両方で、SES やソーシャルリレーションシップ、生活習慣とは独立して、居住地由来差別の被差別体験はうつ症状や精神疾患の有無といったメンタルヘルスの悪化と関連することを明らかにした。

性別や社会要因；誰が居住地由来差別の被害者なのか？

性差はストレスとメンタルヘルスの関連を一部説明すると考えられるが、先行研究によるとそれぞれの状況により関連は異なる。心的外傷後ストレス障害 (PTSD ; post-traumatic stress disorder)に関するレビュー論文の結果は男性では女性よりも多くの外傷 (精神的な外傷含む) を経験するが、PTSD は男性よりも女性で多かったというものであった(Stam, 2007)。本研究では、女性は男性よりも居住地由来差別の被差別体験が多く、精神疾患ありが多かったが、その差別のメンタルヘルスに対する影響は女性よりも男性において大きかった。これらの性差は一部女性の方がより豊かなソーシャルリレーションシップを持ち、それがメンタルヘルスに対して保護的に作用すること(Clark, 2003)や、男性では差別を内面化し、差別を受けていないと思込む傾向にあること(Chae et al., 2010)により説明される。

本研究では、高卒以上の学歴の者では高卒未満の学歴の者よりも居住地由来差別を多く経験していた。さらに、メンタルヘルスの不良に対する居住地由来差別の影響は高卒以上の者においてより大きかった。この結果はアフリカ系アメリカ人で観察されたものと一致している。メンタルヘルスに対する人種隔離の影響は低 SES のアフリカ系アメリカ人よりも高 SES のアフリカ系アメリカ人においてより大きかった(Forman, 2003)。SES の高い人々の方がより外部の人々との交流が多く、それ故に居住地由来差別の被差別体験も多くなるのかもしれない(Poore et al., 2002)。

居住地に由来する差別や人種民族差別に関連した居住地隔離状態 (residential segregation)

部落地区の人々は、部落地区と部落ではない地域とを自ら切り離して閉鎖的なコミュニティを作る傾向にあり、“隔離された(segregated)部落地区” という概念は古くから議論されてきた(Reber, 1999)。部落地区の多くの親たちは彼らの子供たちが差別の厳しい現実と直面することを恐れて、彼らが (部落地区から) 外の世界へ行くことを望まない。こういった部落地区を含む西成区における安く質の低い住居が集合した地域に社会的に排除された者らを誘導する隔離政策は、歴史的に国策の側面もありながら資本主義により推進されてきた(Mizuuchi, 2002)。

こうして居住地由来差別といった現象が強化されてきたのかもしれない。

居住地隔離状態 (residential segregation) は下記のように5つの次元を持つ(Kramer & Hogue, 2009; White & Borrell, 2011)。均一度 (evenness) : 居住地域内にある集団が均一に分布している程度。孤立度 (isolation) : 地域内での同一もしくは異なる集団間の相互干渉の程度。クラスタリング度 (clustering) : 同一集団に属する近隣住民で団結する程度。集中密度 (concentration) : 地域における同一集団の人口的空間的占有密度。中央集中度 (centralization) : 地域の核となる中心部をある集団が占める程度。

居住地隔離状態 (residential segregation) の健康への影響は複雑である。例えば、孤立度は黒人において生殖に関連した健康状態の悪化や死亡率の上昇と関連する一方、高いクラスタリング度は孤立度の調整後でも低出生体重児となるリスクを減少させる(Bell et al., 2006)。居住地隔離状態 (residential segregation) の代理変数であると考えられている地域における人種もしくは民族の構成割合(White & Borrell, 2011)は住民のメンタルヘルスと関連する(Halpern & Nazroo, 2000)。ある民族では地域においてその民族の構成割合が高いことはメンタルヘルスの保護と関連したが、調査した全ての民族において関連が認められたわけではなかった(Das-Munshi et al., 2010; Mair et al., 2010)。西成差別に関する研究(Fukuhara et al., 2002)では、西成区住民の47.8%が西成差別の影響もあり西成区外では西成区に住んでいることに言及するのを避けていることが分かっている。また部落差別に関する質的研究では、部落差別被害にあった女性が居住する地域内にいるときは「ホッとす、気が楽だ」と語っている(Okuda, 2009)。

居住地由来差別の減少のために

1969年に同和対策事業特別措置法が成立して以来、部落地区住民の生活水準は向上してきたものの、未だに十分ではない。結婚や就労、その他においても居住地に由来する差別は続いている(Daes, 2001; Mizuuchi, 2002)。

西成区や部落地区に隣接する地域の住民では、遠く離れた住民と比較して、西成区や部落地区についてマイナスイメージを持っている者が少ないことが分かっている(Fukuhara, 2002; Okuda, 2009)。地域のお祭りやボランティア活動や人権集会に参加する者では、参加しなかった者と比較して、さらにマイナスイメージが少なかった。では差別を減らすために何ができるのか？このインターネットが整備され、すでに情報が広がっている状況において差別につながる情報をすべて隠蔽することはできず、「寝た子を起こすな」論は間違いである(Okuda, 2009)。差別を減らすためには、居住地由来差別が住民の健康に悪影響を及ぼしているという事実をしっかりと伝えていくことが重要であると強調したい(Henderson & Thornicroft, 2009)。

研究の限界

本研究にはいくつかの限界がある。本研究は断面調査であるため、結果の因果関係については言及できない。また自記式質問票を用いたので、情報バイアスの影響は除去できない。例えば、差別を報告した回答者というのは、単純に精神的な苦痛を報告しやすい者なのかもしれない。調査返答率は約 50%であり、大阪市西成区北西部の限定的地域による研究であるため、本研究の結果を他の地域に当てはめることが難しいかもしれない。

結論

本研究はいわゆる部落差別および西成差別という地理的な居住地に由来する差別の健康影響を調べた最初の研究である。日本で最も貧しく差別された一地域において男女両方で、SES やソーシャルリレーションシップ、生活習慣とは独立して、居住地由来差別の被差別体験はうつ症状や精神疾患の有無といったメンタルヘルスの悪化と関連することを明らかにした。本研究ならびにこの分野の研究を推進することにより差別と健康の関連について我々の理解をより深めるとともに公衆衛生政策の発展のために寄与することができるものと考えられる。

謝辞

本研究は厚生労働省科学研究費補助金(201001042A)の助成のもと実施された。

引用文献

- Bell, J.F., Zimmerman, F.J., Almgren, G.R., Mayer, J.D., & Huebner, C.E. (2006). Birth outcomes among urban African-American women: a multilevel analysis of the role of racial residential segregation. *Social Science & Medicine*, 63(12), 3030-3045.
- Chae, D.H., Lincoln, K.D., Adler, N.E., & Syme, S.L. (2010). Do experiences of racial discrimination predict cardiovascular disease among African American men? The moderating role of internalized negative racial group attitudes. *Social Science & Medicine*, 71(6), 1182-1188.
- Clark, R. (2003). Self-reported racism and social support predict blood pressure reactivity in Blacks. *Annals of Behavioral Medicine*, 25(2), 127-136.
- Crimmins, E.M., Kim, J.K., Alley, D.E., Karlamangla, A., & Seeman, T. (2007). Hispanic paradox in biological risk profiles. *American Journal of Public Health*, 97(7), 1305-1310.
- Daes, E.-I.A. (2001). Prevention of discrimination and protection of indigenous peoples and minorities.: United Nations Commission on human rights.
- Das-Munshi, J., Becares, L., Dewey, M.E., Stansfeld, S.A., & Prince, M.J. (2010). Understanding the effect of ethnic density on mental health: multi-level investigation of survey data from England. *BMJ*, 341, c5367.

- Fiske, A., Wetherell, J.L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol*, 5, 363-389.
- Forman, T.A. (2003). The social psychological costs of racial segmentation in the workplace: a study of African Americans' well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(3), 332-352.
- Fukuhara, H., Mizuuchi, T., Keno, T., Wakamatsu, T., & Haraguchi, T. (2002). 西成差別実態調査報告書. Osaka: Human rights education foundation. (in Japanese)
- Halpern, D., & Nazroo, J. (2000). The ethnic density effect: results from a national community survey of England and Wales. *International Journal of Social Psychiatry*, 46(1), 34-46.
- Harris, R., Tobias, M., Jeffreys, M., Waldegrave, K., Karlsen, S., & Nazroo, J. (2006). Effects of self-reported racial discrimination and deprivation on Maori health and inequalities in New Zealand: cross-sectional study. *Lancet*, 367(9527), 2005-2009.
- Henderson, C., & Thornicroft, G. (2009). Stigma and discrimination in mental illness: Time to Change. *Lancet*, 373(9679), 1928-1930.
- Kagamimori, S., Gaina, A., & Nasermoaddeli, A. (2009). Socioeconomic status and health in the Japanese population. *Social Science & Medicine*, 68(12), 2152-2160.
- Kim, D. (2008). Blues from the neighborhood? Neighborhood characteristics and depression. *Epidemiologic Reviews*, 30, 101-117.
- Kramer, M.R., & Hogue, C.R. (2009). Is segregation bad for your health? *Epidemiologic Reviews*, 31, 178-194.
- Macintyre, S., & Ellaway, A. (2003). Neighborhoods and Health: An Overview. In I. Kawachi, & L.F. Berkman (Eds.), *Neighborhoods and Health* pp. 20-42). New York: Oxford University Press.
- Mair, C., Diez Roux, A.V., Osypuk, T.L., Rapp, S.R., Seeman, T., & Watson, K.E. (2010). Is neighborhood racial/ethnic composition associated with depressive symptoms? The multi-ethnic study of atherosclerosis. *Social Science & Medicine*, 71(3), 541-550.
- Ministry of Health, Labour and Welfare. (2007). 国民生活基礎調査. Tokyo.
- Ministry of Health, Labour and Welfare. (2008a). 国民健康栄養調査. Tokyo.
- Ministry of Health, Labour and Welfare. (2008b). 人口動態統計. Tokyo.
- Ministry of Health, Labour and Welfare. (2009). 被保護者調査. Tokyo.
- Ministry of Internal Affairs and Communications. (2005). 国勢調査. Tokyo.
- Mizuuchi, T. (2002). The Historical Transformation of Poverty, Discrimination, and Urban Policy in Japanese City: The Case of Osaka. In F. Mizuoka (Ed.), *Geography of Economy and Society*. Tokyo: Yuhikaku.
- Ohira, T., Nakamura, C., Imano, H., Okada, T., Kitamura, A., Kiyama, M., et al. (2007). Epidemiological study of preferable life style for psychological health promotion. *Nippon*

- Koshu Eisei Zasshi*, 54(4), 226-235. (in Japanese)
- Okuda, H. (2009). *差別のカタクリ*. Osaka: Kaiho Publishing. (in Japanese)
- Pascoe, E.A., & Smart Richman, L. (2009). Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 135(4), 531-554.
- Poore, A.G., Gagne, F., Barlow, K.M., Lydon, J.E., Taylor, D.M., & Wright, S.C. (2002). Contact and the personal/group discrimination discrepancy in an Inuit community. *Journal of Psychology*, 136(4), 371-382.
- Reber, E.A.S.-I. (1999). Buraku mondai in Japan: Historical and Modern Perspectives and Directions for the Future. *Harvard Human Rights Journal*, 12, 297-361.
- Spiegelman, D., & Hertzmark, E. (2005). Easy SAS calculations for risk or prevalence ratios and differences. *American Journal of Epidemiology*, 162(3), 199-200.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B., Kroenke, K., Linzer, M., deGruy, F.V., 3rd, Hahn, S.R., et al. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA*, 272(22), 1749-1756.
- Stam, R. (2007). PTSD and stress sensitisation: a tale of brain and body Part 1: human studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 31(4), 530-557.
- Tabuchi, T., Takatorige, T., Hirayama, Y., Nakata, N., Harihara, S., Shimouchi, A., et al. (2011). Tuberculosis infection among homeless persons and caregivers in a high-tuberculosis-prevalence area in Japan: a cross-sectional study. *BMC Infect Dis*, 11, 22.
- Tomonaga, K. (2004). ICERD and Buraku Discrimination. In K. Nakano, M. Yutzis, & R. Onoyama (Eds.), *Descent-Based Discrimination* pp. 44-64). Tokyo: IMADR.
- White, K., & Borrell, L.N. (2011). Racial/ethnic residential segregation: framing the context of health risk and health disparities. *Health Place*, 17(2), 438-448.
- Whooley, M.A., Avins, A.L., Miranda, J., & Browner, W.S. (1997). Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *Journal of General Internal Medicine*, 12(7), 439-445.
- Williams, D.R., & Mohammed, S.A. (2009). Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *Journal of Behavioral Medicine*, 32(1), 20-47.
- Williams, D.R., Neighbors, H.W., & Jackson, J.S. (2008). Racial/ethnic discrimination and health: findings from community studies. *American Journal of Public Health*, 98(9 Suppl), S29-37.
- Zou, G. (2004). A modified poisson regression approach to prospective studies with binary data. *American Journal of Epidemiology*, 159(7), 702-706.

Table 1. 基本属性

| | 男性 (n=928) | 女性 (n=1066) | P for difference |
|--------------------|------------|-------------|------------------|
| | No. (%) | No. (%) | |
| 年齢 | | | 0.0749 |
| 25-49 | 233 (25.1) | 296 (27.8) | |
| 50-64 | 276 (29.7) | 270 (25.3) | |
| 65-79 | 419 (45.2) | 500 (46.9) | |
| 高卒未満 | 481 (52.7) | 576 (55.2) | 0.2818 |
| 仕事なし | 387 (42.5) | 575 (55.1) | <0.0001 |
| 住居の所有なし | 614 (67.5) | 784 (74.4) | 0.0007 |
| 生活保護受給あり | 132 (14.2) | 165 (15.5) | 0.4326 |
| 外国籍(日本以外の国籍) | 50 (5.6) | 80 (7.7) | 0.0601 |
| 一人世帯 | 207 (22.3) | 312 (29.3) | 0.0004 |
| 配偶者あり | 600 (65.1) | 544 (51.4) | <0.0001 |
| 家族づきあいの頻度 | | | <0.0001 |
| ない | 150 (16.9) | 110 (10.6) | |
| 時々ある | 222 (25.1) | 233 (22.5) | |
| よくある | 514 (58.0) | 694 (66.9) | |
| 友人づきあいの頻度 | | | <0.0001 |
| ない | 211 (23.8) | 170 (16.4) | |
| 時々ある | 322 (36.4) | 365 (35.2) | |
| よくある | 352 (39.8) | 503 (48.5) | |
| 地域活動や社会活動への参加あり | 328 (37.7) | 423 (40.9) | 0.1529 |
| 家族からのサポートが受けられる | 687 (75.4) | 882 (83.5) | <0.0001 |
| 親戚からのサポートが受けられる | 161 (17.7) | 219 (20.7) | 0.0859 |
| 友人からのサポートが受けられる | 174 (19.1) | 284 (26.9) | <0.0001 |
| 現在喫煙あり | 422 (46.1) | 309 (29.3) | <0.0001 |
| 現在飲酒あり | 549 (59.9) | 386 (36.7) | <0.0001 |
| 定期的な運動習慣なし | 576 (64.9) | 727 (71.5) | 0.0022 |
| 居住地に由来する差別の被差別体験あり | 117 (13.1) | 178 (17.2) | 0.0111 |
| 西成差別 | 101 (11.3) | 163 (15.8) | 0.0041 |
| 部落差別 | 59 (6.6) | 104 (10.1) | 0.006 |
| うつ症状あり | 234 (25.6) | 293 (27.8) | 0.2668 |
| 精神疾患あり | 46 (5.1) | 79 (7.6) | 0.0268 |

Table 2. 男女別の居住地由来差別体験、うつ症状、精神疾患の割合(%)

| | | 居住地に由来する差別 の被差別体験あり | | うつ症状あり | | 精神疾患あり | |
|----------------------|--------|------------------------|---------------------|--------|---------------------|--------|---------------------|
| | | % | p for difference | % | p for difference | % | p for difference |
| 男性 | | | | | | | |
| 居住地に由来する差別の 被差別体験 | Yes | NA | NA | 43.9 | <0.01 | 9.7 | 0.01 |
| | No | NA | | 22.7 | | 4.2 | |
| 年齢 | 25-49 | 15.4 | 0.15 | 26.0 | 0.99 | 7.1 | 0.06 |
| | 50-64 | 14.7 | | 25.6 | | 6.3 | |
| | 65-79 | 10.7 | | 25.4 | | 3.2 | |
| 学歴 | 高卒未満 | 10.0 | <0.01 | 29.3 | <0.01 | 5.5 | 0.61 |
| | 高卒以上 | 16.8 | | 21.4 | | 4.8 | |
| 仕事 | 仕事なし | 10.2 | 0.03 | 32.5 | <0.01 | 8.4 | <0.01 |
| | 仕事あり | 15.3 | | 20.2 | | 2.8 | |
| 住居の所有 | No | 10.5 | <0.01 | 29.0 | <0.01 | 6.6 | <0.01 |
| | Yes | 18.3 | | 18.4 | | 2.1 | |
| 生活保護 | 受給あり | 7.9 | 0.06 | 36.9 | <0.01 | 14.1 | <0.01 |
| | 受給なし | 13.9 | | 23.7 | | 3.6 | |
| 国籍 | 日本 | 12.7 | 0.22 | 25.3 | 0.90 | 5.3 | 0.34 |
| | その他 | 18.8 | | 24.5 | | 2.1 | |
| 世帯類型 | 一人世帯 | 9.5 | 0.09 | 32.7 | <0.01 | 7.4 | 0.09 |
| | その他 | 14.1 | | 23.6 | | 4.4 | |
| 婚姻状況 | 配偶者あり | 13.2 | 0.96 | 23.4 | 0.03 | 3.3 | <0.01 |
| | 配偶者なし | 13.1 | | 30.1 | | 8.5 | |
| 家族づきあいの頻度 | ない | 15.2 | 0.53 | 42.7 | <0.01 | 8.1 | 0.12 |
| | 時々ある | 11.2 | | 32.6 | | 6.1 | |
| | よくある | 13.1 | | 17.9 | | 4.0 | |
| 友人づきあいの頻度 | ない | 12.9 | 0.77 | 42.8 | <0.01 | 10.6 | <0.01 |
| | 時々ある | 12.0 | | 26.2 | | 3.2 | |
| | よくある | 13.9 | | 15.0 | | 4.1 | |
| 地域活動や社会活動への参加 | Yes | 17.1 | <0.01 | 21.9 | 0.04 | 4.1 | 0.24 |
| | No | 10.7 | | 28.4 | | 6.0 | |
| 家族からのサポート | 受けられる | 12.4 | 0.43 | 22.6 | <0.01 | 4.5 | 0.18 |
| | 受けられない | 14.4 | | 34.5 | | 6.8 | |
| 親戚からのサポート | 受けられる | 15.6 | 0.25 | 18.9 | 0.03 | 4.4 | 0.65 |
| | 受けられない | 12.3 | | 27.0 | | 5.2 | |
| 友人からのサポート | 受けられる | 18.4 | 0.02 | 19.7 | 0.05 | 10.4 | <0.01 |
| | 受けられない | 11.5 | | 27.0 | | 3.8 | |
| 現在喫煙 | Yes | 12.5 | 0.75 | 26.5 | 0.58 | 5.8 | 0.40 |
| | No | 13.2 | | 24.9 | | 4.6 | |
| 現在飲酒 | Yes | 13.9 | 0.33 | 23.0 | 0.03 | 3.9 | 0.04 |
| | No | 11.6 | | 29.6 | | 7.0 | |
| 定期的な運動習慣 | Yes | 13.8 | 0.65 | 21.8 | 0.03 | 4.0 | 0.20 |
| | No | 12.7 | | 28.5 | | 6.0 | |