

沖縄県E自治体における保健福祉行政職員の貧困家庭への支援の現状と課題

和田 陽香里*・田場 真由美**

Current status and challenges of support for poor families of public health and welfare administrative staff in E local government in Okinawa

Hikari WADA*, Mayumi TABA**

要 旨

日本の子どもの貧困率は平成27年時点で13.9%である一方、沖縄県の子どもの貧困は29.9%とさらに深刻で、子どもの約3人に1人は貧困家庭で暮らしている。親の貧困は子どもの貧困へと連鎖し、貧困による世代間連鎖の解消が喫緊の課題である。そのため、国を始め、地方自治体から貧困問題に対する施策や事業がなされている。

本研究の目的は、貧困支援に関わっている、生活保護課と家庭児童相談室の福祉職、母子保健担当の保健師にインタビューを行い、貧困家庭への支援の現状と課題を明らかにすることである。

沖縄県E自治体の保健福祉行政職員4名を研究協力者とし、半構造的面接を行い、質的統合法(KJ法)を用いて個別分析と総合分析を行った。その結果、4事例全体の総合分析から6つのシンボルマークが抽出された。保健福祉行政職員は貧困家庭の支援に関わる中で、『格差から生じた負の連鎖』が【貧困の要因】として根底にあると感じ、支援する中で、『行政と対象者間の意識の食い違い』から支援の困難を抱えながらも、『法的縛りの中でケースに合わせた多様な支援』を行っているという現状が明らかとなった。そのため、保健福祉行政職員は『役割の明確化と支援の共有』のとれた【多職種連携】をとることで、『貧困脱却のための体制づくり』としての【継続的支援】と、『貧困脱却のための生涯教育』としての【自律支援】の両面からの支援の必要性が示唆された。

キーワード：子どもの貧困、保健師、福祉行政職員、多職種連携

Abstract :

Current status and challenges of support for poor families of public health and welfare administrative staff in E local government in Okinawa

Purpose: To clarify the current status and challenges of support for health and welfare administrative staff involved in supporting poor families.

Methods: Conducted interviews with four public health and welfare administrative staff, and implemented both a comprehensive and independent analysis using the Qualitative Synthesis Method (KJ Method).

Results: Six symbol marks were extracted from the overall analysis: [Factor of poverty], [Staff trouble], [Staff relationship], [Multi-professional collaboration], [Continuous support], and [Autonomous support].

* 名桜大学大学院看護学研究科 〒905-8585 沖縄県名護市為又1220-1 Graduate School of Nursing, Meio University, 1220-1 Biimata, Nago City, Okinawa, 905-8585 Japan

** 名桜大学人間健康学部看護学科 〒905-8585 沖縄県名護市為又1220-1 Department of Nursing, Faculty of Human Health Sciences, Meio University, 1220-1 Biimata, Nago City, Okinawa, 905-8585 Japan

Conclusions: Underlying poverty is a negative chain resulting from disparities. Public health and welfare administrative staff feel a discrepancy in the awareness of support between the administration and the target. However, the current situation provides various types of support according to each case under the law. Therefore, it is necessary to clarify the role of professionals, share support, and collaborate among multi-professionals. At the same time, it is necessary to provide lifelong education to support children while maintaining a system that will eradicate poverty.

Keywords: poverty, public health nurse, welfare administrative staff, local government, multi-professional collaboration

I. はじめに

日本は諸外国と比較し相対的に自国における経済格差、あるいは所得格差が小さいという認識が高く、日本における所得格差の要因は、富の集中より貧困層の拡大、中間層の衰退が問題と言われている（森口，2017）。しかし、2015年の日本の相対的貧困率は15.7%、子どもの貧困率（17歳以下）は13.9%であり、特に子どもがいる現役世帯のうち一人親世帯の相対的貧困率は50.8%である（厚生労働省，2016）。その中でも、母子家庭の相対的貧困率は54.6%と特に母子家庭の貧困は深刻で（厚生労働省，2015）、平成28年（2016）国民生活基礎調査において、貧困世帯ではない全世帯の生活意識では56.5%が「苦しい」と回答したのに対し、母子世帯は82.7%が「苦しい」と回答している。また、子どもの大学等進学率は、全世帯が73.2%であるのに対し、ひとり親家庭では41.6%、生活保護世帯に属する子どもは33.1%であり（内閣府，2016）、貧困家庭と非貧困家庭の教育格差のみならず、母子世帯の生活苦の現状は明らかである。

生活苦の影響として磯野（2017）は、貧困家庭で育つ子どもは朝食欠食者が多く、野菜や外食の摂食頻度が低い、魚や肉の加工品、インスタント麺の摂取頻度が高いこと、貧困経験年数（7歳までの時点で世帯所得が貧困線以下であった年数）が長いほどに肥満率が高率となると報告している。子どもの健康度においては、貧困家庭と非貧困家庭とで比較すると貧困家庭で育った子どもの健康度が低く、健康格差が子どもの年齢が上がるにつれて拡大している（阿部，2012）。

また、学習面において貧困家庭の親は、仕事に精一杯で生活に余裕がなく、子どもと接する時間が限られている（沖縄県，2019）。そのため、貧困家庭の子どもは、小学校低学年から学習につまずき、学力が追いつかず、学費と生活費と学力の三重の足かせの中で将来像を描くことを諦める現状があると推察される。

相対的貧困率の拡大や人口減少の問題等から、内閣府（2017）は更なる貧困の連鎖と人口減少により、人材・

市場の縮小、社会保障費の増加を懸念している。子どもの貧困対策により現在15歳の子どものうち貧困の状況にある子どもの進学率及び中退率の現状が改善した場合、生涯所得の合計額が2.9兆円増え、政府の財政が1.1兆円改善するとの推計がある（三菱UFJリサーチ&コンサルティング，2015）。そのため、子どもの貧困対策の推進は未来への投資であり、特に未来をつくる力である子どもを育てていくことが重要であると様々な政策が展開されている（内閣府，2017）。そのことから、未来を創造する子どもへの対策は重要かつ喫緊の課題である。

沖縄県の子どもの相対的貧困率は29.9%とさらに深刻で、子どものおよそ3人に1人は貧困の中で暮らしている（沖縄県，2016）。沖縄県では、全国に比べて特に深刻な子どもの貧困状況に緊急に対応するため、沖縄の実情を踏まえた居場所づくりや貧困対策支援員の配置等をモデル的・集中的に実施するとして「沖縄子供の貧困緊急対策事業」が創設された。この事業は、平成28年度から令和3年度までを集中対策期間とし、令和元年度は内閣府から12億8,960万円の交付が決定した（内閣府沖縄振興局，2019）。実際、2018年10月時点で沖縄県における子どもの居場所は164か所と年々増加傾向にある（沖縄県，2018）。子どもの居場所は食事を提供することや学習支援など居場所によって活動内容は異なり、参加条件も貧困家庭のみと限定している、または限定していない活動など多様である。こうした取り組みは貧困問題が顕在化し、国や自治体の対策事業としたことで、地域の課題に思いのある住民が主体的に解決しようとする活動に繋がり、居場所の増加に繋がっているのではないだろうか。更に、「子ども未来プロジェクト」や「みらいファンド沖縄」など、民間による経済支援団体も発足し、沖縄県民の貧困問題に対する認識は高まっている現状が見られる。

子どもは家族が貧困であるという自覚がなく、自ら支援を求めなかったり、貧困の自覚があっても周囲の目を気にして表に出せなかったりするため、子どもの貧困は見えにくい（内閣府，2017）。しかし、子どもの貧困は

将来の学力格差や健康格差に影響するため、理想としては早期からのリスクに対する予防が必須であり、住民を包括的に把握し、ニーズに沿った直接的な支援を提供することができる保健福祉行政職員の貧困家庭への支援が重要である。しかし、ここ数年間で緊急事業として各自治体に取り組んできたことで居場所は拡充されてきたが、貧困支援を直接実施してきた行政の保健・福祉・学校等の専門職が、複数の課題を抱える貧困家庭を支援する中での現状や課題については明らかにされていない。

保健師は、母子に最初に関わり、妊娠届を提出した際に面談を行い、妊娠届時のスクリーニングにおいて経済的に困窮している家庭をできるだけ早期に把握している。さらに、妊婦面談、新生児訪問、乳幼児健診などハイリスクな母子を発見できる重要な機会を持ち、この機会ごとにアセスメントを行い、支援が必要な家庭に対しては、ニーズに応じて電話や訪問等でフォローを行っている。2018年より沖縄県では母子健康手帳発行時のスクリーニングとして統一し、経済的困窮把握に関連する項目を追加したことで、早期から経済的困窮に対する支援が開始できるよう実施している。妊娠・出産に費用が必要であるため、妊娠期は、出産後に比べて経済的な状況を把握やすく、問題に対応するための母親への意識付けもしやすい（子ども・若者貧困研究センター、2018）ため、保健師は経済的な支援として、出産費用や妊婦健診の無料制度や生活保護、生活への援助制度等の説明を行い、その部署に繋ぐことができる。そのため、保健師は身体や知的な発達の問題に重視した支援に留まることなく、福祉、経済、環境などの知識を活かした支援の充足、予防的視点や繋ぐ支援が貧困支援として重要であると考えられる。

一方、行政の福祉職は、高齢者や障害者（児）、児童、生活困窮者等に対する個人相談援助から直接サービスの提供や事務報告、予算の確保、企画・実施など幅広くある。生活困窮やドメスティック・バイオレンス、育児、介護など複合的で複雑化した生活課題を抱える個人や世帯に対する包括的な相談支援体制が求められている（日本総合研究所、2018）。福祉職が対象としている住民は、公衆衛生学の領域でいう「ハイリスク者」と同一である。そのため、福祉職は、住民の生活の中での困りごとを切り口として、ニーズのある住民にサービスを繋ぐ支援を行う職種であるため、貧困家庭への支援においても必要不可欠である。

日本における子どもの貧困対策は、保健師や福祉職、保育園、学校など様々な機関と連携して対応することが必要になる。しかし、現状としては縦割り行政のため、部署を超えての連携がしづらいという状況がある。そのため、縦割り行政を克服し、健康、経済、社会政策の全てが協調して計画実施のできる体制の構築が必要である

（橋本、2010）。福祉職は経済的問題を持っている方を対象者とするため、子どもの貧困を問題として捉えやすい。しかし、保健師には虐待や若年妊婦の背景として経済的問題の視点が必要である（周、2019）ということは明らかであるが、我が国の子どもの貧困への介入研究はほとんど見当たらない。これは、貧困が不健康や虐待、若年妊婦などの問題に達することで対象者の背景として顕在化されるからである。また、特に貧困が深刻な沖縄県において、貧困家庭を直接支援する保健福祉行政職員の支援の実態調査をした研究は見当たらなかった。そのため、今回は貧困家庭の支援を取り巻く行政職員に関する研究の第一段階として、沖縄県のE自治体の保健福祉行政職員の貧困家庭への支援の現状と課題を明らかにし、保健福祉行政職員の貧困支援の一助とする。

II. 目的

保健福祉行政職員の貧困家庭への支援の現状と課題を明らかにすることにより、今後の貧困を取り巻く保健福祉行政職員の支援の一助とする。

III. 用語の定義

貧困

貧困は絶対的貧困と相対的貧困に分けられる。まず、絶対的貧困とは最低限度の生活を欠く状態のことである。一方、相対的貧困とは、等価可処分所得（世帯の可処分所得を世帯人員の平方根で割って調整した所得）の中央値の半分（貧困線）に満たないこと（厚生労働省）とされており、人がある社会の中で生活する際に、その社会の殆どの人々が享受している普通の習慣や行為を行うことができないことである（阿部、2012）。本研究で用いる貧困は、相対的貧困とした。

保健福祉行政職員

本研究では、保健師、社会福祉士、臨床心理士、教員免許の資格や免許を取得しており、かつ行政機関の保健または福祉の部署で勤務する者と定義した。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

半構造化面接を用いた質的帰納的研究法を用いた。

2. 研究協力者の概要

E自治体における貧困家庭の支援に関わる保健福祉行政職員4名とした。

本研究でE自治体と選定した理由としては、年少人口割合が17.1%と沖縄県（17.1%）と同等に高く（沖縄県、

2019)、子ども食堂や無料塾など子どもの貧困対策への民間団体活動が継続的に行われていること、「沖繩子供の貧困緊急対策事業」としての貧困対策支援員が複数名在籍していることを勘案した。その中でE自治体の貧困対策の担当課係長より紹介された研究協力者に対して、研究者から研究目的、方法、倫理的配慮等について説明の上、同意の得られた貧困対策支援員を含む4名を選定した。

3. データ収集方法

インタビューは、研究協力者が勤務する行政機関の管理者に許可を得て、貧困家庭への支援に関わる職員を紹介してもらい、紹介された候補者全員に研究者から研究の趣旨を説明した後、同意が得られた職員に対して、半構造化面接を用いてインタビューを行った。面接内容は、インタビューガイドに基づいて、貧困による格差、貧困家庭への支援、貧困家庭への支援における連携、貧困家庭への支援と連携で困難、今後の貧困家庭への支援と連携の思いについての聞き取りを行った。面接は、プライバシーが守られる個室で行い、面接内容は承諾を得られた2名はICレコーダーに録音し、他2名はメモにより記録した。

4. 調査期間

平成30年5月～7月であった。

5. 分析方法

インタビューデータは、逐語録から元ラベルを作成し、研究協力者の見地から貧困家庭への支援の現状と課題を明らかにするために、ある現象を合理的な全体像と把握する質的統合法(KJ法)を用いて分析を行った(山浦, 2008)。分析では、研究者らにより事例ごとの個別分析と全事例のデータをまとめる総合分析により、結果を抽出した。

第1段階として、個別分析を行った。研究協力者のインタビューデータを精読して、意味のある最終単位ごとに元ラベルを作成した。ラベルの内容の類似性に着目して、意味のある最小単位ごとにラベルを作成した。ラベル内容の類似性にそってグループ化し、さらに類似グループのラベル内容に意味を表す表札ラベルを付けなが

ら、グループ編成を繰り返し、最終ラベルが6枚になるまで作業を繰り返し、抽象度を高めた。

次に総合分析として、個別分析で一度抽象度を高めた4事例のラベルを意味の分かる段階まで再度戻して総合分析の元ラベルを作成し、個別分析と同様に最終ラベルの枚数が5～7枚になるまでグループ化とラベル付けを行った。6枚の最終ラベルにシンボルマーク(要約)を作成し、「保健福祉行政職員の貧困家庭への支援の現状と課題」についての見取り図(図1)を作成した。また、分析の全過程に対し、質的研究に精通している2名の研究者のスーパーバイズを受けた。本研究では、総合分析の結果に焦点を置いて論述する。

6. 収集したデータの内容

本研究で用いたインタビューガイドを作成するにあたり、岩佐ら(2017)全国市町村・特別区に所属する常勤保健師の社会的弱者に対する健康認識・活動実態悉皆調査を参考にインタビューガイドを作成した。

7. 倫理的配慮

行政機関の管理者および研究協力者に対して、研究協力依頼書を用いて研究の趣旨と目的を口頭と文書で説明し、同意書へ署名をもらい同意を得た。研究にあたり、協力及び参加は自由意志であり、途中であっても拒否でき不利益は被らないこと、個人が特定されないようプライバシーを保護、匿名性の確保、守秘義務を厳守すること、研究終了後は電子・紙媒体は適切に処理すること、調査結果は研究協力者に報告する機会を持つこと、公的に論文発表することを説明し依頼した。なお、本研究は名桜大学倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号30-207)。

V. 結果

1. 研究協力者の概要

研究協力者は女性3名、男性1名、計4名であった。取得資格は保健師、教員、社会福祉士、臨床心理士であり、雇用形態は正規雇用が2名、非正規雇用が2名、E市での勤続年数は2年から8年であった。

表1 研究協力者の概要

対象者	性別	資格	雇用形態	E自治体での勤続年数
A	女	保健師	正規雇用	6年目
B	女	教員 (貧困対策支援員)	非正規雇用	8年目
C	男	社会福祉士 (貧困対策支援員)	非正規雇用	2年目
D	女	臨床心理士	正規雇用	7年目

2. 分析結果

4事例の総合分析に利用した元ラベルの総数は102枚であり、個別分析をした後、総合分析を行った。その結果、【貧困の要因】、【職員の悩み】、【職員の関わり】、【多職種連携】、【継続的支援】、【自律支援】の6項目の最終シンボルマークが抽出された。シンボルマークごとに以下に結果を述べる。なお、本文中ではシンボルマークを構成する事柄を【隅付きカッコ】、エッセンスを【白抜き隅付きカッコ】、その内容を示す最終ラベルは【大カッコ】、元ラベルは「鍵カッコ」を用いて記述した。

1) 総合分析結果

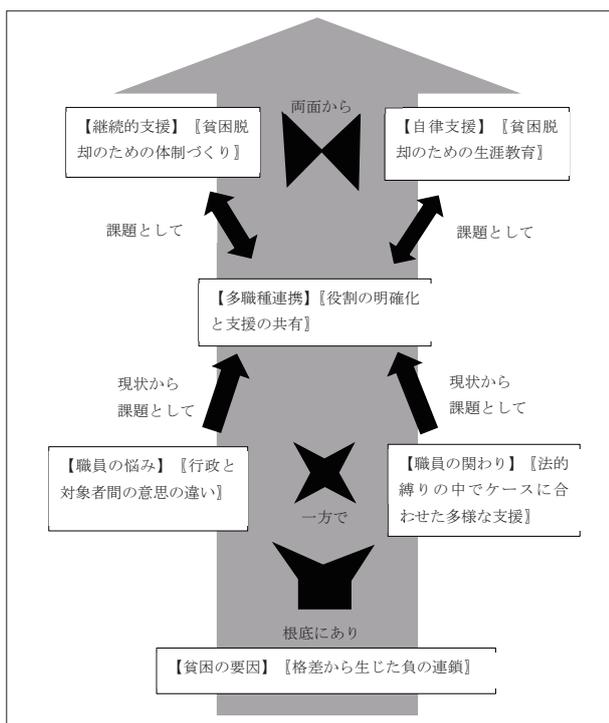


図1 保健福祉行政職員の貧困家庭への支援の現状と課題の全体像

保健福祉行政職員の貧困家庭への支援の現状と課題として、図1で全体像の見取り図を表示した。E自治体における保健福祉行政職員は貧困家庭の支援に関わる中で、【格差から生じた負の連鎖】が【貧困の要因】として根底にあり、支援する中で【職員の悩み】として【行政と対象者間の意識の食い違い】を感じながらも、一方で【職員の関わり】として【法的縛りの中でケースに合わせた多様な支援】を行っているという現状があった。このような現状から、保健福祉行政職員は【役割の明確化と支援の共有】のとれた【多職種連携】が必要であり、課題として、【貧困脱却のための体制づくり】としての【継続的支援】と、【貧困脱却のための生涯教育】としての【自律支援】の両面を合わせた支援が貧困家庭への支援の現状と課題の解決に向けて求められていた。

2) 【貧困の要因】【格差から生じた負の連鎖】

最終ラベルには、【歴史的背景や地域格差などから生じた貧困は、格差を拡大させ、世代間で負の連鎖が続いている】が示された。「沖縄県の貧困の歴史、教育が遅れた理由は、アメリカ統治下にあったがために、日本の公的支援が全く受けられなかったことがある」と、沖縄県の貧困の歴史的背景が語られた。また、保健師からは「シングルのお家で、出産時に仕事を辞めないといけなくなることや、体調、健康面などでも格差は開いてくると感じた」、福祉職からは「本当にこの貧困の家庭というのは、経済的というよりは生きていく中身そのものが貧困かなと思う」ことや「E自治体は働く場所が少なく、インフラが不十分であるため、地域で不利が生じている」ことが語られた。

表2 保健福祉行政職員の貧困家庭への支援の現状と課題を構成するラベル一覧

シンボルマーク	最終ラベル	代表的元ラベル
【貧困の要因】 【格差から生じた負の連鎖】	【歴史的背景や地域格差などから生じた貧困は、格差を拡大させ、世代間で負の連鎖が続いている】	<ul style="list-style-type: none"> ・「本当にこの貧困の家庭というのは、経済的というよりは生きていく中身そもそもが貧困かなと思う」 ・「シングルのお家で、出産時に仕事を辞めないといけなくなることや、体調、健康面などでも格差は開いてくると感じた」 ・「子どもを持つことで、家庭的な安心というか、自分が一人じゃないっていう安心感が得られるはずだが、それは一時的な関心間で、子育てしていく上では難しい」 ・「E自治体は働く場所が少なく、インフラが不十分であるため、地域で不利が生じている」 ・「沖縄県の貧困の歴史、教育が遅れた理由は、アメリカ統治下にあったがために、日本の公的支援が全く受けられなかったことがある」
【職員の悩み】 【行政と対象者間の意思の違い】	【対象者に問題意識がなく、行政と対象者間のずれから支援に繋がれず迷っている】	<ul style="list-style-type: none"> ・「困っている状況だが、サービスに当てはまらない方への支援は迷う」 ・「相手は求めてないのに行政的にはこういう風にしなさいと決まっていることを求めるときや向こうのニーズとこちらの要求が外れているときは支援が難しい」 ・「本人が現状に困っていないと支援に繋がられない」

シンボルマーク	最終ラベル	代表的元ラベル
【職員の関わり】 【法的縛りの中でケースに合わせた多様な支援】	〔対象者のニーズに即した支援を支援者ができる範囲をイメージしながら関わっている〕	<ul style="list-style-type: none"> ・「学校に行きたいけど、あと一押しが足りず、本人の力だけに求めるのは難しい年齢であるため、お母さんの役割を奪わないように、少しだけ関わっている」 ・「週1回の訪問を1年間続け、虐待を防ぐことができたケースは、自分たちができる範囲をイメージしながら関わることができた」 ・「公的な援助を利用しつつ充実していれば、経済的には苦しくても生き方としては素敵だと思う」
【多職種連携】 【役割の明確化と支援の共有】	〔支援者は専門の基礎を踏まえ、役割や方向性を明確にしながら連携をとる必要がある〕	<ul style="list-style-type: none"> ・「(貧困家庭への支援で、これまで困難に感じたことは) 個別的な支援では特にならない」 ・「自治体だけでなく、他の機関も関わるので、サポートしていく上で役割が重なる部分も多いが、確認しながら、その人にあった支援ができるように連携していきたい」 ・「決まった連携というよりは、その方のニーズに合わせての相談や、関係課に相談することはある」 ・「連携に関しては相談したら一緒に考えてくれる」
【継続した支援】 【貧困脱却のための体制づくり】	〔教育と福祉の融合は難しいが、行政が義務教育下においても継続的に支援できる体制が必要である〕	<ul style="list-style-type: none"> ・「0～5歳までは保健師が家庭的に課題のあるお家をすぐに見つけられる機能を行政として持っているが、小学校から義務教育が始まって15歳までの9年間はすっぱり抜け落ちて、職種的な関わりが全くできない」 ・「教員は手を繋がずに、自分で全てを自己解決、自己完結しなさいって育てられる人で、福祉は何かあれば相談していこうねってのが福祉であるため、そもそも違うことに気付いた」 ・「(支援の) 困難は、先に関わっている機関から情報が得られないときである」 ・「行政は住民票があれば、年齢を問わずに支援に繋がれることがつよみであるため、ステップが変わっても繋がるようにする必要がある」
【自律支援】 【貧困脱却のための生涯教育】	〔保健師や学校が行う性教育に加え、自分の人生を自己選択できる生き方の教育が必要である〕	<ul style="list-style-type: none"> ・「結局私たちが関わるのは結果の人々だから、まだお利口うちに正しい知識を教えてほしい」 ・「保健師とは特定妊婦対策のとらえ方が違い、保健師は産科的リスクがある方と捉えるが、私たちは虐待や望まない妊娠、自殺企図歴がある方などと認識している」 ・「性教育は私たちの仕事ではなく、保健師のやる業務だから保健師が頑張ってほしい」 ・「中学・高校から生き方についての教育が必要であり、性教育だけでなく、人権教育に繋がるものも必要である」 ・「若年妊婦がもっと選択肢が持てるように、セックスを拒否することや妊娠＝出産ではないことを具体的な話を交えて、具体的に伝えることが大切である」

3) 【職員の悩み】【行政と対象者間の意思の違い】

最終ラベルには「対象者に問題意識がなく、行政と対象者間のずれから支援に繋がれず迷っている」が示された。この行政と対象者間のずれには、「困っている状況だが、サービスに当てはまらない方への支援は迷う」、「相手は求めてないのに行政的にはこういう風にしなさいと決まっていることを求めるときや向こうのニーズとこちらの要求が外れているときは支援が難しい」ことが語られた。

4) 【職員の関わり】【法的縛りの中でケースに合わせた多様な支援】

最終ラベルには、「対象者のニーズに即した支援を支援者ができる範囲をイメージしながら関わっている」ことが示された。「週1回の訪問を1年間続け、虐待を防ぐことができたケースは、自分たちができる範囲をイメージしながら関わることができた」、「公的な援助を利用しつつ充実していれば、経済的には苦しくても生き方としては素敵だと思う」ことが語られた。

5) 【多職種連携】【役割の明確化と支援の共有】

最終ラベルには、「支援者は専門の基礎を踏まえ、役割や方向性を明確にしながら連携をとる必要がある」ことが示された。「(貧困家庭への支援で、これまで困難に感じたことは) 個別的な支援では特にならない」や「決まった連携というよりは、その方のニーズに合わせての相談や、関係課に相談することはある」と個別のケースに関して、他課との連携があることが語られた。しかし、「自治体だけでなく、他の機関も関わるので、サポートしていく上で役割が重なる部分も多いが、確認しながら、その人にあった支援ができるように連携していきたい」との語りも得られた。

6) 【継続的支援】【貧困脱却のための体制づくり】

最終ラベルには、「教育と福祉の融合は難しいが、行政が義務教育下においても継続的に支援できる体制が必要である」ことが示された。教員免許を持った福祉職から、「教員は手を繋がずに、自分で全てを自己解決、自己完結しなさいって育てられる人で、福祉は何かあれば

相談していこうねってのが福祉であるため、そもそも違う」と、専門職による基礎教育の違いが語られた。また、「(支援の) 困難は、先に関わっている機関から情報が得られないときである」ことや「0～5歳までは保健師が家庭的に課題のあるお家をすぐに見つけられる機能を行政として持っているが、小学校から義務教育が始まって15歳までの9年間はすっぱり抜け落ちて、職種的な関わりが全くできない」と職種間での情報共有や機関同士の連携についての語り得られた。

7) 【自律支援】『貧困脱却のための生涯教育』

最終ラベルには、「保健師や学校が行う性教育に加え、自分の人生を自己選択できる生き方の教育が必要である」ことが示された。福祉職から「性教育は私たちの仕事ではなく、保健師のやる業務だから保健師が頑張りたい」と保健師に対する性教育への期待が語られた。また、その性教育では「若年妊婦がもっと選択肢が持てるように、セックスを拒否することや妊娠＝出産ではないことを具体的な話を交えて、具体的に伝えることが大切である」「中学・高校から生き方についての教育が必要であり、性教育だけでなく、人権教育に繋がるものも必要である」と多様な教育の必要性が語られた。また、福祉職から「保健師とは特定妊婦対策のとらえ方が違い、保健師は産科的リスクがある方と捉えるが、私たちは虐待や望まない妊娠、自殺企図歴がある方などと認識している」と特定妊婦に対する保健師と福祉職の認識の違いが語られた。

VI. 考察

1. 【貧困の要因】『格差から生じた負の連鎖』

貧困の要因として、「沖縄県の貧困の歴史、教育が遅れた理由は、アメリカ統治下にあったがために、日本の公的支援が全く受けられなかったことがある」という語りから、日本で唯一地上戦を経験し、アメリカ統治下に置かれた沖縄県特有の歴史がひとつ考えられる。戦後すぐアメリカ統治下に置かれた沖縄県は、日本からの公的支援を受けられなかったため、貧弱な教育財源の中で、沖縄戦で生き残った教員が青空教室や馬小屋教室などで教育を提供していた(藤原, 2010)。さらに、多くの父親の戦死により生活苦はすさまじく、生活のために無学のまま育つ子どもも多くいたと言われている。親の教育歴や所得、職業というような社会経済状態は子どもの発達に影響を与えることが明らかとなっていることから(喜多, 2013)、沖縄県では戦後の混乱期に十分な教育を受けずに育った子どもが親となり、またその子どもが親となり、貧困が世代間で連鎖している。

また、沖縄の子どもを取り巻く教育の現状では、高等学校中途退学率は全国1位であり、高校進学率や大

学進学率は全国で最下位である(沖縄県, 2016)。これは、十分な教育を受けられなかった親の非正規雇用による不安定な収入や生活、低学歴が相俟って、貧困家庭で暮らす子どもの環境の不安定さが関係している(埋橋, 2015)。また、親子で関わる時間が少ないことや衣食住が不十分なことなどによる不安定な家庭環境は、子どもの自己肯定感を低下させ、地域活動への参加や社会的なサポートの不足など子どもから様々な機会を剥奪している(沖縄県, 2019)。

親の貧困を受け身的に引き継がざるを得ない子どもは、貧困の連鎖からの脱却が必要であり、貧困による悪影響や不利を跳ね返す力として、自己肯定感が注目されている(阿部, 2015)。貧困世帯の子どもは自己肯定感が低く、貧困というリスク要因に抗う力である自己肯定感を貧困による不利によってさらに低下させている(阿部, 2017)。しかし、良好な親子関係や教師との関係が貧困による自己肯定感の低下を緩和するため(阿部, 2015)、他者と信頼関係の構築や教育により自己肯定感を育む支援が必要である。

子どもの貧困は、直接的な要因である親の貧困と切り離して考えることは難しいが、子ども自身が貧困に気づき脱却する力を持てるよう、自己肯定感に対しての包括的な支援が必要である。

2. 【職員の悩み】『行政と対象者間の意思の食い違い』

行政と対象者間の食い違いとして、「サービスに当てはまらない方への支援は迷う」、「対象者が現状に困っておらず問題意識がないと支援に繋がらない」との語りから、行政のサービスに当てはまらず対象者とのずれを生じさせたり、対象者に問題意識がなく支援に繋がらなかったりすることが行政と対象者との食い違いを生じさせている。

まず1つ目の食い違いは、「サービスに当てはまらない方への支援は迷う」である。例えば、生活保護の申請や義務教育の補助申請に必要な申請基準よりも収入はあるが、多子世帯のために困窮している場合や知的障害児への支援が必要であるが申請を実施しない、またはできないことがある。そして、子どもの貧困支援サービスや経済的サービスを利用することができないことによる親の不満や不信感で、行政と対象者との信頼関係が成立、維持せずに、その後の支援が困難になる場合がある(金子, 2019)。法律や施策に則って事業や支援を行う行政機関の中では、対象者のニーズに応じた支援に限界がある。しかし、支援の限界を対象者が拒否されたと捉え、こういった困難の繰り返しを対象者の問題意識を低下させ、SOSを出さなくなると考えられる。

子ども・若者貧困研究センターの調査報告(2018)によると保健師は、対象者が相談できることを前向きに捉え、相談をきっかけに関わりを持ち、支援者として認識

し、覚えてもらうことを意識して支援し続ける必要がある。さらに、支援に繋がらなかったにせよ、いつでも相談してくださいという姿勢で行政の敷居を低くし次の支援に繋げる努力を惜しまず実施する。また、社会福祉協議会などの行政外のサービスを紹介し、活用する方法を取りつつ、行政への信頼の再構築に努めている。このような行政側の諦めない姿勢が重要である。

2つ目の食い違いは、「対象者が現状に困っておらず問題意識がないと支援に繋がられない」ことである。貧困の連鎖の中にいる家庭で継承されてきた文化は、家族にとっては常識として根付き、問題性に気付くことができないことがある（吉岡，2018）。そのため、公的サービスを無料または低額で受けることができるにも関わらず、対象者自身が問題気付かないことがある。例えば、乳幼児健診や予防接種などの場に、親自身が自らの意思で出向かず行政との繋がりを断ち切っている。また学童期では、就学困難な状況にある場合、条件を満たしていても就学援助制度の活用に必要な申請手続きまでは至らないことがある。これらのことは、親が生活課題に気付いていないことで、早期からの子どもの好ましい生活習慣の形成を阻害していると推察する。生活課題のある家庭への支援は、子どもの健康状態や実際の学校生活の困りごとまで予測を含めた包括的な視点での関わりから、生活の基盤づくりを進める必要がある。

沖縄県（2019）は、妊娠11週以内の妊娠届出率が87.0%（全国92.2%）、1歳6か月健康診査が88.0%（全国96.2%）と全国平均を下回っており（厚生労働省，2019）、育児に対して消極的な対象者に対しては、子どもの命や養育問題、虐待に繋がる可能性から、職員はさらに積極的に関わることが必要となる。必要時には児童相談所や警察なども連携して子どもを一時保護する場合もある。そのため、保健師は健診未受診や家庭訪問の拒否など、ポピュレーションアプローチの中で発見されるハイリスク者については、より「見逃さない」「放置しない」継続的な支援が必要である（子ども・若者貧困研究センター，2018）。

行政と対象者との食い違いの誘因は様々であるが、この食い違いを放置せずに、行政側がより積極的に信頼関係を築く姿勢を持ち続け、行政を頼れる存在として認識できる関係性が成立することで早めに相談してもらえることに繋がると推察する。

3. 【職員の関わり】『法的縛りの中でケースに合わせた多様な支援』

「支援は、子どもたち本人だけの力をもとめるのではなく、あと一押しをするなど、自分たちができる範囲をイメージしながら関わっている」ことから、支援者は対象者の力量を見極め、対象者のニーズと行政職員として提供可能な支援をイメージしながら関わっていることが

推察される。

核家族化が進行し、家族の在り方や価値観が変容したことで、金銭的な問題や様々なサービスの契約といった、本来家族が担っていた内容についての支援の必要性が高まっている（吉岡，2018）。さらに、子どもへの支援は親が果たす役割を一部担うことにもなるため、親役割を全て奪わないよう、専門職が法的縛りの中で提供できる支援を行い、家族の能力を活かすこと、向上することに繋がる個別的な支援が必要であると考えられる。

また、行政機関が提供する事業やサービスには、提供する上での根拠となる法律があるため、対象者は法律で定められた対象者のみに提供される。さらに、行政サービスは申請主義であるため、支援者がサービスの必要性を感じても、対象者本人がサービスを認識し、望まない限りは支援に繋げることができない（鷺巣，2019）。そのため、対象者の理解能力や判断能力などを勘案しながら、相手が理解できるような説明が不可欠であり、時には対象者の伴走者として対象者の思いを代弁し、支援に繋げる必要がある。

4. 【多職種連携】『役割の明確化と支援の共有』

E自治体では、「決まった連携というよりは、その方のニーズに合わせての相談や、関係課に相談することはある」ことや、「連携に関しては相談したら一緒に考えてくれる」との語りから、個別のケースに関しては、部署を超えて職員同士が個人的に繋がっていることが明らかとなった。職員同士の個別的に関わりがあることは良いことであるが、組織としての多職種での連携が十分でなければ、支援が抜け落ちていく可能性が推察される。

WHO（2010）は、多職種連携を異なった専門的背景を持つ専門職が、共有した目標に向けて働くことと定義している。そのため、自己申告制である日本の行政機関において、必要な支援に繋がることができない対象者を減少させるためにも、組織的な多職種連携体制が必要である。

若年妊婦対策において、保健師と福祉職で若年妊婦の定義にずれがみられた。福祉職から「保健師とは特定妊婦対策のとらえ方が違い、保健師は産科的リスクがある方と捉えるが、私たちは虐待や望まない妊娠、自殺企図歴がある方などと認識している」との語りがあった。研究協力者であった保健師に特定妊婦に対する認識を聞くことができなかったが、厚生労働省は特定妊婦を、出産後の子どもの養育について出産前において支援を行うことが必要と認められる妊婦とし、具体的には、不安定な就労等収入基盤が安定しないことや家族関係が複雑なことなど育児困難が予測される場合と定義している（厚生労働省，2016）。そのため、保健師教育においても産科的リスクだけでなく、厚生労働省が定める心理社会的リスクを含むハイリスクの妊婦であると捉えて教育されて

いる。しかし福祉職の語りより、保健師と福祉職の個別的な連携支援ができていないが、貧困が重要な社会的問題の共通認識の確認が十分に取れていない現状があると推察され、課題であることが明らかとなった。

一般的に多くの部署では、所管する所掌事務のみを行い、それ以外の事務は担当部署に振るという縦割りである。しかし、保健師は健康を切り口として、複雑化する地域の健康課題や高度化する住民のニーズに対し、組織横断的に調整する役割を担っている（厚生労働省、2013）。

岩佐ら（2017）の調査によると、保健師は健康格差という問題に対して言葉の意味は明確に知らずとも、現状を体験的に理解している者の割合が89.8%高い一方で、健康格差に関する内容が含まれた研修（教育）を受けた者の割合が27.8%と低かった。保健師は、健康格差を縮小するための取り組みの必要性やその担い手のひとりであると感じている者は多いが、具体的な健康格差対策が分からない者も多い。

保健師はハイリスク者の背景である経済的問題のアセスメントの視点はあるため、保健師の貧困や健康格差など、経済的問題が及ぼす影響について実践で終わるのではなく、経済的問題を切り口とする福祉部署との組織的な連携体制の構築により、保健師活動の視点を活かしていく必要がある。

保健師と福祉職で介入の入り口が違うからこそ、対象者を多角的に支援することができる。そのため、保健師と福祉職で専門分野での役割意識を持ちながら、貧困という社会的問題について、互いに認識を高めることでより円滑な連携体制を構築していく必要がある。

5. 【継続的支援】『貧困脱却のための体制づくり』

E自治体では、2016年に子どもの貧困対策における関連施策の実施や各地域の実態把握を専従で行う組織を立ち上げ、対策の強化を行ってきた。これは、「0～5歳までは保健師が家庭的に課題のあるお家をすぐに見つけられる機能を行政として持っているが、小学校から義務教育が始まって15歳までの9年間はすっぱり抜け落ちて、職种的な関わりが全くできない」ため、高校進学できなかった状態で貧困または他の課題で、行政の支援が必要な住民として戻ってくるという現状が多々生じてきたからである。また、「教員は手を繋がずに、自分で全てを自己解決、自己完結しなさいって育てられる人で、福祉は何かあれば相談していこうねってのが福祉であるため、そもそも違うことに気付いた」との福祉職の語りから、教育と福祉の基礎教育の違いが連携を難しくさせていることが明らかとなった。さらに、教育と福祉の連携の課題として、個人情報・プライバシーの配慮に配慮しつつ、情報共有や連携体制の構築や現場でのバラつき、人員不足などがある（松村、2017）。しかし、この

義務教育期間への支援が重要であるため、何か先に手立が必要であるということから、E自治体では専従の組織が作られ、貧困支援対策員も配置された。そして、この組織が設立されたことにより、これまで交わることが少なかった教員と関わりがみられるようになり、支援が拡充しつつある。

文部科学省（2018）より義務教育期間における総合支援窓口の機能を学校に設ける、学校のプラットフォーム化が進められている。これは、見えにくい貧困や孤立、就学後の関係機関の連携がないことなどが課題としてあり、全ての子どもが通う学校をプラットフォームとして、支援が必要な子どもが必要なサービスに繋げるシステムである（山野、2016）。

盛満（2011）によると、日本の教師は、子どもたちの間にある「差異」を考慮することはなく、理想の子供像にあてはめる傾向が強いことが教育現場における貧困が不可視化されている。しかし、貧困支援対策員やスクールソーシャルワーカー（以下、SSW）の配置が進み、子どもの福祉に対して専従の支援員の配置が進んだことで多機関・多職種と連携、調整しつつ、子どもを適切な支援へのつなぐことが可能となった（沖縄県、2019）。子どもには教育を受ける権利が平等にあり、教員も学校や学級という集団で捉える傾向が強いため（盛満、2011）、貧困支援対策員やSSWなどの第三者により予防的な介入が進んでいる。

教育機関の特徴や連携における情報共有等の課題、就学というライフステージの変化による支援者の連携体制の困難が明らかとなった。そのため、学校をプラットフォーム化する場合でも、行政機関や関係機関での定期的な事例検討会や個別ケースによる関わりにより顔の見える関係を構築し、さらに組織的にも連携のある体制があることで、個別ケースへの介入も行いやすくなると考えられる。

6. 【自律支援】『貧困脱却のための生涯教育』

福祉職から「中学・高校から生き方についての教育が必要であり、性教育だけでなく、人権教育に繋がるものも必要である」との語りがあり、性教育や生き方に関する多様な教育の必要性が推察された。また、「結局私たちが関わるのは結果の人々だから、まだお利口なうちに正しい知識を教えてほしい」と、福祉職の対象者は問題が起こった後に関わる人が多いことから、予防的な関わりが可能である保健師や教育機関への期待が語られた。

親の貧困と子どもの貧困を区別して考えることは難しいが、幼少期からの不利や困難な経験は、自己肯定感や意欲を下げ、負の連鎖に嵌っていく（阿部、2013）。そのため、これからの将来を担う子どもたちが育つ環境により夢を諦めるようなことがないよう、自己の能力を高め、人生を切り開いていくための意欲やスキルを身

につけられるような生涯教育が求められている（矢野，2015）。

生涯教育とは、将来設計を踏まえ、職業や出産などのライフステージの変化に対する自己決定能力を高める教育である。「若年妊婦がもっと選択肢が持てるように、セックスを拒否することや妊娠＝出産ではないことを具体的な話を交えて、具体的に伝えることが大切である」との語りから推察されるように、特に沖縄県で深刻で貧困の要因となる若年妊婦対策への教育が重要である。さらに、若年妊婦が多いことに比例して、低体重出生率が10.9%と全国で最も高く、ひとり親世帯出現率が高い（沖縄県，2019）ことも相俟って沖縄県における貧困の連鎖が継承されている。

そのため、性や子どもを産むことに関わる全てにおいて、身体的にも精神的にも社会的にも良好な状態にあり、自分の意思が尊重され、自分の身体に関することを自分自身で決められる権利であるリプロダクティブ・ヘルスライツについて、保健師や助産師などの専門職による知識の普及が必要である。リプロダクティブ・ヘルスライツに基づく教育は、性に関する自己決定だけでなく、自分と他者の人権と生命の尊重に繋がり、自己肯定感を育むことにもつながっていく（鷺巣，2019）。そのため、貧困からの脱却は、自己肯定感を根底として、自己決定能力を高める生涯教育が必要であると考えられる。

7. 保健福祉行政職員の貧困家庭への支援における可能性

自治体で独自に貧困対策への積極的な取り組みをしている先駆的な例として東京都荒川区がある（2015）。荒川区では荒川区自治総合研究所を自治体シンクタンクとして、「子どもの貧困・社会排除問題研究プロジェクト」を実施している。「地域は子どもの貧困・社会排除にどう向き合うのか」というテーマのもと荒川区の現状を分析し、子どもの貧困・社会排除の構造として「リスク」と「決定因子」があることを示した上で、問題の解消に向けて取り組んでいる。そのためには、行政だけでなく、地域も巻き込んだ包括的なシステムが必要であることを明言している。そして、「ドメイン・目標・指標」「組織・人材」「社会関係資本（地域力）」「多様な政策・施策」の4つの柱で構成された「あらかわシステム」を提言した。荒川区の例より、行政及び地域のあらゆる人々が一丸となって取組を進めていくことで全ての子どもが貧困・社会排除の状態に陥ることなく、自分が持つ能力を伸ばす機会を平等に得て、希望を抱き、健やかに成長していくことができるような社会の構築に繋がると考える。

今回の調査により部署や専門性により貧困による影響を感じる支援に若干の差異があった。保健師は「シングルのお家で、出産時に仕事を辞めないといけなくなるこ

とや、体調、健康面などでも格差は開いてくると感じた」と主に健康に繋がる格差について語り、福祉職は「本当にこの貧困の家庭というのは、経済的というよりは生きていく中身そのものが貧困かなと思う」と生活そのものの貧困について語りがあった。貧困と一括りに言っても、支援する側の立場や専門性により、関わる対象者やアセスメントの違いから、支援の入り口や方法は異なる。しかし、どの職種においても貧困の影響を実感していることが明らかとなったため、それぞれの専門性を踏まえ、多種多様な関係者が連なり、直接対象者を支えるだけでなく、関係者同士も支え合う体制の構築が必要である（金子，2019）。そうすることで、保健福祉行政職員にとどまらず、垣根を超えた教育機関やその他関係機関と連携し、住民を包括的に支援することで、住民主体の地域づくりに繋がると考える。

VII. 結論

今回、貧困家庭の支援に携わるE自治体の保健福祉行政職員にインタビューを行った。その結果、貧困家庭への支援の現状と課題が6個のシンボルマークとして統合された。現状として、行政と対象者間での意思の食い違いがみられるが、職員は法的縛りの中で限られた資源を可能な限り活用していた。そのような現状から、支援に携わる多職種間での役割の明確化や支援の共有を通して、組織的な連携体制が必要であるとの課題が明らかとなった。さらに、貧困脱却のために、子どもたちの自己肯定感を育み、自己決定能力を高める教育の必要性が示唆された。

VIII. 研究の限界と今後の課題

本研究はE自治体の保健福祉行政職に限定し、研究協力者が4名と少なく、保健分野1名、福祉分野3名と偏りがあった。また、一つの自治体での調査であったため、他の自治体について言及することは難しい。しかし、本研究の知見は特に貧困家庭への支援に関わる保健福祉行政職員に焦点を当て、支援者側の現状と課題を明らかにしたことで、保健福祉行政職員が貧困支援を進めていくうえでの示唆を示すものとして意義がある。今後は、研究協力者数と職種の比率、および対象地域を拡大していく必要がある。

謝辞

本研究を進めるにあたり、ご協力いただきました研究協力者の皆様と関係者の皆様に深く感謝申し上げます。なお、本研究は、名桜大学看護学科に提出した卒業論文のデータ

の分析方法を変更し、再論文作成したものである。

引用文献

- 阿部彩他. (2013). 大阪子ども調査 結果の概要. 同志社大学社会福祉教育・研究支援センター.
<http://gpsw.doshisha.ac.jp/osaka-children/osaka-children.pdf> (2019年9月29日閲覧).
- 阿部彩. (2012). 子どもの健康の要因—過去の健康悪化の回復力に違いはあるか. 医療と社会, 22(3), 255-269.
- 阿部彩. (2014). 子どもの貧困Ⅱ—解決策を考える. 岩波新書.
- 阿部彩. (2015). 第4章 子どもの自己肯定感と規定要因, 埋橋孝文, 矢野裕俊編, 子どもの貧困/不利/困難を考えるⅠ (69-103). ミネルヴァ書房.
- 阿部彩. (2012). 「豊かさ」と「貧しさ」: 相対的貧困と子ども. 発達心理学研究, 23(4), 362-374.
- 裕野佐也香他. (2017). 世帯の経済状態と子どもの食生活との関連に関する研究. 栄養学雑誌, 75(1), 19-28.
- 一般財団法人日本総合研究所. (2018). 自治体の社会福祉行政職員の業務や役割及び組織体制等の実態に関する調査研究事業報告書.
https://www.jri.or.jp/wp/wp-content/uploads/2018/04/h29_suishin_houkoku.pdf (2019年9月29日閲覧).
- 岩佐真也他. (2017). 健康の社会格差の視点を包含した社会的弱者に対する保健師活動支援方略の検討. KAKEN.
<https://kaken.nii.ac.jp/ja/report/KAKENHI-PROJECT-16K12356/16K123562017hokoku/> (2018年2月26日閲覧).
- 埋橋孝文. (2015). 序章 「子どもの貧困」への総合的アプローチ, 埋橋孝文, 矢野裕俊編, 子どもの貧困/不利/困難を考えるⅠ (1-9). ミネルヴァ書房.
- 沖縄県. (2018). 沖縄県内の「子どもの居場所」一覧.
https://www.pref.okinawa.jp/site/kodomo/kodomomirai/ibasho/documents/00hyoushi_mokuji.pdf (2019年9月27日閲覧).
- 沖縄県. (2019). 沖縄県の母子保健—令和元年度刊行・2019— (平成29年度資料).
<https://www.pref.okinawa.jp/site/hoken/chiikihoken/boshi/documents/04h26boshihoken.pdf> (2019年9月17日閲覧).
- 沖縄県. (2016). 沖縄子供の貧困実態調査及び沖縄県子どもの貧困対策計画説明資料.
[https://www.pref.okinawa.jp/site/kodomo/kodomomiraiseisaku/documents/02siryou1_1.pdf](https://www.pref.okinawa.jp/site/kodomo/kodomomirai/kodomomiraiseisaku/documents/02siryou1_1.pdf) (2018年10月17日閲覧).
- 沖縄県. (2019). 子供の貧困対策支援員の体制づくりと活動の手引き. <https://www.pref.okinawa.jp/site/kodomo/kodomomirai/kodomomiraiseisaku/documents/shienintebiki.pdf> (2019年11月18日閲覧)
- 沖縄県. (2019). 平成30年度沖縄県小中学生調査報告書.
<https://www.pref.okinawa.jp/site/kodomo/kodomomirai/kodomotyosa/documents/h30syotyutyo-houkokusyosyo.pdf> (2019年10月17日閲覧).
- 沖縄県. (2019). 平成31年住民基本台帳年齢別人口.
<https://www.pref.okinawa.jp/site/kikaku/shichoson/2422.html> (2019年12月13日閲覧)
- 金子恵美. (2019). Ⅱ-9 虐待・貧困と援助希求—支援を求めない子どもと家庭にどうアプローチするか, 松本俊彦編, 「助けて」が言えない SOSを出さない人に支援者は何ができるか (102-110). 日本評論社.
- 喜多歳子他. (2013). 子どもの発達に及ぼす社会経済環境の影響: 内外の研究の動向と日本の課題. 北海道公衆衛生学雑誌, 27, 33-43.
- 公益財団法人荒川区自治総合研究所. (2015). 地域は子どもの貧困・社会排除にどう向かい合うのか—あらかわシステム.
<http://rilac.or.jp/wordpress/wp-content/uploads/2015/08/子どもの貧困最終報告書【第2版】.pdf>. (2018年4月12日閲覧).
- 厚生労働省. (2019). 生活保護の被保護者調査 (平成29年度 (月次調査確定値)).
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hihogosya/m2018/dl/kakutei.pdf> (2019年9月27日閲覧).
- 厚生労働省. 相対的貧困率等に関する調査分析結果について.
<https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/soshiki/toukei/tp151218-01.html> (2018年4月10日閲覧).
- 厚生労働省. (2013). 地域における保健師の保健活動について.
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb9310&dataType=1&pageNo=1 (2019年11月19日閲覧)
- 厚生労働省. (2015). ひとり親家庭等の現状について.
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/0000083324.pdf> (2019年9月27日閲覧).
- 厚生労働省. (2016). 平成28年国民生活基礎調査の概要・Ⅱ 各種世帯の所得等の状況.
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/dl/03.pdf> (2018年2月26日閲覧).

- 厚生労働省. (2019). 平成29年度地域保健・健康増進事業報告の概況.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/c-hoken/17/dl/gaikyo.pdf> (2019年12月13日閲覧)
- 子ども・若者貧困研究センター. (2018). 子どもの貧困をとらえる保健師のまなざし調査報告書.
https://www.tmu-beyond.tokyo/child-and-adolescent-poverty/wp-content/uploads/2018/03/%E4%BF%9D%E5%81%A5%E5%B8%AB%E3%81%AE%E3%81%BE%E3%81%AA%E3%81%96%E3%81%97%E8%AA%BF%E6%9F%BB%E5%A0%B1%E5%91%8A%E6%9B%B8%EF%BC%88%E7%B4%8D%E5%93%81%E7%89%88%EF%BC%89_HP.pdf (2018年4月11日閲覧).
- 周燕飛. (2019). 母親による児童虐待の発生要因に関する実証研究. 医療と社会, 29(1), 119-134.
- WHO. (2010). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf;jsessionid=09FAD9CF694BC810BB5821399843BE6D?sequence=1 (2019年9月20日閲覧).
- 内閣府. (2017). 国における子供の貧困対策の取組について.
http://www8.cao.go.jp/kodomonohinkon/forum/pdf/h29_sapporo/co_torikumi.pdf (2018年4月10日閲覧).
- 内閣府. (2016). 子供の貧困に関する指標の推移.
https://www8.cao.go.jp/kodomonohinkon/yuushikisya/k_4/pdf/sl.pdf (2018年4月10日閲覧).
- 内閣府. (2014). 平成26年度版子ども・若者白書(全体版) 第3節子どもの貧困.
http://www8.cao.go.jp/youth/whitepaper/h26honpen/b1_03_03.html (2018年4月10日閲覧).
- 内閣府沖縄振興局. (2019). 沖縄子供の貧困緊急対策事業について.
<https://www8.cao.go.jp/okinawa/8/2019/0611-kohinkon1.pdf> (2019年9月10日閲覧).
- 橋本英樹. (2010). 社会経済的要因と健康～疫学・経済学・社会学の接点. 日本保険医学学会誌, 108(2), 113-119.
- 藤原幸男. (2010). 琉球政府時代沖縄の児童生徒の学力実態—全国学力調査(1956～1966)を中心に—. 琉球大学教育学部紀要, 77, 83-100.
- 松村智史. (2017). 子どもの貧困対策における福祉と教育の連携に関する一考察—生活困窮世帯の子ども学習支援事業から—. 社会福祉学, 58(2), 1-12.
- 道中隆. (2009). 生活保護と日本型ワーキングプア—日本の固定化と世代間継承—. ミネルヴァ書房.
- 三菱UFJリサーチ&コンサルティング. (2015). 子どもの貧困と社会的損失推計.
https://www.nippon-foundation.or.jp/app/uploads/2019/01/wha_pro_end_03.pdf (2018年4月10日閲覧).
- 森口千晶. (2017). 日本は「格差社会」になったのか：比較経済史にみる日本の所得格差. 一橋大学経済研究所, http://hermes-ir.lib.hit-u.ac.jp/rs/bitstream/10086/28975/1/dp17-4_rcesr.pdf (2019年9月27日閲覧).
- 文部科学省. (2018). 17. 学校をプラットフォームとした総合的な子供の貧困対策の推進.
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo3/079/siryo/_icsFiles/afielddfile/2017/10/17/1396573_09.pdf (2018年10月14日閲覧).
- 文部科学省. (2018). 子どもの貧困対策の推進に関する取り組み.
http://www.mext.go.jp/a_menu/shougai/kodomo-hinkontaisaku/1369104.htm (2018年4月10日閲覧).
- 矢野裕俊. (2015). 第2章 子どもの貧困と福祉・教育プログラム—子どものウェルビーイングの向上のために—. 埋橋孝文, 矢野裕俊編, 子どもの貧困/不利/困難を考えるⅠ (1-9). ミネルヴァ書房.
- 山浦晴男. (2018). 質的統合法入門—考え方と手順. 医学書院.
- 山野則子. 子供の貧困対策について～現状と課題～. 内閣府.
<https://www8.cao.go.jp/okinawa/3/kodomonohinkon/shiryu/1109shiryu1-2.pdf> (2018年10月14日閲覧).
- 吉岡京子. (2018). 日本の保健師による分野横断的支援と今後の課題—個別支援を例として—. 保健医療科学, 67(4), 350-359.
- 鷲巢典代. (2019). 第6章 妊娠・出産を機に貧困の連鎖を断つ. 埋橋孝文, 矢野裕俊, 田中聡子, 三宅洋一編, 子どもの貧困/不利/困難を考えるⅢ (104-125). ミネルヴァ書房.