

Table 2. 続き

		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
女性							
居住地に由来する差別の 被差別体験	Yes	NA	NA	36.7	<0.01	11.4	0.03
	No	NA		25.7		6.7	
年齢	25-49	24.7	<0.01	25.6	0.47	11.8	<0.01
	50-64	19.1		27.1		5.7	
	65-79	11.7		29.5		6.1	
学歴	高卒未満	13.0	<0.01	30.0	0.14	8.3	0.43
	高卒以上	22.3		25.9		7.0	
仕事	仕事なし	13.4	<0.01	33.9	<0.01	10.5	<0.01
	仕事あり	22.5		20.9		4.0	
住居の所有	No	17.7	0.60	30.7	<0.01	9.0	<0.01
	Yes	16.3		19.1		2.7	
生活保護	受給あり	12.2	0.07	40.5	<0.01	17.7	<0.01
	受給なし	18.1		25.5		5.7	
国籍	日本	17.2	0.91	27.7	0.65	7.5	0.89
	その他	16.7		25.3		7.9	
世帯類型	一人世帯	10.4	<0.01	31.3	0.11	8.2	0.62
	その他	20.0		26.4		7.3	
婚姻状況	配偶者あり	17.3	0.90	26.3	0.23	8.1	0.57
	配偶者なし	17.0		29.6		7.1	
家族づきあいの頻度	ない	16.2	0.89	49.1	<0.01	14.8	<0.01
	時々ある	18.2		34.1		10.0	
	よくある	17.1		22.3		5.5	
友人づきあいの頻度	ない	12.6	0.15	48.2	<0.01	13.1	<0.01
	時々ある	19.4		30.9		8.6	
	よくある	17.3		18.7		4.7	
地域活動や社会活動への参加	Yes	18.6	0.35	23.0	<0.01	7.8	0.87
	No	16.3		31.3		7.5	
家族からのサポート	受けられる	17.1	0.81	25.6	<0.01	6.9	0.10
	受けられない	17.9		39.3		10.6	
親戚からのサポート	受けられる	19.9	0.24	19.7	<0.01	6.1	0.35
	受けられない	16.5		30.0		7.9	
友人からのサポート	受けられる	22.8	<0.01	23.0	0.03	7.2	0.78
	受けられない	15.1		29.7		7.7	
現在喫煙	Yes	18.7	0.41	33.6	<0.01	11.9	<0.01
	No	16.6		25.4		5.6	
現在飲酒	Yes	19.6	0.13	27.6	0.80	9.4	0.08
	No	15.8		28.3		6.4	
定期的な運動習慣	Yes	17.1	0.97	22.2	<0.01	8.8	0.34
	No	17.2		30.5		7.0	

Table 3. 男女別および学歴別の居住地に由来する差別の被差別体験ありのメンタルヘルス(うつ症状あり、精神疾患あり)に対する相対危険度

	うつ症状あり	精神疾患あり
男性		
年齢調整相対危険度	1.96 (1.53-2.50)	2.14 (1.11-4.14)
多変量調整相対危険度 Model A†	2.16 (1.69-2.76)	2.28 (1.21-4.31)
多変量調整相対危険度 Model B‡	2.02 (1.55-2.64)	1.96 (0.97-3.98)
多変量調整相対危険度 Model C§	1.89 (1.43-2.51)	1.95 (0.96-3.95)
女性		
年齢調整相対危険度	1.46 (1.16-1.83)	1.52 (0.94-2.48)
多変量調整相対危険度 Model A†	1.44 (1.14-1.81)	1.62 (1.01-2.60)
多変量調整相対危険度 Model B‡	1.42 (1.13-1.77)	1.68 (1.02-2.76)
多変量調整相対危険度 Model C§	1.40 (1.11-1.78)	1.47 (0.89-2.43)
高卒未満		
年齢・性別調整相対危険度	1.58 (1.25-2.00)	1.76 (1.02-3.02)
多変量調整相対危険度 Model A†	1.52 (1.19-1.95)	1.53 (0.94-2.49)
多変量調整相対危険度 Model B‡	1.41 (1.10-1.83)	1.54 (0.84-2.82)
多変量調整相対危険度 Model C§	1.39 (1.11-1.74)	1.37 (0.74-2.55)
高卒以上		
年齢・性別調整相対危険度	1.75 (1.37-2.25)	1.81 (1.03-3.18)
多変量調整相対危険度 Model A†	1.93 (1.52-2.46)	2.11 (1.22-3.67)
多変量調整相対危険度 Model B‡	1.89 (1.48-2.43)	2.23 (1.29- 3.88)
多変量調整相対危険度 Model C§	1.79 (1.39-2.30)	2.22 (1.27-3.89)

括弧内は95%信頼区間

† 年齢、性別*、学歴*を含むSES、住居の所有、生活保護受給、国籍、仕事の有無を調整

‡ さらにソーシャルリレーションシップ(配偶者の有無、一人世帯かどうか、家族づきあい・友人づきあいの頻度、家族・親戚・友人からのサポート、地域活動や社会活動への参加)を調整

§ さらに生活習慣(喫煙、飲酒、定期的な運動)を調整

* 学歴は性別の層別分析において、性別は学歴別の層別分析において使用

ワークショップ
平成25年3月5日(土)

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  大阪府立成人病センター
がん予防情報センター

健康の人種民族間格差

- 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。
- 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。

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. ²

部落差別（１）

- 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。
- 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、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、現在も差別され続けている。

3

部落差別（２）

- 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。先祖に関係なく、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。
- 大阪府、徳島県、鳥取県および香川県で実施された部落民研究によると、28～44%の部落民回答者が部落差別を経験していた。部落地区に居住する者はこうした謂れのない差別を受けてきた。

4

西成差別（１）

- 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。

5

西成差別（２）

- 調査では大阪市住民の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。

6

西成差別（3）

- 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。

7

“居住地に由来する差別”（1）

- 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。

8

“居住地に由来する差別”（2）

- 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。
- 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。

9

“居住地に由来する差別”（3）

- 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。

10

目的

- 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。

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):1015-21.¹¹

方法 (1)

- 2009年に大阪市西成区の一部落地区において、10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）から協力を得て、社会生活と健康の実態調査を実施した。
- 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。

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):1015-21.¹²

方法 (2)

- 性・年齢を考慮したランダムサンプリングにより4,322人を調査対象者として、2009年2月~3月にかけて調査票に回答してもらった。
- この調査はおおよそ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。

13

方法 (3)

- 2,263人が有効回答し、52.4%の有効回答率であった。
- 大阪大学の倫理審査委員会の承認を得て、解析を実施した。

14

差別の測定

- 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。(一つに○)
 1. ある
 2. ない
 3. よくわからない
- 「1. ある」を選ばれた方にうかがいます。その言葉や振る舞いは、あなたのどのようなことに向けられたものですか。(あてはまるものすべてに○)
 1. 母子家庭・父子家庭であること
 2. 障害を持っていること
 3. 女性であること
 4. 外国人であること
 5. 同和地区に暮らしていること
 6. 西成に暮らしていること
 7. 職業に関すること
 8. 住宅に関すること
 9. 身なりや服装に関すること
 10. 容姿に関すること
 11. その他(具体的に:)
- 同和地区、もしくは西成に暮らしていることを選択した場合を「居住地に由来する差別の被差別体験あり」とした。

居住地に由来する差別

- 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）（1）

- 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。

メンタルヘルス（アウトカム変数）（2）

- 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 (1)

- 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。

調整変数 (2)

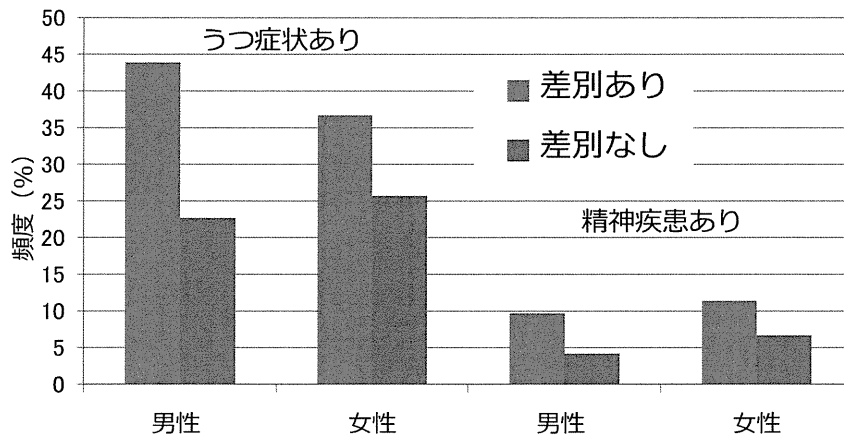
- ソーシャルリレーションシップの項目は、婚姻状況（内縁関係を含む配偶者あり、なし）、一人世帯の有無（あり、なし）、家族づきあいの頻度（よく、時々、ない）、友人づきあいの頻度（よく、時々、ない）、家族・親戚・友人からのサポートが受けられるかどうか（あり、なし）、および地域活動や社会活動への参加の有無（あり、なし）である。
- 生活習慣要因として喫煙（現在喫煙あり、なし）、飲酒（現在飲酒あり、なし）、および定期的な運動習慣の有無（あり、なし）を用いた。

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。
- 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。
- 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。
- 統計学的検定では、 $p < 0.05$ を統計学的に有意とみなした。
- すべての解析は統計解析ソフトSAS version 9.2 を用いて実施した。

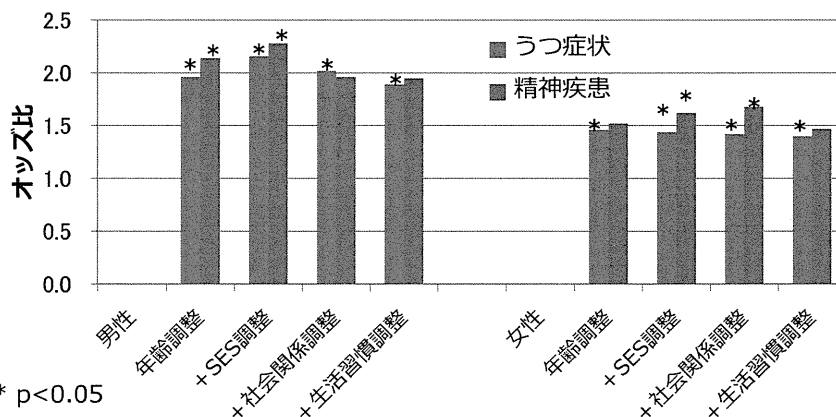
Table 1

居住地由来差別の被差別体験の有無別にみた うつ症状、精神疾患ありの頻度



男性13%、女性17%が居住地に由来する差別経験あり。男女とも、差別ありとなしとの間でうつ症状および精神疾患ありの頻度に有意差 ($p < 0.01$)

居住地由来差別とうつ症状、精神疾患ありとの関連性：多重log-binomial回帰



* $p < 0.05$

1. 居住地由来差別は、男女ともうつ症状、精神疾患ありに関連
2. SES、ソーシャルリレーションシップ、生活習慣とは独立
3. 男性、高学歴者で関連が強い

Table 3

メンタルヘルスに対する居住地由来差別の影響

- 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。

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.

誰が居住地由来差別の被害者なのか？

- 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。
- 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。
- 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。

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。
- 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。
- 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。

研究の限界

- 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。

居住地由来差別をなくすために

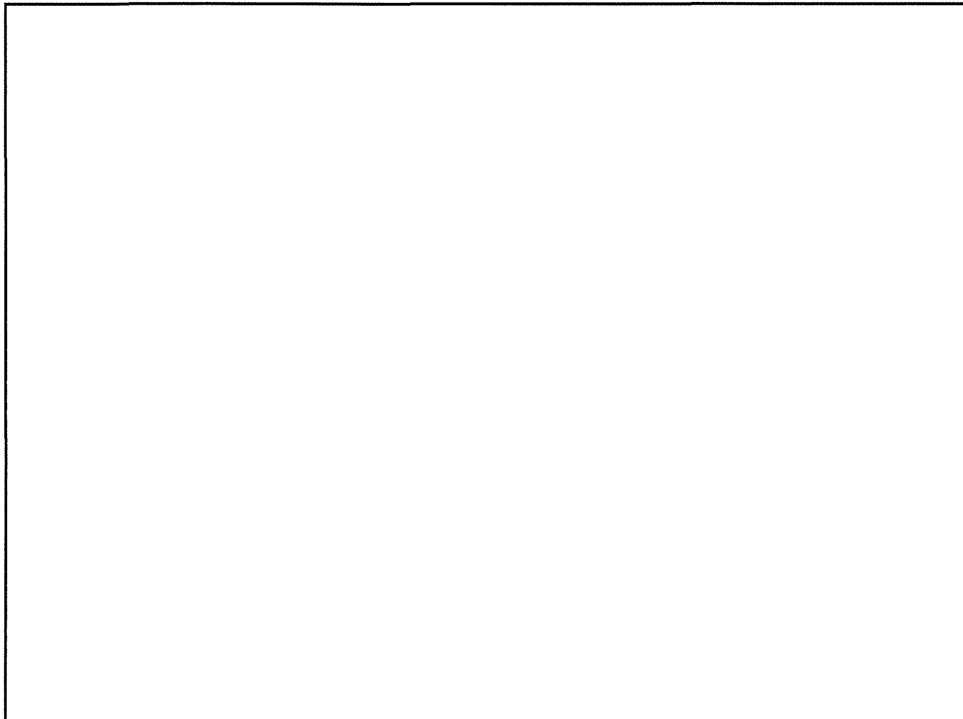
- 1969年に同和対策事業特別措置法が成立して以来、部落地区住民の生活水準は向上してきたものの、未だに十分ではない。結婚や就労、その他においても居住地に由来する差別は続いている。
- 西成区や部落地区に隣接する地域の住民では、遠く離れた住民と比較して、西成区や部落地区についてマイナスイメージを持っている者が少ないことが分かっている。地域のお祭りやボランティア活動や人権集会に参加する者では、参加しなかった者と比較して、さらにマイナスイメージが少なかった。
- 差別を減らすためには、居住地由来差別が住民の健康に悪影響を及ぼしているという事実をしっかりと伝えていくことが重要である。

結論

- 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。
- 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かもしれない。

御清聴ありがとうございました

- 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。



田淵論文への地理学者のコメンタリー

- 1 その地域の住民が偏見を内在化することにより、アイデンティティや対人関係のあり方が影響される
- 2 偏見の強い地域に居住することが、人生のチャンスに好ましくない影響を与える（教育、就職、昇進、対人交流などなど）。
- 3 地区と関連した偏見は、進歩的な行政施策を弱め、住民の疎外を改善しにくくしてしまう。
- 4 住民の囲い込みと移転は、社会的ネットワークを弱めてしまう。
- 5 偏見の強い地域という状態は長期にわたって固定化されてきた。

Pearce J. The 'blemish of place': Stigma, geography and health inequalities. A commentary on Tabuchi, Fukuhara & Iso. Soc Sci Med. 2012 Dec;75(11):1921-4.

6. 大阪の都市セグリゲーションと大阪市民の貧困観 —生活保護基準引き下げ支持の近隣効果—

川野英二

1 はじめに

現在大阪市は日本のなかでも失業率と生活保護率がとりわけ高いことで知られている一方で、橋下徹市長の下での「都構想」やさまざまな改革によっても注目を浴びている。とくに国レベルでの生活保護制度改革の動きが一般の関心を集めているなかで、生活保護率の高い大阪市では、リーマンショック以降の生活保護受給者の増加が財政に影響を与えることを危惧し、2009年に生活保護プロジェクトチームを結成して不正受給問題に取り組んでいた。2011年に橋下市長が就任したのちは、2012年7月に「生活保護制度の抜本的改革にかかる提案」をまとめ厚生労働大臣に提出、西成特区構想では有識者会議の座長自らが生活保護受給者にたいする就労義務づけを提案するなど、生活保護問題の解決が大阪市にとって喫緊の政策課題となっている。

ここ数年、生活保護に関する問題は大阪だけではなく日本全国に拡大している。そのきっかけは2008年の金融危機以降の景気悪化のために失業者が増加し、最後のセーフティネットとしての生活保護に稼働年齢人口も頼らざるをえなくなったことにある。しかしその後2011年になると、メディアをつうじて生活保護費の不正受給問題が大きく取り上げられ、日本全国で「生活保護バッシング」が急速に広まった。なかでも自民党の政治家による挑発的な生活保護基準引き下げの要請が行なわれたことが急速に世論の動向を転換させる糸口となり、厚生労働省においても生活保護改革が進みだすことになった。2012年の衆議院総選挙の結果、民主党から自民党へと政権が交代したことによって、生活保護基準額の引き下げが決定された。こうした改革を支える背景には、生活保護費の急増による財政圧迫だけではなく、低賃金で働くワーキングプア層が生活保護受給層にたいして抱く不公平感が増大しているという認識がある。最低賃金額が生活保護基準額を下回る状況のもとで、ワーキングプア層と生活保護受給層との対立・分断が生じていると指摘する専門家も少なくない。

大阪における貧困研究に目を向けると、これまで大阪をフィールドとした貧困・社会的排除に関する調査研究は数多く実施されてきた。その多くはあいりん地区や同和地区など、失業率や生活保護受給率の高い特定の地区を対象とした個別研究(モノグラフ)や、ホームレスの地理的分布を社会地図としてマッピングするなど、都市マイノリティに関する記述的な研究が主であった¹。たしかに大阪では特定地区にマイノリティ層が集住する歴史があり、とくにそこでは貧困や差別、社会的不利益が蓄積していることは多くの研究が明らかにしてきた。現在でも社会的不利地区をターゲットとした調査研究の蓄積が進み、それにもとづいた改革や政策の提言が行われることもある(大阪市立大学都市研究プラザ2012)。しかしながら、たとえば「釜ヶ崎の全国化」や「社会の総寄せ場化」という表現にあるように、大阪の特定地区の問題であった不安定就労や低所得、貧困がその地域性を超えて一般化しつつあると