

〈研究報告〉

## 養護教諭から見た中学生・高校生の貧困や貧困による健康課題に関する実情とその支援

寺尾 亮平\*

### Actual situations and Yogo teachers' support for poverty and health issues in junior high and high school students in Japan

Ryohei Terao \*

#### 要 約

**目的：**養護教諭から見た生徒の貧困と貧困による健康課題に関する実情とその支援について質的に検討し明らかにすることである。

**方法：**A 県内の中学校・高等学校に勤務する養護教諭 3 人に対して半構造化面接によるインタビューを行った。半構造化面接は Zoom Cloud Meetings を利用した。

**結果：**【貧困の実情】は〈家庭内の実情〉〈生活保護の実情〉という 2 サブカテゴリー、【貧困による健康課題の実情】は〈身体的健康課題〉という 1 サブカテゴリー、【養護教諭の支援の実情】は〈食生活への支援〉〈歯科への支援〉〈家庭との関わり〉〈養護教諭と多職種との連携〉〈養護教諭の支援における役割の認識〉〈支援に関する困難感〉という 6 サブカテゴリーが抽出された。

**結論：**本研究を通して、今後、より詳細かつ具体的にデータを収集するための調査を行い、生徒への適切な支援や学校環境づくりにつなげていく必要がある。

**Key Words：**養護教諭 (Yogo teachers), 子どもの貧困 (child poverty), 健康格差 (health disparities), 健康課題 (health issues), 相談対応 (counseling)

#### 1. はじめに

我が国の相対的貧困率は 2019 年の国民生活基礎調査<sup>1)</sup>によると 15.4%であり、子どもの貧困率 (17 歳以下) は 13.5%である。経済協力開発機構 (OECD) のデータによると、この数値は日米欧主要 7 カ国 (G7) のうち、日本は米国に次いで 2 番目に高い比率になっている<sup>2)</sup>。また、わが国では保健医療の財政的、社会的土台が圧迫され、社会的格差が広がっていることが報告されている<sup>3)</sup>。

貧困による健康への影響に関する先行研究<sup>4, 5)</sup>

では、高所得層に比べて低所得層の人々は循環器疾患や肥満、高血圧、糖尿病などの慢性期疾患に罹患しやすい傾向が示されている。一方で、低所得層の人々は医療ニーズを抱えているものの医療機関への受診抑制が生じていることが分かっている。このように、社会的格差が広がってきている中、Socio-economic status (SES) = 社会経済的地位の違いにより疾患の罹患や医療行動に格差が生じている。これらの状況について厚生労働省は、「健康格差」と定義し「地域や社会経済的状況の違いによる集団における健康状態の差」と説明して

\*四日市看護医療大学

\* Yokkaichi Nursing and Medical Care University

いる<sup>6)</sup>。

先行研究では、親のSESや生活習慣が子どもの健康課題に影響していることが分かっている<sup>7,8)</sup>。また、これらは子どもの外来通院日数にも影響している<sup>9)</sup>。子どもの健康格差は、貧困家庭における医療費の問題、母子家庭により仕事があるため医療機関に行けないなどが原因となり、子どもが熱を出した、ケガをしたなどの医療ニーズが発生したときにどのような対処ができるのかによって生じてくる<sup>10)</sup>。そして、貧困家庭で育つ子どもの健康度は非貧困家庭の子どもに比べて悪いこと、そして、この健康格差が子どもの年齢が上がるにつれて拡大することも分かっている<sup>11)</sup>。このような状況において、子どもの貧困対策に関する大綱ではプラットフォームとしての学校指導・運営体制の構築が求められている<sup>12)</sup>。

養護教諭は、平成20年の中央教育審議会答申<sup>12)</sup>において学校保健活動の推進に当たって中核的な役割を果たしていることが明示されている。そして、昨今の貧困による健康格差による健康課題の解決に向けて重要な責務を担い、生徒が悩みを相談する先として重要な存在といえる。養護教諭は学校内において貧困や生活習慣による健康課題を持つ生徒のファーストコンタクトパーソンになり一早く発見し問題解決のために役割を発揮できる存在である。しかし、現状として親のSESや生活習慣による健康課題を持つ生徒の存在は明らかではあるが、学校ベースでの養護教諭から見た健康課題を持つ生徒の実情や養護教諭がどのような視点で生徒の存在に気づき、どのように支援しているのかについて明らかにした研究は見られない。

そこで本研究の目的は、養護教諭から見た貧困や貧困による生徒の健康課題に関する実情とその支援について質的に検討し明らかにすることである。

## II. 対象と方法

### 1. 対象

本研究では、中学校・高等学校に勤務する養護教諭3人に対して半構造化面接によるインタビューを

行った。研究協力者は、ゲートキーパーの養護教諭のネットワークを介して今までの教員経験において貧困や貧困による健康課題に関して相談対応の経験があり、その経験について語っていただけた養護教諭を紹介してもらいインタビューを行った。なお、ゲートキーパーから研究協力者にお声がけいただく際には参加はご本人の自由意志であることをお伝えし同意を得た上で紹介いただいた。

### 2. 調査方法

インタビューでは、質問項目として性別、年代、経験年数、現在の勤務校種、経験されたことのある校種について基本情報を尋ねた。その他に、「貧困の状況下に置かれている生徒の実情」「貧困による健康課題を持つ生徒の実情」「健康課題を持つ生徒にどのように支援をしているのか」「健康課題を持つ生徒への支援についてどのように役割を感じているのか」を尋ねた。また、調査期間中は新型コロナウイルス感染症のパンデミック下にあったためZoom Cloud Meetingsを利用した半構造化面接を行った。調査期間は、令和2年12月14日～令和3年6月4日であった。

インタビューにあたっては、貧困や貧困による健康課題の定義は特に定めず、養護教諭が家庭の貧しさを感じる生徒の実情とそれによる健康課題を持つ生徒について語ってもらうよう依頼した。分析と解釈にあたっては、生徒の貧困や貧困による健康課題の実情と養護教諭が気づく場面・機会、支援内容に関する語りに該当する箇所を抽出し、研究者間で確認した。

### 3. 分析方法

本研究は、質的記述的研究デザインを用いて行った。分析については、Zoom Cloud Meetingsの録画機能を用いて面接した内容を文章化し、逐語録を作成した。逐語録をもとに、明らかにしたい内容の文を抽出しコード化したデータについて分析を行った。そして、類似する内容をまとめてサブカテゴリー、カテゴリーへと分類した。分析に関して、研究協力者にカテゴリー化について確認を依頼した。

#### 4. 倫理的配慮

本研究は四日市看護医療大学研究倫理委員会の承認（ID 番号：137）を得て行った。調査を行うにあたり研究内容について記載のある説明書を用いて研究目的を説明した。また、参加は自由意志であり回答の途中でも回答を取りやめることができること、同意の拒否、撤回により不利益を被ることはないこと、研究目的に限ったデータの使用、データの保管と破棄、研究結果の公表等について文書と口頭で説明した。また、対象者に対して語っていただく内容については個人を特定できないように配慮いただきインタビューにお答えいただくよう調査の前に説明を行った。

### Ⅲ. 結果

#### 1. 対象者の属性

対象者の属性を表 1 に示す。対象者は全員が女性、年代は 20 代 1 人、50 代 1 人、60 代 1 人の 3 人であった。設置主体は公立が 1 人、私立が 2 人であった。経験校種は、私立の中学校・高等学校の一貫校が 1 人、私立の高等学校が 1 人、公立の中学校が 1 人であった。養護教諭の配置人数は、1～3 人と様々であった。看護師の資格を保有している対象者は 2 人だった（表 1）。

#### 2. 貧困と貧困による子どもの健康課題に関する実情とその支援

データ分析の結果 22 のコードが抽出され、9 サブカテゴリー、3 カテゴリーに分類された。以下、カテゴリー別にその特徴を記述し、コードの内容

を示した。なお、記述にあたっては、各カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを〈 〉, コードを“ ”で示す。

対象者 A については、インタビュー時間 47 分・コード数 7 であった。対象者 B については、インタビュー時間 52 分・コード数 7 であった。対象者 C については、インタビュー時間 58 分・コード数 8 であった。

##### 1) 貧困の実情

カテゴリー【貧困の実情】は、〈家庭内の実情〉〈生活保護の実情〉という 2 サブカテゴリー、3 コードで構成された。

このカテゴリーは、日々養護教諭が生徒から受けている相談内容の背景に貧困があると判断された内容により抽出された。家庭内の実情では、“昨年の卒業生（女子学生）が印象的で、入学当時から父子家庭で貧困。父親はリストラにあい、夜の仕事もしていたが借金があるのか食事も取れない、お風呂にも入れていない状況であった。公的な支援を受けることなく、支援の存在にも気づかない感じだった。（対象者 B）”のように父子家庭の実情が語られた。また、生活保護を受けている家庭の実情については“生保の生徒の 40% は要医療だった。（対象者 C）”, “全校生徒のうち 10 人くらいしか生保はいない。（対象者 A）”が語られた（表 2）。

##### 2) 貧困による健康課題の実情

カテゴリー【貧困による健康課題の実情】は、〈身体的健康課題〉という 1 サブカテゴリー、3

表 1 対象者の属性

対象者	年代	職種	経験年数	設置主体	現在の校種	経験校種	配置人数	看護師免許の保有状況	インタビュー時間	コード数
A	60 代	養護教諭	22 年	私立	中学校・高等学校の一貫校	中学校・高等学校の一貫校	3 人	あり	47 分	7
B	50 代	養護教諭	18 年	私立	高等学校	高等学校	2 人	なし	52 分	7
C	20 代	養護教諭	4 年	公立	中学校	中学校	1 人	あり	58 分	8

コードで構成された。

歯科に関する身体的健康課題では、“父子家庭の生徒で、歯科検診で問題があった。(対象者 B)”とあるように家庭の状況による歯科に関する健康課題が語られた。また、“う歯の生徒たちの中で、学校より文書が家庭に出されても未受診のまま、何年も文書が出される子がいる。(対象者 A)”とあるようにう歯があるものの受診できていない実情が語られた。

肥満に関する身体的健康課題では、“肥満の生徒は全体と比べて生保の生徒の方が多い。(対象者 C)”とあるように親の SES による生徒の健康への影響が如実に表れていた(表 3)。

### 3) 養護教諭の支援の実情

カテゴリー【養護教諭の支援の実情】は、〈食生活への支援〉〈歯科への支援〉〈家庭との関わり〉〈養護教諭と多職種との連携〉〈養護教諭の支援における役割の認識〉〈支援に関する困難感〉という 6 サブカテゴリー、16 コードで構成された。

〈食生活への支援〉では、“家が貧しくて昼食については毎日お金をもらっていたが、それ以外の

お小遣い等はなかったので自分でお弁当を作るよう提案し、そのお金をお小遣いとしていたこともある。(対象者 B)”や“(食生活の支援について)電話することで改善したケースがあった。母子家庭でお昼を持ってこなくてその時間昼寝していた生徒がいた。電話の次の日からおにぎりを持ってきていて、今は弁当持参している。(対象者 A)”とあるように支援を行っていた。〈歯科への支援〉では“父子家庭の生徒で、歯肉炎や癒着歯もあり受診をしようとしていない。定期的に面談をしていた。(対象者 C)”や“歯科の受診については、強く勧めていない。歯石・歯肉炎のケースは歯磨きの指導を行っている。(対象者 B)”とあるように受診していない生徒に対して定期的に面談し支援を行っていた。〈家庭との関わり〉では、学校として文書でのアプローチ以外には行っていないことや必要時でも電話での支援に留めていたことが分かった。〈養護教諭と多職種との連携〉では、“支援に関して体重の増減・髪の毛・制服の清潔の有無・授業料の支払い滞納などについて誰が、どのタイミングでアプローチするのか担任を通して話し合っている。(対象者 B)”とあるように生徒

表 2 中学生・高校生における貧困

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
貧困の実情	家庭内の実情	昨年の卒業生(女子学生)が印象的で、入学当時から父子家庭で貧困。父親はレストランにあり、夜の仕事もしていたが借金があるのか食事も取れない、お風呂にも入れていない状況であった。 公的な支援を受けることなく、支援の存在にも気づかない感じだった。(対象者 B)
	生活保護の実情	生保の生徒の 40%は要医療だった。(対象者 C) 全校生徒のうち 10 人くらいしか生保はいない。(対象者 A)

表 3 中学生・高校生における貧困による健康課題

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
貧困による健康課題の実情	身体的健康課題	父子家庭の生徒で、歯科検診で問題があった。(対象者 B)
		う歯の生徒たちの中で、学校より文書が家庭に出されても未受診のまま、何年も文書が出される子がいる。(対象者 A)
		肥満の生徒は全体と比べて生保の生徒の方が多い。(対象者 C)

の状況を把握した上で支援を行っていた。また、“生理痛が重い生徒がいたときに、保護者に伝え受診を促した。しかし、経済面で問題がある家庭だったので市の性に関する相談員へ繋いだことがある。(対象者 C)”とあるように学校外の機関に繋げていることが分かった。〈養護教諭の支援における役割の認識〉では、“養護教諭 1 人ではなく、チームで取り組むことが重要だと考えている。(対象者 A)”や“スクールカウンセラーにつなげたり、兎相につなげたり、調整役かなと思っている。(対象者 C)”や“つなぎ役と考えている。(対象者 B)”とあるように学校の教職員をチームと位置付け、その中で調整役もしくはつなぎ役と役割を認識していた。〈支援に関する困難感〉では、“他の教員から重要視されている一方で、応えなきゃいけないプレッシャーもある。養護教諭として、生徒たちのところへ行って健康教育とかやっていかなければならないと思うが思うようにできていない。保健日より程度なので、健康管理について訴えていきたい。(対象者 A)”や“毎日悩んで行っているが、大事にしていることは、医者じゃないから診断もできないけど、学校の中では専門性を持ってやっている立場。アセスメントを十分にしておいてその生徒にどんな支援が必要か考えている。(対象者 C)”とあるように養護教諭としての専門性を求められていることに対するプレッシャーを感じていた。また、“家庭に問題がある生徒への支援が難しい。いろいろな症状や疾患が隠れているかも。でも正直、家庭がしっかりしていたら受診するのではないかと思う。(対象者 C)”や“(両親に)健康に関わることについて保健室で休むことが多いからと伝えても、高校生だから大人だからと言われることもある。(対象者 A)”とあるように家庭および生徒への支援における様々な困難さが語られた(表 4)。

#### IV. 考 察

本研究で明らかになった、生徒の貧困や貧困による健康課題の実情や養護教諭が日頃どのような支援を行なっているのか考察し今後の課題につい

て考えていきたい。

#### 1. 貧困の実情

本研究結果より、〈家庭内の実情〉のコードは 1 つのみの抽出であり、学校における貧困状況の把握は難しい状況下にあることが考えられる。学校は、個人情報やプライバシーの保護を重視する社会情勢を反映して、家庭に関する情報の収集を精選してきた<sup>13)</sup>背景がある。また、生徒のプライバシー侵害に当たるとして生徒の家庭背景や成育歴が「見えにくい」学校文化の中にある<sup>14)</sup>からこそ貧困や貧困による健康課題を早く察知するのは困難であると推測される。一方で、貧困に関する問題については見ようとしなければ見えないとされている<sup>14)</sup>ため養護教諭や担任の貧困家庭とそれによる健康課題への影響を見抜く視点が求められる。また、〈生活保護の実情〉では生活保護受給と要医療についてのコードが抽出され先行研究<sup>4, 5)</sup>と同様の状況が学校現場でも見られていることが分かった。生活保護の動向については、平成 27 年 3 月に過去最高を記録した後、減少傾向にある<sup>15)</sup>。また、母子世帯の世帯数、19 歳以下の保護率は減少傾向である<sup>15)</sup>。一方で、本研究において貧困や貧困による健康課題について学校現場で実態が明らかにされたことにより学校というある意味で生徒の状況をつかみにくい場であることを承知し養護教諭や担任は生徒に向き合っていかなければならない。

#### 2. 貧困による健康課題の実情

我が国において、SES が低い家庭で育った子どもはう歯<sup>16)</sup>のリスクが高く、その影響は長期に残り残存歯数<sup>17)</sup>にまで影響することが分かっている。また、他の先行研究<sup>18)</sup>からも、非生活困難世帯に比べて生活困難世帯は歯磨きの頻度・仕上げ歯みがきの頻度の割合が低く、う歯の本数の割合が高いことが分かっている。本研究結果からも、貧困による健康課題として歯科が抽出され、改めてその課題が顕在化していることが分かった。一方、肥満についても家庭の経済状況が肥満のリスク<sup>19, 20)</sup>、BMI<sup>21)</sup>が高いことに影響することが言われている。

そのため、貧困による歯科や肥満は顕在化している課題としてその対応が求められる。貧困による子どもの健康課題への影響については先行研究<sup>7,8,9)</sup>で述べられているが本研究においては歯と肥満のみの抽出であった。実際、学校保健統計調査<sup>22)</sup>を見ると、本研究結果の歯・肥満の他に視力低下・

アトピー性皮膚炎・喘息が健康課題となっている。これらにより養護教諭にとって貧困や貧困による健康課題は「見えにくい」<sup>14)</sup>ものであり、健康課題の潜在化や課題に対して踏み込みにくい実情が見てとれるのではないか。

表4 中学生・高校生に対する養護教諭の支援

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
養護教諭の支援の実情	食生活への支援	家が貧しくて昼食については毎日お金をもらっていたが、それ以外のお小遣い等はなかったので自分でお弁当を作るよう提案し、そのお金をお小遣いとしていたこともある。(対象者 B)
		(食生活の支援について) 電話することで改善したケースがあった。母子家庭でお昼を持ってこなくてその時間昼寝していた生徒がいた。電話の次の日からおにぎりを持ってきていて、今は弁当持参している。(対象者 A)
	歯科への支援	父子家庭の生徒で、歯肉炎や癒着歯もあり受診をしようとしていない。定期的に面談をしていた。(対象者 C)
		歯科の受診については、強く勧めていない。歯石・歯肉炎のケースは歯磨きの指導を行っている。(対象者 B)
	家庭との関わり	家庭との連携などについては家庭訪問までは行っていない。電話をするときはある。(対象者 B)
		今までに、食生活について母親にお願いを電話でしたことはあった。(対象者 A)
	養護教諭と多職種との連携	歯科の未受診の家庭へは、学校として文書以外の家庭へのアプローチは行わない方針になっている。(対象者 C)
		支援に関して体重の増減・髪の毛・制服の清潔の有無・授業料の支払い滞納などについて誰が、どのタイミングでアプローチするのか担任を通して話し合っている。(対象者 B)
	養護教諭の支援における役割の認識	生理痛が重い生徒がいたときに、保護者に伝え受診を促した。しかし、経済面で問題がある家庭だったので市の性に関する相談員へ繋いだことがある。(対象者 C)
		養護教諭 1 人ではなく、チームで取り組むことが重要だと考えている。(対象者 A)
スクールカウンセラーにつなげたり、児相につなげたり、調整役かなと思っている。(対象者 C)		
支援に関する困難感	つなぎ役と考えている。(対象者 B)	
	他の教員から重要視されている一方で、応えなきゃいけないプレッシャーもある。養護教諭として、生徒たちのところへ行って健康教育とかやっていかなければならないと思うが思うようにできていない。保健日より程度なので、健康管理について訴えていきたい。(対象者 A)	
	毎日悩んで行っているが、大事にしていることは、医者じゃないから診断もできないけど、学校の中では専門性を持ってやっている立場。アセスメントを十分にその生徒にどんな支援が必要か考えている。(対象者 C)	
		家庭に問題がある生徒への支援が難しい。いろいろな症状や疾患が隠れているかも。でも正直、家庭がしっかりしていたら受診するのではないかと思う。(対象者 C)
		(両親に) 健康に関わることについて保健室で休むことが多いからと伝えても、高校生だから大人だからと言われることもある。(対象者 A)

### 3. 養護教諭の支援の実情

本研究結果より、養護教諭は食生活と歯科に対して支援を行っていた。食格差について生徒の食事の欠食や食品や栄養素摂取の格差の背景に、収入が少なく経済的にゆとりがなくため、必要な食物を買えないことや、食事づくりに時間がかけられないことなど<sup>23)</sup>があると分かっている。歯科と同様に食生活への介入は養護教諭にとって重要な支援であり、より早期に健康課題のある生徒を発見し介入することが求められる。

〈養護教諭と多職種との連携〉〈養護教諭の支援における役割の認識〉において、文部科学省の学校における教育相談に関する資料<sup>24)</sup>によれば、子どもの貧困対策に関する大綱<sup>25)</sup>にもあるように学校をプラットフォームとした総合的な子どもの貧困対策の推進を行なっている。学校は、スクールソーシャルワーカー・スクールカウンセラーと連携し外部機関にアクセスするだけでなく、家庭や教育委員会とも連携し貧困相談に当たることが求められている。その中で養護教諭は、専門家や専門機関との連携のコーディネーター的な役割<sup>26)</sup>や多職種協働を視点としたリーダーシップの発揮が重要な課題<sup>27)</sup>となっている。また、〈家庭との関わり〉においても、学校をプラットフォームとした総合的な子どもの貧困対策の推進にあたっては外部機関と連携し家庭へのアプローチも行っていくべきである。その一方で、〈支援に関する困難感〉も結果として抽出された。養護教諭の支援に関する困難感については先行研究<sup>28)</sup>において、養護教諭は常に児童生徒受容しなければならないという養護教諭自身の身体的・精神的負担の問題が指摘されている。貧困や貧困による健康課題に対する支援に関して養護教諭への要求に対する養護教諭の困難感が生じていると考えられる。

本研究の対象者は、中学生・高校生と日頃接している養護教諭であった。中学生・高校生はそれぞれ青年前期・中期に位置<sup>29)</sup>する。その共通点として、人間としての在り方・生き方を踏まえ、自らの生き方について考えていく年代である。子ども一人一人の個性がより濃く表出される時期において、健康課題がより顕在化してくることも考え

られる。そのため、今後より一層学校をプラットフォームとした総合的な支援を行うための支援提供の充実が求められる。

本研究の限界は5点ある。1つ目は対象者の数である。研究協力者の紹介で対象者を募集したが3名にとどまった。その理由として、生徒のプライバシーに関わる内容であり回答しづらかったと推測される。また、本研究テーマである貧困や貧困による健康課題に対する相談経験は対象者により受け止め方がさまざまであると考えられる。そのため、本研究をパイロットスタディとして今後も継続的に研究を行っていく必要がある。2つ目は情報バイアスについてである。対象者に対して、今までの相談経験について話を伺った。記憶力には個人差があるため回答と事実とのズレが生じている可能性がある。3つ目は対象者が実際に行なっている支援について、養護教諭により貧困と認識する基準が異なっており、その判断は難しい。そのため、今後の本研究結果を踏まえ貧困とは何かを定義づけした上で、貧困や貧困による健康課題の実態やその支援について明らかにしていく必要がある。4つ目は、本研究の対象者はリクルートの関係もあり中学校・高等学校に勤務する養護教諭のみであった。そのため、今後の課題として小学校に勤務する養護教諭も対象とし調査を行なっていく必要がある。5つ目は、研究協力者より得られたコード数が22に留まった点である。一概にコード数だけでは判断できないが、その原因として貧困や貧困による健康課題が潜在化している可能性、研究協力者の経験の可能性、踏み込みにくい課題があることによる可能性も否定できない。そのため、健康課題についてより深く抽出できるように調査方法を改善していく必要がある。

## V. 結 論

生徒の貧困による生活や健康への影響は顕在化しており、その適切な支援方法の確立は学校現場において急務である。本研究結果を踏まえ、より詳細に貧困状況にある生徒の実情や生活・健康への影響、個別の支援について明らかにしなければ、

貧困による健康課題を持つ生徒への適切な支援にはつながらない。一方で、生徒のプライバシーに関わる内容について対象者から回答を得ることができたことで、本研究をパイロット研究として今後より詳細かつ具体的にデータを収集するための調査を行い、生徒への適切な支援や学校環境づくりにつなげていく必要がある。

## 謝 辞

本研究の実施にあたり、ご協力を賜りました養護教諭の先生方に心より感謝申し上げます。また、対象者の紹介や結果の解釈、分析についてご意見をいただきました滝高等学校の加藤晃子先生に心より感謝申し上げます。

## 文 献

- 1) 厚生労働省 (2019) : 2019 年国民生活基礎調査の概況, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa19/index.html>, 2022.4.28.
- 2) OECD (2017) : 経済審査報告書, <https://www.oecd.org/economy/surveys/Japan-2017-OECD-economic-survey-overview-japanese.pdf>, 2022.4.28.
- 3) 日本国際交流センター (2011) : 「ランセット」日本特集号 国民皆保険達成から 50 年, <https://www.jcie.or.jp/japan/pub/pdf/1447/fulltext.pdf>, 2022.4.28.
- 4) Fukuda Y., Hiyoshi A. (2013). Associations of household expenditure and marital status with cardiovascular risk factors in Japanese adults: analysis of nationally representative surveys. *Journal of Epidemiology*, 23(1), 21–27.
- 5) Kaplan GA., Keil JE. (1993). Socioeconomic factors and cardiovascular disease: a review of the literature. *Circulation*, 88(4), 1973–1998.
- 6) 厚生労働省 (2017) : 健康寿命の延伸と健康格差の縮小, [https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/21\\_2nd/pdf/4\\_2\\_1.pdf](https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/21_2nd/pdf/4_2_1.pdf), 2022.4.28.
- 7) Curtis LM., Wolf MS., Weiss KB., et al. (2012). The impact of health literacy and socioeconomic status on asthma disparities. *J Asthma*, 49(2), 178–183.
- 8) Rogers R., Eagle TF., Sheetz A., et al (2015). The Relationship between Childhood Obesity, Low Socioeconomic Status, and Race/Ethnicity: Lessons from Massachusetts. *Child Obesity*, 11(6), 691–695.
- 9) 妹尾 涉 (2007) : 子どもの受診行動の決定要因分析, 一橋大学機関リポジトリ, 314, 1–13.
- 10) 阿部 彩 (2015) : 子どもの貧困⑨子どもの健康格差はなぜ起こる?, *チャイルドヘルス*, 18, 52–54.
- 11) Currie J., Stabile M. (2003). Socioeconomic Status and Child Health: Why Is the Relationship Stronger for Older Children?. *American Economic Review*, 93(5), 1813–1823.
- 12) 文部科学省 (2008) : 「子どもの心身の健康を守り、安全・安心を確保するために学校全体としての取組を進めるための方策について」(答申), [https://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chukyo/chukyo5/08012506/001.pdf](https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo5/08012506/001.pdf), 2022.4.28.
- 13) 米澤篤代 (2017) : 小学校における貧困問題とその対策, *心理科学*, 38(2), 10–20.
- 14) 盛満弥生 (2011) : 学校における貧困の表れとその不可視化—生活保護世帯出身生徒の学校生活を事例に一, *教育社会学研究*, 88, 273–294.
- 15) 厚生労働省 (2019) : 第 4 生活保護制度について, [https://www.mhlw.go.jp/topics/2020/01/dl/9\\_shakaiengo-03.pdf](https://www.mhlw.go.jp/topics/2020/01/dl/9_shakaiengo-03.pdf), 2022.4.28.
- 16) Tanaka K., Miyake Y., Sasaki S., et al. (2013). Socioeconomic status and risk of dental caries in Japanese preschool children: the Osaka Maternal and child health study. *J Public Health Dent*, 73(3): 217–223.
- 17) Matsuyama Y., Fujiwara T., Aida J., et al. (2016). Experience of childhood abuse and later number of remaining teeth in older Japanese: a life course study from Japan Gerontological Evaluation Study project. *Community Dent Oral Epidemiol*, 44(6): 531–539.
- 18) 藤原武男 (2017) : 子どもの貧困と健康, *治療*, 99, 62–66.
- 19) Kachi Y., Otsuka T., Kawada T. (2015). Socioeconomic Status and Overweight: A Population-Based Cross-Sectional Study of Japanese Children and Adolescents. *Journal of Epidemiology*, 25(7): 463–469.
- 20) Ueda P., Kondo N., Fujiwara T. (2015). The global economic crisis, household income and pre-adolescent overweight and underweight: a nationwide birth cohort study in Japan.

- International Journal of Obesity, 39(9): 1414–1420.
- 21) Mizuta A., Fujiwara T., Ojima T. (2016). Association between economic status and body mass index among adolescents: a community-based cross-sectional study in Japan. *BMC Obesity*, 3: 47.
- 22) 文部科学省 (2022) : 学校保健統計調査—令和3年度(速報値)の結果の概要, [https://www.mext.go.jp/content/20220713-mxt\\_chousa01-100012587\\_a.pdf](https://www.mext.go.jp/content/20220713-mxt_chousa01-100012587_a.pdf), 2022.11.2.
- 23) 阿部 彩, 村山伸子, 可知悠子, 他 (2018) : 子どもの貧困と食格差 お腹いっぱい食べさせたい, 67-70, 大月書店, 東京.
- 24) 文部科学省 (2016) : 学校における教育相談に関する資料, [https://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/shotou/120/gijiroku/\\_icsFiles/afielddfile/2016/02/12/1366025\\_07\\_1.pdf](https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/120/gijiroku/_icsFiles/afielddfile/2016/02/12/1366025_07_1.pdf), 2022.4.28.
- 25) 内閣府 (2019) : 子供の貧困対策に関する大綱, <https://www8.cao.go.jp/kodomonohinkon/pdf/r01-taikou.pdf>, 2022.4.30.
- 26) 中央教育審議会 (2016) : チームとしての学校の在り方と今後の改善方策について (答申), [https://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chukyo/chukyo0/toushin/\\_icsFiles/afielddfile/2016/02/05/1365657\\_00.pdf](https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo0/toushin/_icsFiles/afielddfile/2016/02/05/1365657_00.pdf), 2022.4.28.
- 27) 後藤多知子, 古田真司 (2010) : 養護教諭のリーダーシップ行動に関する研究 学校保健活動における協働の視点から, *学校保健研究*, 52, 191–205.
- 28) 鈴木邦治, 別惣淳二 (1994) : 学校運営と養護教諭の職務 (II) : 養護教諭の役割と「位置」の認知を中心にして, *広島大学教育学部紀要*, 43, 153–164.
- 29) 文部科学省 (2008) : 子どもの発達課題ごとの特徴と重視すべき課題, [https://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/shotou/053/shiryo/attach/1282789.htm](https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/053/shiryo/attach/1282789.htm), 2022.11.2.

