

**科学研究費助成事業 研究成果報告書**

平成 29 年 6 月 20 日現在

機関番号：32633

研究種目：研究活動スタート支援

研究期間：2015～2016

課題番号：15H06614

研究課題名(和文) 社会的排除と女性の健康：ライフコース・アプローチによる公衆衛生ニーズの体系化

研究課題名(英文) Social exclusion and women's health: public health needs through life course

## 研究代表者

谷口 麻希(梅田麻希)(Taniguchi Umeda, Maki)

聖路加国際大学・大学院看護学研究科・准教授

研究者番号：40424311

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 1,300,000円

研究成果の概要(和文)：本研究では、日本の女性における社会的排除の健康影響とそのリスク要因を検討した。文献レビューの結果、社会的排除とは「大多数の人々にとって入手またはアクセス可能なサービス(住居、教育、保健医療、社会福祉サービス、就労など)や社会的交流が制限もしくは阻害されていること」であり、女性の場合は結婚や離婚、出産などが社会的排除のリスクを高めるきっかけとなり得ることが示された。日本のデータを用いた実証研究では、非就労が女性の社会的排除(配偶者間暴力時の医療利用の抑制)を誘発する要因となる一方で、高い職業的地位に就くことが、必ずしも女性の健康を高める結果につながっていないことが明らかになった。

研究成果の概要(英文)：The current study aimed at examined the impact of social exclusion on women's health and its risk factors. We reviewed academic papers and governmental reports and defined social exclusion as "restriction of access to social services and social interaction (housing, education, healthcare, social welfare, employment) that are available for the majority in a given society". The review also revealed that changes in family structure by marriage, divorce, and birth could increase a rick for social exclusion among wo. We conducted empirical studies to explore the risk factors for social exclusion and its health impact among Japanese women. As a result, we found that non-employment could hinder women's access to health care in marital violence, while obtaining higher occupational position may not contribute to women's health in Japan.

研究分野：公衆衛生看護学

キーワード：健康の社会的決定要因 社会医学 女性 ライフコース

## 1. 研究開始当初の背景

社会的排除は比較的新しい概念で、1990年代後半から欧州を中心に概念の理論化や実態調査が試みられている[1]。日本では2000年代初めに社会科学の分野で調査が行われるようになった。2012年の内閣府の調査では、社会的排除を経験している人々は、人生のあらゆる時期に深刻な健康問題に直面することが示された[2]。特に、女性は出身家庭での虐待や早すぎる自立、不安定な就労、配偶者からの暴力、ひとり親による子育てなど経験している女性では、社会的排除が深刻化し、社会資源や支援へのアクセスが困難になると指摘されている[2, 3]。女性の社会的排除には特有の背景やメカニズムがあると考えられるが、公衆衛生の分野では、Saitoら[4]が、社会的排除が日本女性の死亡率を高めることを明らかにしたものの追隨する研究は国内外ともに不足している。

## 2. 研究の目的

本研究は、日本における社会的排除の健康影響とそのリスク要因を明らかにし、社会的に不利な状況にある女性がより健康な生活を送るために必要な社会的アプローチを検討することを目的とした。

## 3. 研究の方法

### (1) 社会的排除の概念・理論の整理

国内・国外の文献、調査報告書のレビューを行い、社会的排除の定義や基盤となる理論、ジェンダーや健康との関連について情報を整理した。

### (2) 社会的排除と女性の健康に関する探索的実証研究

日本の地域住民を対象に実施された疫学調査のデータを用いて、社会経済的要因と健康、医療利用の関連を検討した。

### (3) 保健師教育への成果の還元

本研究の成果を保健師活動に還元することを目的として、本学の保健師養成カリキュラムの学習項目に、研究成果を導入した。

## 4. 研究成果

### (1) 社会的排除の概念・理論の整理

「社会的排除」の起源は、ウェーバーが「排除」を「social closure」の一つとして定義したことにあると言われている[5]。まず近代フランスで、ビスマルク主義型社会保障のセーフティネットが行き届かない人々（障害者、ひとり親、無保険の失業者など）に対して、さらに都市の「辺縁」で生きる人々に対して「社会的排除」という概念が用いられるようになった。社会的排除が長期失業を指すようになると、EUにおいても社会的排除への政策的な取り組み（社会的包摂政策）が加速した[5]。

社会的排除の定義には様々なものがあり、未だ合意には至っていなかった。全ての定義に共通する要素は、「社会参加の欠如」であった。社会参加の欠如は、大多数の人々にとって入手またはアクセス可能なサービス（住居、教育、保健医療、社会福祉サービス、就労など）や社会的交流が制限もしくは阻害されていることを意味していた[1, 2, 6-12]。また、社会的排除が生起・深化するダイナミズムに着目し、社会的排除を「プロセス」とする定義もあった[7, 13]。

内閣府の社会的排除リスク調査チームは、社会的排除が生じるプロセスを3つのパターンに分類している。1つ目は、本人生まれながらに持った「生きづらさ」（障害など）がその後の困難を引き起こし、問題が蓄積されて社会的排除に至るパターン。2つ目は、家庭環

境に問題があり、生育過程で教育や社会関係の形成にハンディを負うパターン。3つ目は、抱えていた潜在的なリスクが、学校や職場などでの困難により表出し、社会的排除に至るパターンである[2]。一方、Burchardt et al. [12] は、社会的排除を生み出す要因を「基盤となる影響要因(過去の影響)」と「現在の影響要因」に分けて概念化している。「基盤となる影響要因」は、Human capital(資本となる個人特性)、Physical capital(物質的な資源)、Financial capital(経済的な資源)で構成される。「現在要因」には、「外部要因」と「内部要因」があり、それぞれ「個人や社会が直面している制約や障害」、「個人や社会が選ぶ選択」を意味している。社会的排除が生起するプロセスには、3つの経路が考えられる。1つ目は、過去の人的、物的状況が現在の制約や選択に影響を与えることで社会的排除を生起させるという経路。2つ目は、個人、家族、コミュニティなど、異なるレベルでの社会的排除が他レベルでの社会的排除を生み出す経路。3つ目は、消費活動からの排除が社会参加の機会を阻むように、ある側面での社会的排除が別の側面での社会的排除を生み出すという経路である[12]。

社会的排除のリスクは性別により異なる[13]。女性の場合は、家族関係の変動に就業変動が連動しており、結婚や離婚、出産を機に、労働市場からの排除を経験しやすいことが指摘されていた[14]。特に家族を単位とした社会保障制度を構築してきた日本においては、夫と離婚や死別をした女性、非正規雇用や無職の女性は、男性の世帯主に比べて社会保障のベネフィットは不十分であるためである[15]。また、結婚はしていても家族内での資源の不平等から、社会的排除に至る可能性

もある[14]。中でも適切な住居を持たないことは、高齢期にある女性の貧困や基本的ニーズの充足の欠如など、その他の社会的排除を引き起こすリスクを高めることが指摘されている[13, 15]。

## (2) 社会的排除と女性の健康に関する探索的実証研究

日本のデータを用いて、職業的地位や雇用と女性の健康に関する実証研究を行った。

### 職業と女性の健康[16]

J-HOPE (Japanese study of Health, Occupation and Psychosocial factors related Equity) [17]を用いて、職業的地位と精神的健康の関連について女性に特有のパターンについて検討した。その結果、日本の女性では、精神的健康度が低い者の割合は「サービス業または肉体労働者」で22.8%、「準専門職または事務職」で25.6%、「専門職または管理職」で38.4%であり、職業的地位の高いものほど、精神的健康度が下がっていた。また、ロジスティック回帰分析の結果からは、「専門職または管理職」の女性は、「サービス業または肉体労働」の女性に比べて精神的健康度の低い可能性が高いことが分かった(OR = 1.70, 95% CI = 1.31-2.19)。この関連は、教育、世帯収入の影響を考慮したモデルでも維持された(OR = 1.78, 95% CI = 1.36-2.33)。この関連について、「専門職または管理職」に就く女性は仕事のコントロールが高いものの、それを上回る努力報酬不均衡により精神的健康を悪化させていることが示された。

### 就労と女性の医療へのアクセス[18]

関東で実施された「まちと家族の健康調査 (the Japanese Study on Stratification, Health, Income, and Neighborhood; J-SHINE)」[19]のデータを用いて、配偶者

間暴力を経験した際の医療機関受診が、社会経済状況によって異なるか否か、このパターンが性別により異なるかを検討した。その結果、配偶者間暴力を経験した年には医療機関に受診しやすいことがわかった (OR = 1.36, 95% CI = 1.12-1.66)。この関連に有意な男女差は無かったが、女性で受診が少ない傾向が見られた (OR = 0.73, 95% CI = 0.49-1.09, ref = 男性)。社会経済的要因の影響について、教育、世帯収入、就労の交互作用項をすべてモデルに投入して検討したところ、就労のみが10%水準で有意な交互作用を示し、配偶者間暴力と受診の関連(主効果)は有意な関連を示さなくなった。このことから、非就労者は就労者に比べて、配偶者間暴力を経験した際に医療機関に受診する可能性が低いこと (OR = 0.66, 95% CI = 0.41-1.06) が示された。しかし、社会経済的要因の交互作用に優位な男女差は見られなかった。さらに男女差を検討するために、配偶者間暴力の被害のみをアウトカムにして同様の解析を行ったところ、女性の場合に非就労の影響が大きい可能性があることが示唆された。女性の非就労者は男性の非就労者に比べて、配偶者間暴力の被害を受けたときに医療機関を受診しにくいことがわかった (OR = 0.60, 95% CI = 0.35-1.03)。

これらの結果から、日本の女性にとって就労の有無が社会的排除を誘発する要因となり得ること、その一方で、現在の日本では、高い職業的地位に就くことが、必ずしも女性の健康に資する社会的包摂の形態ではないことが考察できた。社会的排除の背景要因やメカニズムは社会特異的であり、焦点を当てる排除の側面によってもその健康影響は異なる。本

研究の結果に基づいて、国際比較研究を行い、汎文化的な生物学的要因・影響と文化・社会特異的な要因・影響の両方に関する知見を集積していく必要がある。

### (3) 保健師教育への還元

本学大学院の保健師養成課程において、健康の社会的決定要因に関する講義を行い、上記の実証研究の結果について報告し、解決のためのアプローチについてディスカッションを行った(公衆衛生看護学 特論)。次年度以降は、公衆衛生看護実践におけるエビデンスに関する科目(公衆衛生看護学 特論)で、社会的排除の要因や健康影響、その対策について発展的に講義・演習を行う予定である。

### <引用文献>

1. Levitas, R., et al., *The multi-dimensional analysis of social exclusion*. 2007, University of Bristol: Bristol.
2. 社会的排除リスク調査チーム, *社会的排除にいたるプロセス～若年ケース・スタディから見る排除の過程～*. 2012, 内閣府: 東京.
3. 尾島俊之, *健康の社会的決定要因に関する研究: 厚生労働科学研究費補助金 平成24年度研究報告書*. 2013.
4. Saito, M., et al., *Gender differences on the impacts of social exclusion on mortality among older Japanese: AGES cohort study*. *Soc Sci Med*, 2012. **75**(5): p. 940-5.
5. Burchardt, T., J. Le Grand, and D. Piachaud, *Introduction*, in *Understanding social exclusion*, J. Hills, J. Le Grand, and D. Piachaud,

- Editors. 2002, Oxford University Press: Oxford. p. 2-12.
6. 岩田正美, *社会的排除：参加の欠如・不確かな帰属*. 2008, 東京: 有斐閣.
  7. 近藤尚己 and 阿部彩, *貧困・社会的排除・所得格差*, in *社会と健康：健康格差解消に向けた統合科学的アプローチ*, 川上憲人, 橋本英樹, and 近藤尚己, Editors. 2015, 東京大学出版局: 東京. p. 117-137.
  8. 志賀信夫, *貧困理論の再検討：相対的貧困から社会的排除へ*. 2016, 京都: 法律文化社.
  9. Fischer M., A., *Reconceiving Social Exclusion*. 2011, Brooks World Poverty Institute, The University of Manchester: Manchester, UK.
  10. Sen, A., *Social exclusion: Concept, application, and scrutiny*. 2000: Manila, Philippines.
  11. Popay, J., et al., *Understanding and Tackling Social Exclusion: Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health From the Social Exclusion Knowledge Network*. 2008.
  12. Burchardt, T., J. Le Grand, and D. Piachaud, *Degrees of exclusion: developing a dynamic, multidimensional measure*, in *Understanding social exclusion*, J. Hills, J. Le Grand, and D. Piachaud, Editors. 2002, Oxford university press: Oxford. p. 30-43.
  13. 阿部, 彩., *日本における社会的排除の実態とその要因*. 季刊社会保障研究, 2007. **43**(1): p. 27-40.
  14. 川原, 恵., *福祉政策と女性の貧困ホームレス状態の貧困に対する施設保護*, in *貧困と社会的排除：福祉社会を阻むもの*, 岩田正美 and 西沢晃彦, Editors. 2005, ミネルヴァ書房: 京都. p. 195-222.
  15. 泉原, 美., *住宅からみた高齢女性の貧困 「持ち家」中心の福祉社会と女性のハウジング・ヒストリー*, in *貧困と社会的排除：福祉社会を蝕むもの*, 岩田正美 and 西沢晃彦, Editors. 2005, ミネルバ書房: 京都. p. 95-117.
  16. Umeda, M., et al., *Does an advantageous occupational position make women happier in contemporary Japan? Findings from the Japanese Study of Health, Occupation, and Psychosocial Factors Related Equity (J-HOPE)*. SSM - Population Health, 2015. **1**: p. 8-15.
  17. Tsutsumi, A. *Japanese study of Health, Occupation and Psychosocial factors related Equity (J-HOPE): Outline and products*. in *The International Conference on Social Stratification and Health 2013: Interdisciplinary Research and Action for Equity Symposium*. 31 August, 2013.
  18. Umeda, M., N. Kawakami, and E. Miller, *Effect of socioeconomic*

- conditions on health care utilization in marital violence: a cross-sectional investigation from the Japanese Study on Stratification, Health, Income, and Neighborhood*. International Journal for Equity in Health, 2017. **16**(1): p. 41.
19. Takada, M., N. Kondo, and H. Hashimoto, *Japanese study on stratification, health, income, and neighborhood: study protocol and profiles of participants*. J Epidemiol, 2014. **24**.
- 5 . 主な発表論文等  
(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)  
〔雑誌論文〕(計 2 件)
- Umeda, M., Kawakami, N., & Miller, E. (2017). Effect of socioeconomic conditions on health care utilization in marital violence: a cross-sectional investigation from the Japanese Study on Stratification, Health, Income, and Neighborhood. International Journal for Equity in Health, 16(1), 41. (査読有)  
DOI: 10.1186/s12939-017-0528-8
- Umeda, M., McMunn, A., Cable, N., Hashimoto, H., Kawakami, N., & Marmot, M. (2015). Does an advantageous occupational position make women happier in contemporary Japan? Findings from the Japanese Study of Health, Occupation, and Psychosocial Factors Related Equity (J-HOPE). SSM - Population Health, 1, 8-15. (査読有)  
<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2015.09.002>
- 〔学会発表〕(計 1 件)  
Umeda, M. Does an advantageous occupational position make women happier in contemporary Japan? th International Conference on Epidemiology Abstracts, pp50. 2016 年 10 月 4 日、ロンドン(イギリス)
- 〔図書〕(計 0 件)  
〔産業財産権〕  
出願状況(計 0 件)  
取得状況(計 0 件)  
〔その他〕  
なし
- 6 . 研究組織  
(1) 研究代表者  
梅田 麻希 (UMEDA, Maki)  
聖路加国際大学・大学院看護学研究科・准教授  
研究者番号 : 40424311