

psychosocial, and behavioral factors. *Social Science & Medicine* 67(6); (2008): 988-1001.). 暴力には女性の社会特性が深く関係し、健康影響の大きな説明因子になっている (Vives-Cases C; Torrubiano-Domínguez J; Escribà-Agüir V; Ruiz-Pérez I; Montero-Piñar MI; Gil-González D, Social determinants and health effects of low and high severity intimate partner violence. *Annals Of Epidemiology* 21 (12);2011: 907-13)。女性に対する否定的なステレオタイプのもの見方が女性を恥じ、ストレスを持ち、落ち込ませるような状態に追い込んでいるその対応として非健康な行動を選んでしまう (Reid, Colleen ; Herbert, Carol.. 'Welfare moms and welfare bums': Revisiting poverty as a social determinant of health. *Health Sociology Review* 14(2); (2005): 161-173.)。

これら社会学的見地からの研究を含めてみても、女性が症状や健康ニーズを訴えにくい状況にあり、それが女性の健康度の低さをもたらしているかもしれないという仮説を検証するような論文がきわめて少ないのが現状であり、こういった観点での女性の健康に関する考察が今後深められてゆく必要があると考える。

E. 結論

健康指標とその課題、健康指標の男女差、及び女性特有の健康問題については、ある程度網羅的に研究がおこなわれていると言っていい状況であったのに対し、地域における女性支援の取り組みやDVに関する研究は、検討した範囲では今ひとつ踏み込みが足りないといえる状況であった。女性のがん健診受診率の低さや、女性が地域での保健福祉サービスの網から抜け落ちやすい状況については、十分な研究がなされていないことが分かった。このような分野に関し、研究が重点的に進められなければならない。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

グループ	入力語	検索条件	ヒット数	タイトル評価による抽出
A	women health assessment score evaluation well-being	all	1009	28
B	women's health initiative	review	477	30
C	women health assessment score evaluation well-being	free full text	279	14
D	Health scale version	all	240	22
E	menopausal hormone therapy health quality	free full text	189	22
F	women health occupation gender difference	free full text	96	13
G	health-related QOL women	review	28	1
H	women cancer screening occupation	all	81	1
I	women cancer screening attendance	all	485	4
J	women cancer screening uptake	all	545	4

テーマ	論文数
健康評価指標に関するテーマ	23
健康指標に男女差が出てくる場合に関するテーマ	18
女性特有の健康問題に関するテーマ	29
地域における支援の取り組みと DV に関するテーマ	26
女性の職場における処遇に関するテーマ	4
がん検診等の受診率の男女差やその要因に関するテーマ	9
女性が支援を受けにくい状態にさせている要因に関するテーマ	7
(検索語の関係で実情より少ない数となっているテーマあり)	

平成26年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
女性の健康の包括的支援に関する研究の今後の在り方に関する研究
分担研究報告書

「女性の健康の社会的側面にかかわる研究のあり方に関する研究」

研究分担者 森川 美絵（所属 国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部
特命上席主任研究官）

研究要旨

女性の健康における社会的決定要因(Social Determinants of Health [SDH]) をめぐる国際的な議論をふまえ、我が国における今後の「女性の健康」の社会的側面にかかわる研究のあり方を総体的枠組みや研究視点という観点から提言することを目的とする。データベース検索により得られた文献や重要文献のレビューによる限られた範囲ではあるが、「女性の健康」を社会的決定要因との関連で捉える分析視点や枠組みに関する示唆的な論考が散見され、今後の研究に関する一定の方向性が見出された。

我が国における社会経済状態等、健康の社会的決定要因のライフコースを通じた女性の健康への影響に関する研究としては、具体的には、以下のような研究に優先して着手することが望まれる。1) 疾患・達成される健康状態やそのリスク因子と社会決定要因との関連、および、その経路（パスウェイ）に関する、性別と不平等の視点が統合された研究。2) 健康リスクの集積やリスク対処の脆弱性が予想される集団（貧困等、社会経済的に過酷な状況にある女性やその世帯等）に焦点をあて、当事者経験およびコミュニティ関係者の観点から、当該集団の健康阻害状況の形成プロセスを明らかにする研究。これらの研究を行うことにより、健康に関する女性の経験と社会的決定要因との関連や影響の経路についての科学的実証的理解が、男女間や女性内部の経験の相違への配慮、社会的不利な立場にある当事者の経験の尊重のもので深まると考えられる。それにより、今まで以上に効果的・効率的な介入・予防のための公衆衛生プログラムや、保健医療福祉システムの連携体制の構築の提案につながる事が、期待される。

A. 研究目的

女性の健康における社会的決定要因(Social Determinants of Health [SDH]) をめぐる国際的な議論をふまえ、我が国における今後の「女性の健康」の社会的側面にかかわる研究のあり方を、総体的枠組みや研究視点と

いう観点から提言することを目的とする。

B. 研究方法

WHO の主要な社会的決定要因に関する文献や、米国の研究ハンドブック

Women & Health [第2版 2013年]を参照した。

また、検索データベースによる海外の原著論文の収集を行った。医学および看護系学術文献データベースの横断検索が可能な EBSCO、および、公衆衛生・社会科学系（教育・社会福祉・社会学）の文献データを網羅する Proquest を利用し、「健康の社会的決定要因」と「女性の健康」もしくは「女性/ジェンダー」というキーワードにより、文献収集を行った。これらからの検索の結果、63 論文を収集した（2014年12月16日現在）（詳細は、章末の付録「論文検索方法」参照）。

これらにおいて、日本に関する論文が抽出されなかったことから、日本語文献については、日本語の雑誌や WEB サイトから、参考となる情報を追加した。

こうした方法の限界として、文献レビューのキーワードが限られており体系的な文献検索ではないことがあげられる。特に、日本の文献については、国際的なデータベースによる捕捉が困難であり、参考となるものの収集にとどまっている。

C. 研究結果 および D. 考察

1. 女性の健康の社会的決定要因に関する研究の総体的枠組み

1) 健康の社会的決定要因 Social Determinants of Health [SDH] とは

女性の健康に関するアジェンダをまとめた WHO の報告書(WHO 2009)では、女性の健康における生物学的な決定要因と社会的な決定要因との相互関連に着目することの重要性を指摘して

いる。

健康の社会的決定要因とは、幅広い概念としては、米国で 2013 年に刊行された *Women's Health, Second Edition* での説明にあるように、「疾患や病の『医療的』原因と一般に理解されてきたものに影響する、ないし引き起こすと言ってよいような、無数の複雑な社会的な力(social forces)である」(Oaks 2013:667)。「無数の社会的な力」は、個人の疾患・病、健康アウトカムにより近いところで影響を及ぼすものもあれば、少し距離のあるところから影響を及ぼすものもある。

健康の社会的決定要因(SDH)に関する重要な国際文書、WHO刊行の『公平性、社会的決定要因と公衆衛生プログラム』(WHO 2010)では、WHO健康の社会的決定要因に関する委員会の最終報告書(WHO2008)を踏襲し、社会的決定要因に含まれるものを、以下のように定義している¹。「・・・これらの決定要因と状態に含まれるのは、権力、所得、物品、サービスのグローバルな分配と国内の分配、並びに、ヘルスケア、学校、教育へのアクセスといった即座の目に見える人々の生活状況、就労と余暇の条件、家庭、コミュニティ、

¹ これら 2 つの WHO 文書を含む「健康の社会的決定要因に関する重要な国際的文書の日本語訳」は、厚生労働科学研究（地球規模保健課題推進研究事業）「健康の社会的決定要因に関する研究班」（研究代表者 尾島俊之）にアップされている（<http://sdh.umin.jp/> アクセス日 2015年1月5日）。WHO(2010)の第1章「序論および作業方法」の翻訳は、日本福祉大学(2013a)、第14章「公平性に向けた相乗効果」の翻訳は、日本福祉大学(2013b)。健康の社会的決定要因に関する委員会・最終報告書(WHO 2008)の邦訳は、日本福祉大学(2013c)。

農村あるいは都市の環境状態、そして人々がいきいきとした生活を送れる機会の有無の程度である」(WHO 2010:Ch1 1.2「鍵となる用語と概念」, 邦訳版 日本福祉大 2013a:6)。

そして、多様な健康状態の因果経路上で発現するSDHをいくつかのレベルに分けて整理している。すなわち、「社会レベルでの社会経済的背景と立場」に影響力のあるSDH、「社会的環境レベルでの差別的暴露」に影響力のあるSDH、「人口集団レベルでの差別的な脆弱性」に影響力のあるSDHといった整理がなされている²(WHO 2010, 日本福祉大学 2013b:9-10 表 2)。

「社会的決定要因」という用語は、多くの健康問題を引き起こす基本的な駆動要因となる現象を議論するために

² それぞれのレベルでの主要な SDH として、以下が例示されている。

■ 「社会レベルでの社会経済的背景と立場」に影響力のある SDH

- ・ グローバリゼーションと都市化
- ・ 社会的地位と不平等
- ・ ジェンダー (性別)
- ・ マイノリティの境遇と社会的排除
- ・ 急速な人口構造の変化 (高齢化等)

■ 「社会的環境・物理的環境レベルでの差別的暴露」に影響力のある SDH

- ・ 社会規範
- ・ コミュニティレベルの環境とインフラ
- ・ 不健康で有害な消耗品
- ・ 未規制の市場と小売業
- ・ 広告とテレビを通じた暴露

■ 「人口集団レベルでの差別的な脆弱性」に影響力のある SDH

- ・ 貧困と失業
- ・ マイノリティ (手の届きにくい人口集団)
- ・ ヘルスケアを求める行為とヘルスケアへのアクセスの低さ
- ・ 教育と知識の不足
- ・ タバコの利用と薬物乱用
- ・ 家族とコミュニティの機能不全
- ・ 食糧不安と栄養不良

用いられている。しかし、「決定要因」として明確な統計的変数が既に示されているわけではない。むしろ、「何が『要因』として定義づけられるのか」という問いを追求すること自体も、研究を構成する重要な作業となっている(Oaks 2013)。

2) 女性の健康と社会的決定要因

女性の健康に関する経験を明らかにするという観点から見た場合、ジェンダーは、それ自体が社会的決定要因であり、他の要因の影響を検証するための「調整変数」として扱われるだけでは済まされない。WHO 健康の社会的決定要因に関する委員会・最終報告書(WHO 2008)でも、「ジェンダーにもとづく不公平は全ての社会に蔓延している。権力、資源、権利や資格、規範や価値観、そして各種組織の構成や事業の実施方法などに関するジェンダーによる偏見は、何百万人もの少女や女性の健康に危害を与えている。女性の社会的地位は、少年および少女を含む子ども達の健康や生存にも関連する。ジェンダーの不公平は、差別的な食事習慣、女性に対する暴力、意思決定権の欠如、そして労働分担や余暇、生活改善の可能性における不公正など、様々な形で健康に影響を与える」(邦訳:日本福祉大学 2013c:25)と言及されている。

但し、この指摘は必ずしも新しいわけではない。15年以上前から、すでに、「女性や男性の健康における社会的決定要因の重要性については、よく知られている。しかし、社会的経済的な機会や他者との社会的関わりに関する、女性と男性の経験の仕方の違いについては、注意が払われてこなかった」と

いう指摘がなされている(Ballantyne 1999:290)。そのなかで、Ballantyne(1999)では、社会経済的地位や社会統合の健康に対する影響をジェンダーが媒介すること、そして、女性の場合これらは複雑に絡み合っていることが議論されている。そして、女性と労働市場との関係が男女の社会的経済的不平等を形成・維持し、これが女性の健康に矛盾した影響を及ぼしている可能性や、婚姻関係の健康への矛盾した影響(配偶者を得ることで経済的・社会的サポートの機会が向上する一方、ペイドワークやアンペイドワークへの女性自身によるコントロールを減らし、女性の健康状態の増加につながったり妥協につながったりする)についても、指摘されているのである。

「男性との格差、男女間の不平等による不公正」は、女性の健康のみならず、社会における健康の不公正の是正という観点から重要課題の柱の一つであり(WHO2008)、この不公正に関する科学的知見の集積は不可欠である。アジアにおいては近年ようやく着手されつつある作業であるかもしれず(Chun et al. 2008)、日本におけるエビデンスの集積が必要であろう。

3) 女性、男性の多様な経験の解明への貢献へ

しかし、女性の健康に関する不公正と言う問題は、男性との格差、男女間の不平等・不公正の問題に限定されるべきではないという指摘もある。例えば、WHO の上記最終報告に対する批判として、男性と比較した場合の不公正な相違にターゲットを絞った議論が目立つことへの批判も出された(例えば Bates, Hankivsky and Springer

2009)。

Bates, Hankivsky and Springer (2009)によれば、最新のジェンダー論においては、アイデンティティや抑圧の個別的なカテゴリ(社会階級、ジェンダー、人種/エスニシティ、性的オリエンテーション)を個別的に取り上げること自体の限界に関する認識が広がりつつある。分析視覚の新たなパラダイムは「領域横断性」であり、社会的諸階層間の相互作用に焦点をあてるものである。つまり、個々の経験は、複数のカテゴリのなかで構成される個々のダイナミックな社会的位置によって形作られており、それは、単に、ひとつひとつのカテゴリを足し合わせる以上のあり方である、という理解に基づくという。そして、こうした視点から示唆されるのは、ジェンダーに係る健康課題についても、ジェンダーが、複数の権力関係の軸の中に、どのように埋め込まれているか、また他の諸軸とどのような相互関係にあるのかという点に注目する必要性であるという。こうした視点に立った研究は相対的に少数だが、そうした研究パラダイムの有効性・有用性も示されている。例えば、高所得国におけるジェンダー間の相違は、人種や社会階級により多様であることを示した研究などがあるという。

Bates, Hankivsky and Springer (2009)では、その他の限界として、「ジェンダーの不公正」の問題が、もっぱら「女性の健康問題」に特化されていることの限界・問題が指摘されている。マスキュリティ、男性性も、ジェンダーの大きな課題であり、マスキュリティを媒介した健康リスク行動等は男性に密接にかかわる。また、マスキ

ユリニティも、それらと、他の権力関係との関連のなかで、健康影響に帰結するものである。

こうした議論が示唆するのは、女性、男性の経験の知見の集積においては、男女差、男女間の不公正に焦点化しただけの実証的知見では不十分であり、「女性内での多様な経験」についての事実と説明モデルが求められるであろう。ジェンダーが、複数の権力関係の軸の中に、どのように埋め込まれているか、また他の諸軸とどのような相互関係にあるのかが問われねばならない。

日本においても、社会的経済的格差と健康格差との関連が指摘されているが、それらと、ジェンダーという要因との関連を明らかにするなかで、男性、女性の双方にとって、男女間および男性内部、女性内部の健康に関する多様な経験、健康影響のあり方を捉えようとするアプローチが必要である。

4) 女性及び男性の健康に関する経験を、社会的決定要因を含めて理解するために

社会的決定要因に関する上記の理解をふまえると、女性の健康に関する社会的決定要因を含めた科学的な探究には、以下の点が含まれる。

①決定要因のパスウェイと諸要因の関連の探求

- ・「何が社会的決定要因となるのか」という問いから始まり、
- ・女性の健康に影響を及ぼす社会的な諸要因を
社会的環境 ⇒ 集団レベルでの暴露
⇒ 集団レベルの脆弱性、健康を促進する要素 ⇒ 個人レベルの健康リスク

行動、リスクを補償する行動、健康を促進する行動 ⇒ 個人の疾患・病 ⇒ 個人の健康アウトカム といった社会から個人レベルまでの多様なレベルのなかに位置づけ、

・要因の因果の流れを諸要因間の関連も考慮したパスウェイのなかで理解していくこと、
の探求である。

なお、社会的決定要因に関する研究の課題としては、因果関係と、因果関係のない統計上の相関とを区別することが指摘されている(Bates, Berkman and Glymour 2013)。

②効果的介入に向けたリスク要因への着目

WHO(2010)の報告書では、公衆衛生の主要プログラム 12 分野について、公平性に影響する社会的決定要因、公平性の向上にむけた介入のレベル、具体的プログラムを議論している³。これらの公衆衛生状態の分析においては、5つの分析レベルを設定し（3つは社会レベル：「社会経済的背景と立場」「差別的な暴露」「差別的な脆弱性」、2つは個人レベル：「差別的なヘルスケアアウトカム」「差別的な帰結」）、各レベルに関して「社会的決定要因の影響とそれによる不公平性への寄与の経路、程度、社会格差」、および、「見込のある介入の入口」等を立証・記録している(日本福祉大学 2013a:8-9)。

これらの公衆衛生プログラムは、当

³ 公衆衛生の主要プログラム分野として提示されているのは、アルコール、心血管疾患、子どもの健康と栄養、糖尿病、食の安全、精神障害、顧みられない熱帯病、口腔衛生、意図しない妊娠と妊娠のアウトカム、喫煙、結核、暴力と不慮の負傷、である。

然ながら主たる健康のリスク要因に関わっている。そして、女性の健康促進においては、疾病ごとのアプローチの重要性もさることながら、それを超えてリスク要因への暴露に着目する視点の重要性が指摘されている。

例えば、暴露と女性の健康との関連についての文献レビューからは、同じリスク要因から多様な疾病状態が生じること、健康への悪影響への共通のリスク要因と関連するパスウェイを明らかにすることで、一つに限らない疾病に影響を及ぼす介入を発展させることができることも指摘されている(Chibber, Kaplan, Padian et.al. 2008)。また、暴力は、性的・リプロダクティブヘルスの重要なリスクであり、精神的な不健康や他の慢性的健康問題のリスクでもある(WHO 2009)。

暴露に対する脆弱性に関しても、ジェンダーの視点は不可欠である。例えば、喫煙行動が、それがどのような因子と関連するのかは、ジェンダーにより異なるという知見もあり(DeFronzo and Pawlak 1994)、効果的介入の検討においてジェンダー差の理解は不可欠である。

2. 女性の健康の社会的側面に関する研究のアプローチ・視点

女性の健康の社会的側面に関する研究のアプローチ・視点を整理し、1)～5)のようにまとめた。

1) 女性のライフコースにおける多様な社会的役割の相互関連性と健康

① 社会的役割の複数性、相互関連性—仕事と健康をめぐる課題を中心に

健康に影響を及ぼす社会的要因は、男女にかかわらず存在するが、女性の健康の研究においては、女性の健康をその背景と共に理解する重要性・必然性は極めて大きい(Goldman, Troisi and Rexrode 2013b)。その背景として見逃せないのは、女性のライフコースにおける社会的役割の多様性、そして、それらの相互関連性である。例えば、就業者としての役割、子育てや介護等のケア責任を持つものとしての役割、配偶者への配慮や家事を担う役割等は、一人の女性の生活において同同時期に遂行され、それぞれの役割遂行の仕方は他の役割遂行との関係から切り離して考えることは難しい。

「複数の社会的役割の相互作用」という課題は、とりわけ、仕事／ワークに関連する健康課題を論じる時に重要なものとなる。就業中の女性の健康は、職場環境による影響はもちろんのこと、そのみならず、上記のような複数の役割遂行の影響も大きい。一口に仕事／ワークといっても、雇用労働としてのペイドワークのみならず、家庭内の家事や育児や介護等のアンペイドワークがあり、アンペイドワークの多くを女性が担っている（特に日本においては後者の配分の不均衡が大きい）。しかし、後者の影響や、および、ペイドワークとアンペイドワークの組合せがもたらす影響について、「ワークと健康」という議論のなかでの積み上げは多くはない。

仕事と健康に関する研究をジェンダー視点から批判的に検討した Artazcoz et.al. (2007)は、ジェンダー視点からみた伝統的な産業疫学のギャップ・限界として、従来の研究が女性の健康に対する関心がより少ないこと、仕事に関

連する健康のジェンダー不平等に関する研究は、社会階級や、健康に対する家族の需要についてほとんど考慮されていないこと、さらに、ジェンダー、社会階級、雇用上の地位、家族での役割の間にある相互関連の可能性についての考慮が十分でないこと、また、健康指標に応じた社会的決定要因の相違の検討も不十分であること、等を指摘している。そして、今後の研究課題について、伝統的な産業疫学の枠組み、ジェンダー視点からの研究枠組み、それぞれの観点から論じている。

伝統的な産業疫学の枠組みにおける課題としては、リスク暴露とそれに関連する健康問題について、性別役割・ジェンダーを考慮し、両性の健康状態と特定の就業環境を把握するための変数が用いられる必要があるとする。そして、仕事と健康に関するジェンダー視点の分析は、伝統的枠組みを超えた研究枠組みも必要としており、ジェンダー、家族役割と雇用（家庭内のケアワーク等のアンペイドワークとペイドワーク）、社会的階級の複雑な相互関連を考慮した分析および研究デザインを発展させる必要があるとする (Artazcoz et.al. 2007)。

こうした研究課題についての指摘は、最新の「女性と健康」に関する研究ハンドブック第2版 *Women and Health, 2nd Edition, 2013* での産業保健に関する議論においても引き継がれており (Stellman 2013)、現在に至るまで続く課題といえる⁴。

⁴ なお、伝統的な産業疫学で扱われるリスク暴露に関する課題について、Stellman(2013)では、以下のような事例をあげている。ひとつひとつを取り上げてみれば、既存の健康リスクに関する基

仕事と健康をめぐる女性の経験は、女性が遂行している役割の多様性と相互関連性を考慮しうる分析手法や、女性が経験しつつも従来の基準ではとらえにくい健康影響の因子の検討が今後蓄積されることにより、その実態がより明らかになると言える。因子間の相互関連性や見過ごされてきた因子の探索においては、質的調査の重要性も見過ごせない。就労中の女性（そして男性）の健康に関する経験を丁寧に聞き取る探索的研究と、大規模調査によるエビデンスの積み上げの両輪の展開が期待される。

②ライフコースを通じた社会的要因・条件の蓄積が、健康に及ぼす影響（高齢期の健康等）

個々人の健康は、ライフコースを通じた諸々の社会的条件の蓄積からも影響を受ける。Bates, Berkman and Glymour(2013)によれば、従来のライフコース疫学研究の多くは、非常に初期の暴露（出生時の体重、幼少期の貧困）に着目してきた。しかし、成人早期から成人中期の社会的条件（例えば就業歴や婚姻歴）が高齢期の健康に及ぼす影響については、十分に着目されていないという。

こうした視点は女性のライフコースを通じた健康増進という観点から、極

準等ではひっかからないが、それらが多様に集積することにより、結果として本人が職場を辞めざるを得ないほど健康を害する結果となった事例である。この事例が示唆する職場環境は、女性のみが置かれるわけではないが、従来の「男性中心の職場」の研究から積み上げられてきた健康基準とは異なる視点から、職場の健康基準を検討していく必要を示唆すると言えよう。

めて重要であろう。女性が置かれた社会的役割や社会的条件と健康状態との共時的関連（クロスセクショナルな分析）にとどまらず、女性のライフコースにおける社会的諸条件・役割の蓄積が、高齢期にどのように健康影響としてあらわれるのかという視点からの調査研究は、より健康な高齢社会の実現にむけ、高齢期における貧困や要介護状態の女性割合が高いことも加味すればなおのこと、日本での本格的な展開が望まれる分野であろう。

QOL レベルの研究として、イギリスでは、高齢期の QOL に関する共同研究プログラム (Growing Older Programme) による大規模調査が行われ、高齢期の QOL 格差について、ジェンダー差や社会経済格差との関連を含む興味深い知見がまとめられている (Walker, Alan ed. 2005 = 邦訳 2014 ; 第 3 章「高齢期における QOL 格差」)。ライフコースの影響の分析も一部なされており、考察では高齢期の QOL 格差には、ライフコースが圧倒的に決定力のある条件づけプロセスであると結論づけるのは誤りであり、現時の影響が強いことが指摘されている。同時に、現時の状況とは、ライフコースの積み上げにより形成されており、「現時」と「ライフコース」との二分法的な視点による考察への注意も促している (Walker, Alan ed. 2005 = 邦訳 2014:50-51)。

③ ライフコースおよび社会的要因そのものの急激な変化（結婚、経済状態、仕事等）に伴う、将来的な健康状態の予測

女性のライフコースや社会的要因をめぐる状況そのものが、時代とともに

大きく変化していることにも注意が必要である。このことは、世代間でのライフコースの相違をも組み込んだ、女性の健康に対する社会的決定要因の分析の必要性を示唆する。日本でも、女性の社会進出、就労の促進にむけた動きがあるなかで、社会変動を組み込んだ分析の意義は、より高いと言える。

海外の研究成果として、Rostad, Schei and Krokstad(2006)では、ノルウェー女性が、戦後、高等教育や職場への進出といった、生活上の大きな変化を経験し、「専業主婦」中心の世代から、「働く女性」中心の世代へ移行した背景をふまえ、こうした変化が、女性の健康に与える影響について検討している。具体的には、1980年代、90年代に実施されたノルウェー女性の健康調査を突合せ、「専業主婦コホート (1926-1935 生)」と「ワーキングマザーコホート (1946-1955 生)」について、それぞれの健康自己評価と社会的要因との関連に関する比較分析を実施している。

各国で、女性の教育、就業、子育て、結婚等を規定するマクロな社会体制（福祉レジーム）が大きく異なることから、こうした外国の分析結果が日本の状況にあてはまるとは言えない。日本においても、女性の健康に関する大規模調査データをもとに、大きな社会変化の経験に関する世代の相違を考慮したコホート研究が、日本の状況に即して進められることが望ましい。そして、未来を見据えた女性の健康対策という観点からは、女性の就業、結婚、教育達成といった社会的決定要因の状況変化が、今後の女性の健康状態（死亡率や疾病等）のトレンドにどのような影響を及ぼすかの予測も、必要にな

ろう(Bates, Berkman and Glymour 2013)。

2) 女性内の社会経済的格差と健康

①社会的決定要因の重要テーマとしての社会経済的地位

女性の社会的経済的地位と健康状態の間のパスウェイについて、各国で議論がなされているが、地域間の相違もみられる。例えば、サンクトペテルブルク(ロシア)とエストニアやフィンランドでは、女性の健康の自己評価と社会経済的地位(教育レベル、収入、雇用)の関連の仕方がことなることが指摘されている(Dubikaytis et.al 2014)。

なお、健康状態について、自己評価ではなく具体的な病気・疾病のレベルで、女性内の社会的経済的格差と健康格差の関連の検証も必要となろう。

例えば、Luddy (2007)は、アイルランド(当時、ヨーロッパ内で貧富の格差が大きい国)における女性の健康の社会的経済的地位による格差を、がん、メンタルヘルス、心血管性疾患、性と生殖に関する健康に着目して検討し、社会的経済的地位の低い女性は、健康状態および健康状態を悪化させるリスクに関して、もっとも不利な状態に置かれていること、教育の欠如、情報の欠如、疾病に寄与するリスク因子に関する認知の欠如といった課題があることを明らかにしている。

また、アウトカムレベルではなく、アクセスレベルでの影響についての分析もある。例えば、Hall, Dalton and Johnson (2014)は、女性のリプロダクティブヘルス・サービスの利用に関する社会経済的要因の影響について、2006年-10年のトレンドを分析し、サ

ービス用の決定要因には、年齢、経済的貧困、失業、教育達成等が影響しており、女性内部でのリプロダクティブ面での不平等をもたらしていることを指摘している。

これらの研究から示唆されるのは、日本特有の女性の健康状態と社会的経済的地位との関連について、日本の特徴的な点を他国との相違を含めて明らかにし、日本の特徴をふまえた介入手法の開発に結び付ける必要があるということである。その際、複数年の大規模統計データの分析により、サービス利用・アクセスや健康のアウトカム(自己評価、病・疾病レベル)等への健康への社会経済的要因の影響に関する基礎的データを積み上げることの重要性である。これらにより、女性のライフコースを横断した、「保健医療サービスへのアクセス、健康行動、健康への帰結」の関連を、社会的決定要因を考慮して解きほぐしていくことが可能になる。

②男女間、女性内の格差の把握・理解にむけた階級不平等とジェンダー視点の統合

上記のような大規模調査データを用いた分析を含め、男女間、女性内の格差の把握・理解にむけて、階級不平等の視点、ジェンダー視点の両者を統合させた分析の必要性が指摘されているのは興味深い。

階級不平等の視点にジェンダー視点を統合させた調査の必要性を指摘する議論として、例えば、Rohlf et al. (2007)がある。Rohlf et al. (2007)は、スペインにおける健康の社会的決定要因に関する研究は、階級の不平等に主として着目しており、健康調査もその

ような観点から設計されてきたという。そして、ジェンダー視点、性差の視点が健康調査にどのように反映されてきたのか、その動向レビューしている。そして、ジェンダー視点、性差の視点をふまえた時、どのような項目がSDH関連の指標として調査に含められる必要があるのかを含め、今後の健康調査のあり方を検討している。

それによれば、i)ジェンダー差と不平等を把握する上で必要な項目として、家族構成・状況、再生産活動、仕事場と社会一般に関する設問（例：家事、IPV (Inter Personal Violence)、差別、就業の条件と時間等）があるという。また、ii)階級やジェンダーによる疾病率の格差や、異なるライフステージを考慮した健康指標が設定されなければならないという。iii)さらに、分析は性差により区分されるべきであり、また、男女間の健康差を説明する理論枠組みを考慮した結果の考察が必要であるという(Rohlf et al. 2007)。

これに対し、カナダにおける若年女性及び女性が経験する健康格差 Health Gap を理解する上での社会的決定要因という観点のあり方についての論考では(Benoit et al. 2009)、女性の健康格差については、ジェンダー・性の差に加え、社会階層の主要な側面について考慮した分析が必要であることが指摘されている。そこでは、社会的経済的地位、人種・エスニシティ、移民の地位、雇用上の地位、地理等の要因や、さらには、国家の健康政策をはじめ、健康実践を形づくる広い構造的プロセスをふまえ、ギャップの状況を理解することが必要であることが指摘されている。そして、社会的な位置の脆弱な人々にとっての社会的セー

フティネットが弱体化してきていることの影響についても、指摘がなされている(Benoit et al. 2009)。

日本では、階層的な要素も含めた社会的決定要因の議論が高まりつつあるが、日本についても Rohlf et al. (2007)で指摘された i)~iii)について、国内の現状と課題を整理する必要がある。また、女性の健康格差の理解には保健医療福祉政策や社会的セーフティネットのあり方も大きく関連していることが示唆され、これらの国内における実証的検証も不可欠であろう。

3) 社会環境：地域性・コミュニティ、ソーシャルネットワーク、ソーシャルキャピタルの影響

社会環境の違い、とくにコミュニティやソーシャルネットワーク、ソーシャルキャピタルの影響については、日本でも社会的決定要因のなかで積極的に取り組まれてきた分野である。

高齢女性の健康に対する社会的決定要因として、都市と田舎での因子の影響の違いを検討しているものがある。Wanless, Mitchell and Wister(2010)では、カナダにおける健康の社会的決定モデルの都市部、田舎での適用のあり方の相違が検討され、相違を説明する因子として、居住費、保健医療福祉サービスへのアクセス、田舎の文化などが、可能性としてあげられていた。

また、健康リスク行動に関するローカルな決定要因、その関連におけるジェンダー差の検討もなされている。

Kinoti, Jason and Harper (2011)は、ケニアにおけるアルコール・薬物等の利用について、社会的要因、個人的要因に加え、コミュニティの要因が影響している可能性を指摘し、ローカルレ

ベルでの入手のしやすさが、利用の高さに関連していること、また、同種のリスク行動でも(例:瓶ビールの飲酒)、ジェンダーにより自己肯定感との関連が異なり(リスク行動と心理的因子との関連も確認されるが、関連の方向はジェンダーにより逆転する)などを指摘している。

地域・ローカルな状況により、健康に対する因子の影響が異なることや、因子とリスク行動との関連の方向性がジェンダーで異なるといった知見について、具体的に日本の文脈での理解の深化が必要であろう。それにより、地域差やジェンダー差を考慮した、より効果的な介入手法につながるだろう。

4) 女性の主要な健康リスク要因としての暴力

女性に対する暴力(IPV(Inter Personal Violence=親密な関係にある者からの暴力)や性暴力)は、古くから、国際的に女性の健康に影響する主要な要因であり続けている。

どの程度の健康影響であるかについては、IPVの激しさが指標となること、暴力からの離脱後も健康への影響は続くこと、そこには資源へのアクセスという媒介項もあること、また離脱後の影響はコストという観点からも長期にわたることが示された。

具体的には、IPVの健康影響の指標に関するスペインでの調査研究(Vives-Cases et al. 2013)では、健康影響の指標としてIPVの激しさの分布が活用できることが示された。また、IPVの激しさの程度と被害女性の社会的属性との関連については、IPVの激しさの大小にかかわらず女性の社会的属性が類似していること、但し、具体的・

物理的サポートのない離婚女性の方が激しいIPVの報告多いことが、報告されている。

カナダの研究では(Ford-Gilboe et al. 2009)、離脱後の309人の女性を対象に、暴力離脱後の初期における女性の健康における暴力の影響および資源へのアクセス状況が検討された。IPVが深刻なほど離脱後の女性の健康状態が悪いが、ここには、暴力の直接的影響に加え、被害女性の資源(個人的、社会的、経済的)へのアクセスという媒介項があることが確認された。このことは介入ポイントとしての資源へのアクセス支援の重要性をも示唆する。

同じくカナダの研究では(Varcoe et al. 2011)、健康への社会的決定要因のアプローチにより、暴力関係から離脱後(平均20か月)の、女性一人当たりの暴力に起因するコスト(公的、私的合計)を検討した。結果、年間約150万円が算出され、離脱後もコストは長期にわたることが明らかにされた。これは、個々の被害者のコストのみならず政策的な介入効果を推計する上でも必要な情報となる。

WHOでも、女性への暴力が、女性の健康を脅かす主要なリスク要因であるというエビデンスにもとづき、DVないしIPVや性暴力への対応をヘルスケア・公衆衛生の最重要課題の一つとして明確に位置づけ、積極的な情報発信を行っている(Garcia-Moreno, Claudia & Charlotte Watts 2011, WHO 2013a, 森川 2014)。近年では、公衆衛生的なアプローチによるIPVや性暴力のリスク因子・保護因子の検討や、介入効果に関する先行知見の系統的な収集と検討がなされ、女性への暴力(性暴力およびIPV)への初期対応

やその後のケアに関する臨床対応および政策のガイドラインも出した(WHO 2013b)。今後、各国は、このガイドラインを反映させ、国内のガイドラインの見直しや施策実施が求められることになっている。

5) 有効な政策、介入プログラムの開発への貢献

①政策評価とのリンケージ

近年、国際的な健康の社会的決定要因に関する研究の場においては、政策評価との関連を重視する動きが強まっている。尾島(2014)によれば、「社会的健康格差が拡大傾向にあることについて、2 極化する社会階層の問題に加え、喫煙など社会階層と密接に結びつく生活習慣による健康影響の相対的重みが増していることなどについて議論がなされた。また科学的知見により問題構造を明らかにするだけでは、具体的な政策的インパクトに欠けること、政策的ターゲットと介入の方策についても、具体的な提言が必要であること、そしてそれにつなげるうえで、単に社会的健康格差があることを示すだけでなく、またそのメカニズムについて実証的な検討をするに留まらず、社会実験を含む政策的介入研究や政策評価研究こそが求められている」(尾島 2014:4-5) ことが、国際的な動きとしてあるという。

社会政策は、学校、就労、家族といったそれぞれの生活の局面で女性が直面する日々の社会的コンテクストを形作っており、それら諸政策を評価していくことが、健康の主要な決定要因についての議論には欠かせない(Bates, Berkman and Glymour 2013:680)。

しかし、少なくとも女性の健康に関する研究としては、健康の根本的な要因になりうるものを規制している主要な社会政策が、どのように健康に影響しているのか、ほとんど理解が進んでいないといった批判的指摘も、なされている(Bates, Berkman and Glymour 2013:680)。

これは、日本における女性の健康の科学においても、重要な指摘として受け止めることができるだろう。多様な社会政策が女性の生活に影響を及ぼしてきたことは、ジェンダー視点の社会政策研究等により多くの知見の積み重ねがある。他方で、それを「女性の健康」という視座から捉え直し、健康影響の科学的研究および政策評価研究として展開することが、日本でも求められよう。

②質的研究の貢献

女性の健康の社会的決定要因に関する研究には、ポピュレーションベースの調査による女性の健康と社会的決定要因との関係の分析のみならず、特定の女性グループの健康が社会的決定要因と関連するプロセスを描く調査研究がある。前者のみに依存するのではなく、後者も重要であること、特に後者は社会政策と健康とのつながりを明らかにする点で優れていることが指摘されている(Wuest et al. 2002)。

後者における研究手法の検討もすすめられている。例えば、(Wuest et al.2002)は、グラウンデッドセオリアプローチ⁵の有効性について指摘し、

⁵ グラウンデッドセオリアプローチ(Granted Theory Approach)は、保健医療福祉分野の代表的な質的研究手法のひとつである(Pope and Mays 2000:76)。

対象者の主観的経験に対象を限定するという従来のグランデッドセオリーの方法論的限界を乗り越えるため、構造的条件を理論的に抽出しうる方法論の提示を試みている。

個々の質的研究の成果を、社会的決定要因の概念的枠組みにもとづき蓄積・評価していくことで、政策的に考慮すべき事項が明らかになることが示唆されることもある。Nagata, Gatti and Barg (2012)は、妊娠可能年齢の女性の鉄分サプリメント摂取の社会的決定要因に関する質的データのシステマティックレビューにより、要因を7つの分野に整理しており⁶、分野別の政策的介入に結び付くものである。

③特定集団・ハイリスク集団へのアプローチにおける当事者やコミュニティメンバーの視点の重要性

特定集団・ハイリスク集団へのアプローチにおいては、質的研究が力を発揮するが、とりわけ、当事者やコミュニティメンバーの視点からの研究の重要性は見逃せない。

その方法論的特徴は、帰納的手法にある。すなわち、データから、対象独自の類型・概念を生成し、生成した諸概念、諸概念間の相互関係を体系的に示すことにより、研究対象とした事象を説明する理論を構築しようとするものである。この手法は、ヒューマンサービス領域における人間の社会的相互作用のプロセスについて、検証すべき理論モデルが不在・未確立の状況下において、その状況を説明するための理論構築に資するものとして位置づけられている。

⁶ 文化的規範と社会が重視する価値、政治的・社会経済的な環境、教育とコミュニケーション、社会的な組織と社会関係、ヘルスケアへのアクセスとサプリメントの供給、食事と栄養の利用可能性、治療方針に従うこと。

カナダにおいて苛酷な環境にいる（ホームレスの）若年女性における性に関する保健サービスの役割・有効性について検討した Oliver and Cheff (2012)は、当事者8人のライフヒストリーおよび参与観察⁷の方法により、サービスアクセスや情報入手の当事者経験を丁寧に分析している。そこでは、本人たちの主体性やエンパワメントを阻害するような保健・福祉サービス提供側のかかわりについての経験も明らかにされている。研究知見の教訓として、サービス提供における文化的に有効なアプローチ、性に前向きな姿勢、非審判的態度で臨むこと等の重要性が抽出された。

また、Reid and Herbert (2005)は、貧困と女性の健康との関連について、インタビュー、ミーティング等で得られた質的調査データのコード分析等により、「貧困女性グループの視点」からの検討を行っている。社会経済的要因による健康増進関連の資源へのアクセス阻害や健康行動への影響（食生活や運動への影響）、ネガティブなステレオタイプがシステム的な障壁となり物質的な困窮を高め、サービスや資源アクセスのエンタイトルメント（一定の基準を満たすことで利用できる資格）を制限していること、などが明らかにされた。また、ステレオタイプが貧困女性自身の心理にも影響し、その対処戦略がネガティブな健康行動とし

⁷ 参与観察とは、質的研究法としての観察の形態のひとつ。研究者が観察対象者の集まるコミュニティ、社会などにその一員として参加しつつ観察を行う形態。これに対し、研究者が観察状況を設定し対象者に何らかの言動を要求するような形態は、実験的観察という（岩田他編 2006:157）。

て顕在化していることも、明らかにされた。

Underwood et al. (2011)は、HIV に対する若年女性の脆弱性に関する構造的要因に関する研究をしている。HIV に対する脆弱性に関して、コミュニティメンバーの視点からの分析が少なく、若年女性に焦点化した研究は皆無であるというこれまでの研究課題を踏まえたものである。コミュニティメンバーに対するフォーカスグループインタビューにより分析し、若年女性の HIV への脆弱性が、多面的な水準および局面をもつこと、これを克服するための包括的な予防アプローチが必要なことが指摘されている。

これらの研究が示唆するのは、地域内でのサービスシステムの構築に不可欠な作業として、以下のような当事者経験に即した研究である。ひとつは、貧困等の困難にある者や特定グループに焦点をあて、疾病ないし健康・疾病のリスク因子に対する脆弱性、個人のリスク行動やリスク要因について、またサービスへのアクセスや提供者との関係（の課題）について、事者の視点やコミュニティメンバーの視点をふまえ、それらの形成プロセスを明らかにすることである。さらに、政策的な示唆を得るには、構造的要因とのかかわりを明らかにすることも求められる。

3. 日本での議論

1) 健康の社会的決定要因におけるジェンダー、女性の健康

日本においても、健康の社会的決定要因については関心が高まりつつあり、一般向けにこれまでの知見の発信もなされている（近藤 2005, 近藤 2010, カ

ワチ 2013）。大規模な統計データや調査研究プロジェクトから得られたデータを用いた、ジェンダー差を考慮した研究も、本格的に展開されつつある。

Honjo 等(2008)は、コホート研究データ（JPHC Study Cohort I）を用いて、それまでほとんど検討されてこなかった、教育レベルと仕事や家庭での社会的役割との関連という観点からの女性の健康の多様性について、心血管疾患を対象に検討した。教育レベルの高い就業女性においては、複数の社会的役割が心筋梗塞のリスクを低める可能性が示唆された。

Fukuda and Hiyoshi (2013)は、国民生活基礎調査（2003-7）と国民健康・栄養調査（2003-7）の2つを突合させて作成したデータセットを用いて、日本人成人における心血管疾患リスク因子（肥満、高血圧、糖尿病、高脂血症、糖尿病）と世帯支出（社会経済的状況の代表指標）や結婚歴（未婚・既婚・離婚・死別）との関連を、性別による相違に注目して分析した。そこでは、男性は、世帯支出とこれらのリスク因子との有意な関連見出せず、女性については、世帯支出の低さと、肥満、高血圧、糖尿病との有意な関連、および、複数のリスク要因との有意な関連が見出された。既婚・未婚の比較では、リスク要因は女性の場合既婚の方が未婚より高くなるが、男性の場合は既婚の方が未婚より低くなることなどが指摘されている。今後の課題として、発見された関連についての「説明モデル」の追及があげられている。こうした研究成果は、疾病のリスク因子や健康行動と社会経済状況との関連の、日本におけるジェンダー差を明らかにすることに寄与する。

Fukuda and Hiyoshi (2013)では、既存の全国レベルの標本調査データは、女性の健康に関する研究に有効活用しうるが、分析上の制約もあることも明らかになった。具体的な研究の限界として、考慮すべき重要因子（教育、職業階層、居住地域等）が網羅されていないことや、データ突合により得られたサンプルのセレクションバイアス等が指摘されている。サンプリングの妥当性・代表性に関しては、経済階層別の代表性(特に、低所得・困窮者層が過少に評価されている可能性)や、年齢階層・世代差等の考慮も課題になるだろう。

健康の社会的決定要因については、分野横断的な理論・方法にもとづき継続的に把握すべきと判断された社会的因子を含むオリジナルなデータを収集する、本格的な継続調査も実施されている(Takada, Kondo and Hashimoto 2014)⁸。これらは、社会科学と健康科学とを統合したアプローチのもとで展開されている⁹。これらの研究では、男

⁸ 階層、健康、収入、近隣関係に関する日本の首都圏を対象にした、現在進行中のパネル調査(J-SHINE)の概要紹介。東京都特別区・市部の住民 25-50 歳のランダムサンプリング:第 1 次 2010 年 4357 名 (+配偶者・子ども 2011 年)、第 2 次 2012 年 (+配偶者・子ども 2013 年)。把握情報:社会人口統計情報、世帯経済、健康自己評価、ヘルスケア利用、ストレス・心理面の変数、成育歴。

⁹ その成果は、以下のように市民向けにも情報発信されている。「日本の「健康社会格差」の実態を知ろう」研究成果の報告 平成 21~25 年度文部科学省科学研究費新学術領域研究(研究領域提案型)「現代社会の階層化の機構理解と格差の制御:社会科学と健康科学の融合」(略称「社会階層と健康」)
<http://mental.m.u-tokyo.ac.jp/sdh/pdf/messagetopeople.pdf>

女差への言及もあり、また、パスウェイの解明という視点もある。これらの研究成果は、WHOの健康の社会的決定要因アプローチや健康日本 21 (第二次)のような(超)国家レベルの健康増進戦略に即した、ゆたかな政策的インプリケーションを含むものとして期待できる。

今後は、既存の成果をふまえつつ、あらためて女性の健康という視点から研究を展開する際の課題を吟味し、女性および男性の健康に関する社会的決定要因の説明モデルをつくること、性差を考慮した効果的な介入・予防策にむけた政策につながると思われる。女性の健康やその社会的決定要因にかかわる指標や項目を、全国調査データのレベルで継続的に捕捉することも必要であり、女性の健康と社会的決定要因に関する「必須指標」を明確にし、それらを国レベルの調査に反映させることも、必要な作業となろう。

2) 女性の健康と雇用・労働問題、貧困

健康の社会的決定要因において、日本で喫緊に解決すべき課題は日本の労働雇用問題であり、何故ならこれが社会経済格差の大きな原因であるとの指摘がある(岸 2014)。その背景要因として、職場における女性と男性との待遇差や正規・非正規の待遇差、さらに非正規化の進展などがあり、女性の貧困の拡大をもたらしている。

こうした雇用・労働等を通じた資源の分配レベルでの問題に加え、「再分配」すなわち日本の生活保障システムあり方が、こうした女性の雇用・労働および貧困の問題を解決してきたというよりも、負のスパイラルを生み出す

方向に作用してきたという議論もある（大沢真理 2014）。

また、阿部（2011）では、高齢女性の貧困化や勤労単身世帯の社会的排除リスクの高さ等が指摘され、女性の貧困化の高まりのみならず、貧困者の主流が女性となるという意味での「貧困の女性化」が起きつつあることを指摘している。

現在、実際には女性の貧困率は一般に想像されているより高いことが明らかになりつつあり、また、政府が実施する統計調査レベルで、生活困難の状況や雇用の状況等について、男女別の比較を中心とした分析も試みられている。内閣府男女共同参画局（2010）は、「就業構造基本調査」「国民生活基礎調査」を利用した例であり、貧困世帯の子どもの健康に関する分析も行われている（阿部 2010）。

しかし、現在までのところ女性の貧困の健康影響をその背景や状況を考慮して検討した研究は少なく、今後の公衆衛生対策には、女性の貧困の状況把握とともに健康影響に関するエビデンスの集積が必要という状況である（本庄 2015）。

貧困状態にある女性の当事者の経験に即した質的調査については、当事者の生活世界に即した優れた研究も出てきている（丸山 2013）。また、女性と貧困に関する優れたルポルタージュがある。そこでは貧困にある者が健康に関わる多くの問題を抱えていること、その経緯や、保健医療福祉サービス機関へのアクセスの状況やそれらに関する当事者の声を拾うことができる（NHK「女性の貧困」取材班 2014, 鈴木 2010 ; 2014 ; 2015）。当事者の生活には、不健康な食生活や危険なア

ルコールや薬物の使用など、女性の心身に影響を及ぼすリスク因子との関連も強く示唆される。

そうした豊かな質的資料をもとに、社会的決定要因という枠組みのもとでの科学的実証研究としての蓄積は、これからの課題であろう。

なお、企業内での女性の人材活用のあり方の問題として、そもそも男性と同じ様な機会が与えられない、「男性正社員並み」の働きは長時間労働や過重労働という課題と結びつくといったこともあり、女性（そして男性も）が働く人としての健康を保持する上での課題は大きい（日本学術会議 労働雇用環境と働く人の生活・健康・安全委員会 2011, 大沢真知子 2015, 武石 2015, 野原 2015）。

3) 社会環境：地域性・コミュニティ、ソーシャルネットワーク、ソーシャルキャピタルの影響

ソーシャルキャピタルは、日本において、健康の社会的決定要因のなかで積極的に取り組まれてきたテーマであろう。ソーシャルネットワーク、ソーシャルキャピタルといった社会的関係が、ストレスへの脆弱性を補い、身体的・精神的健康を高めうることについての検証が試みられている。

健康にプラスの影響を及ぼす社会的要因に関して、健康影響の経路のジェンダー差や地域差についての実証的知見も出されている。例えば、日本におけるコホート研究 AGES プロジェクトの参加者（65 歳以上）を対象に、社会参加がメンタルヘルスに及ぼす影響を、ジェンダー差や地域差を考慮して検討した研究では（Takagi et al. 2013）、女性の場合、社会参加により重要な役割

を果たすことがメンタルヘルスに好影響を与えていることを指摘している。これに対し、男性の場合は、メンタルヘルスに関連するのは、社会参加、組織上の地位、田舎の居住である。男性は、組織においてリーダーシップの地位にあることは、良好なメンタルヘルスにつながるが、この現象は田舎のみに当てはまることが示唆された。

こうした研究は、ジェンダー差に配慮した健康増進施策に対する実践的な示唆をもつ（例えば：高齢者のメンタルヘルス増進において、高齢女性には社会参加の機会を増やすこと、高齢男性には、田舎では組織上の役職が与えられることが重要等）。健康増進への取り組みを念頭におくならば、健康への負の影響だけでなく、健康にプラスの影響をもたらす要因について、その要因の健康アウトカムやリスク因子への関連の仕方に関するジェンダー差や他の因子との関連を考慮し、健康影響の経路を明らかにしていく実証研究も必要となろう。こうした研究の更なる蓄積が望まれる。

4) 暴力

日本においては、暴力（パートナーとの秒力や性暴力）は、社会的な問題としては認識されてはいても、健康に影響する主要なリスク要因としての社会的・政策的認知も科学的研究蓄積も十分とはいえない。また、暴力の健康影響については、厚生労働省のe-ヘルスネットにおいて、「ドメスティック・バイオレンス(DV)と心身の健康障害」というサイトで説明がなされているが（加茂 2015）、医療・公衆衛生分野の施策において、主要課題とされているわけではない。

しかし、2) で言及した女性の貧困に関する研究等では、貧困女性の多くが暴力被害を経験していること、それらに派生する健康影響の存在も示唆されている。また、自治体における女性保護の機関や暴力被害者支援の機関において相談・一時保護した女性に、多様な健康課題があることのエビデンスも出つつある（例えば、森川・阪東ほか 2013 ; 2014）。さらに、性暴力被害等、性犯罪被害者の支援に関して、医療機関と各種支援機関の連携による支援体制づくりについて、国レベルでようやくその取り組みが開始されつつある（内閣府男女共同参画局 2014）。

女性への暴力が、女性の健康を脅かす主要なリスク要因であるという国際的な認識をふまえ、暴力が女性の健康に及ぼす影響について、その状態およびパスウェイに関する日本のエビデンスを収集・分析することが必要であり、また、そのための情報収集・分析基盤の構築も求められる。前出の WHO ガイドラインに即した保健医療機関における暴力被害者対応に関する条件整備策、および、効果的実践を担保するための国内でのエビデンスの蓄積を進めていくことが急務と思われる。

E. 結論

限られた範囲ではあるが、そのなかでも、「女性の健康」を社会的決定要因との関連で捉える分析視点や枠組みに関する示唆的な論考が散見され、今後の研究に関する一定の方向性は示せるものと思われる。

これまでの議論を総括すると、我が国における社会経済状態等、健康の社

会的決定要因のライフコースを通じた女性の健康への影響に関する研究は、具体的には、以下の1) 2)を優先して着手することが望まれる。

1) 疾患・達成される健康状態やそのリスク因子と社会的決定要因との関連、および、その経路(パスウェイ)に関する、性別と不平等の視点が統合された研究。

こうした研究においては、以下の点(全てないしいずれか)をふまえていることが望ましい。

- ・男女間および女性内の経験の共通性と差異について、またその日本的特徴について、理解が深まるものであること。
- ・その際、女性(男女)を取り巻く多様な役割(就業者としての役割、子育てや介護等のケア責任を持つものとしての役割、配偶者への配慮や家事を担う役割等)および役割間の相互関連が考慮されていること。
- ・現代日本社会における変化の大きな社会経済状況、例えば、雇用・経済的状况(雇用形態の多様化、不平等・格差・貧困の顕在化)、地域社会・居住環境、家族・再生産領域(結婚・出産、家事育児介護の配分、DV・虐待)が考慮されていること。
- ・女性のライフコースの世代による違い、変容等が考慮された分析であること。
- ・関連のみならず経路についての理解が深まるものであること。

こうした研究が、全国レベルの健康調査に基づき体系的継続的に実施でき

るよう、大規模調査データの収集蓄積・分析のあり方も検討されることが望ましい(健康調査における指標・項目および実施手法等)。

2) 健康リスクの集積やリスクへの対処の脆弱性が予想される集団(貧困等、社会経済的に過酷な状況にある女性やその世帯等)に焦点をあて、当事者経験およびコミュニティ関係者の観点から、当該集団の健康阻害状況の形成プロセスを明らかにする研究。

健康阻害状況の形成プロセスとは、具体的には、健康リスクへの暴露とその対処、リスク行動、資源へのアクセス(の阻害)、健康行動を促す介入(に対する非肯定的対応)、それらに対する社会的要因の影響を明らかにし、効果的介入のポイントや介入手法の開発につなげるものである。

対象集団の経験する健康課題に即した研究例を挙げるならば、以下があげられる(支援へのアクセスや支援の仕組みをも含む)。

- ・不健康な食生活(摂食障害)や危険なアルコールや薬物の使用など、女性の心身に影響を及ぼす課題の発機序および支援策に関する研究。
- ・貧困状態の子ども、若年女性、高齢女性等の健康課題に関する研究。
- ・性暴力、DV被害者の健康影響(暴力離脱後を含む)と支援に関する組織間連携(保健・医療・福祉・教育等)のあり方に関する研究。

これらの研究を行うことにより、健康に関する女性の経験と社会的決定要因との関連や影響の経路についての科