

第8章 児童生徒の健康の規定要因と推移

比嘉 康則

とよなか都市創造研究所 研究員

<目次>

1. はじめに
2. 児童生徒の自覚症状
3. 自覚症状と家庭・学校・地域
4. 自覚症状の推移
5. まとめ・考察

1. はじめに

昨年度の本プロジェクトでは、子どもパネルデータを使用し、学力や非認知能力だけでなく児童生徒の健康についての分析も行った。その結果、家庭 SES が厳しい児童生徒で身体的・精神的な自覚症状が相対的に多い傾向がわかった。さらに、健康面でのレジリエントな児童生徒の条件を探った結果、家庭・学校・地域でのポジティブな経験の多さなどが条件として浮かび上がってきた（石村 2024）。家庭 SES による健康格差は確かにあるが、学校や家庭、そして地域といった環境のなかで子どもたちがポジティブな経験を積み重ねていくことが、格差の縮小につながる可能性が示唆されたと言える。

ただ、昨年度の保護者に対するアンケート調査票では、保護者の子どもへの働きかけについては多くたずねられていたものの、保護者自身の状況を捉える質問が少なかった。保護者自身

のウェルビーイング（身体的・心理的・社会的に満たされた状態）は、子どもの健康にも影響しているのではないか。そこで本年度の保護者アンケートでは、保護者自身の幸福度と、子育てや生活のサポートをしてくれる存在の有無（被サポート状況）についてもたずねた。

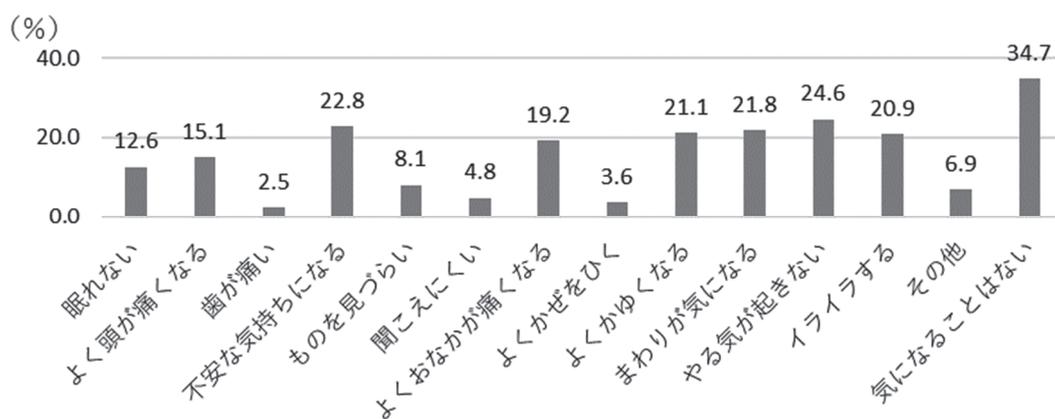
また、昨年度はプロジェクトの1年目だったため、経年的な分析はできなかった。今年度は2年間のデータがそろっているため、健康状態の推移を分析できる。章の後半では、児童生徒の健康の変化についても分析を行う。

本章では、児童生徒の健康と子どもたちを取り巻く家庭・学校・地域の状況との関連、そして健康の変化を分析し、健康格差の縮小に向けた取組みの基礎資料としたい。使用するデータは、第2節と第3節は子どもパネルデータのうち令和6年度（2024年度）の単年度データ、第4節は令和5年度（2023年度）と令和6年度の情報個人単位で接続したパネルデータである。

2. 児童生徒の自覚症状

子どもパネルデータの調査票では、児童生徒に自覚症状を聞いている。「あなたは、自分の体や気持ちで気になることはありますか」とたずね、「眠れない」「よく頭が痛くなる」「歯が痛い」「不安な気持ちになる」「ものを見づらい」「聞こえにくい」「よくおなかが痛くなる」「よくかぜをひく」「よくかゆくなる」「まわりが気になる」「やる気が起きない」「イライラする」「その他」「気になることはない」のなかから、あてはまるものすべてを選択してもらう形式である。

まず、自覚症状の全体の傾向を確認しておこう。図表 8-1 に自覚症状の選択率を示した。これを見ると、全体の3割半ばの児童生徒が「気になることはない」を選択している。逆にいえば、6割半ばは何らかの自覚症状を有している。選択率が高い症状は、「やる気が起きない」(24.6%)、「不安な気持ちになる」(22.8%)、「まわりが気になる」(21.8%)、「よくかゆくなる」(21.1%)、「イライラする」(20.9%)、「よくおなかが痛くなる」(19.2%)である。自覚症状を身体的なものと同精神的なものにわけると、精神的な症状を訴える児童生徒が多い傾向にある。



図表 8-1 自覚症状選択率

選択率上位6つの症状について、性別・学年別に選択率を見たものが図表 8-2 である。性別や学年によって症状の発生が異なることがわかる。「まわりが気になる」「不安な気持ちになる」「やる気が起きない」「よくおなかが痛くなる」は、学年が上がるにつれ割合が上昇する。特に中2でこれらの選択率が上昇し、中でも女子の

割合が高い。一方、「よくかゆくなる」「イライラする」は、学年上昇とともに割合が低下する。「よくかゆくなる」は小4で3割弱が症状を訴えているが、中2になると1割強に下がる。「イライラする」は特に中2の男子で選択率が低下する。

第8章 児童生徒の健康の規定要因と推移

		やる気が起きない	不安な気持ちになる	まわりが気になる	よくかゆくなる	イライラする	よくおなかが痛くなる
小4	女子 (n=670)	22.4	23.4	22.1	27.9	24.0	18.5
	男子 (n=637)	20.6	18.8	15.5	27.9	19.9	14.0
	合計 (n=1307)	21.5	21.2	18.9	27.9	22.0	16.3
小6	女子 (n=622)	23.5	25.6	25.2	17.5	23.2	20.9
	男子 (n=528)	20.8	18.2	18.4	22.2	21.0	19.1
	合計 (n=1150)	22.3	22.2	22.1	19.7	22.2	20.1
中2	女子 (n=453)	38.4	34.4	32.5	12.8	20.5	26.3
	男子 (n=395)	25.6	16.7	18.2	12.7	13.7	18.0
	合計 (n=848)	32.4	26.2	25.8	12.7	17.3	22.4
合計	女子 (n=1745)	26.9	27.0	25.9	20.3	22.8	21.4
	男子 (n=1560)	21.9	18.1	17.2	22.1	18.7	16.7
	合計 (n=3305)	24.6	22.8	21.8	21.1	20.9	19.2

図表 8-2 性別・学年別の自覚症状選択率 (%)

先行研究 (山野編 2019) をふまえ、「その他」と「気になることはない」を除く 12 の症状を身体的症状と精神的症状に区分してみよう。身体的症状は「歯が痛い」「ものを見づらい」「聞こえにくい」「よくかぜをひく」「よくかゆくなる」の 5 項目、精神的症状は「眠れない」「よく頭が痛くなる」「不安な気持ちになる」「よくおなかが痛くなる」「まわりが気になる」「やる

気が起きない」「イライラする」の 7 項目である。

選択数の平均値を学年別に見たものが図表 8-3 である。小4で身体的症状が多く、中2で精神的症状が多い。さらに性別にも見ると (図表 8-4)、身体的症状は小6で性差が確認でき、男子のほうが多い。対して精神的症状は女子のほうが多い傾向がいずれの学年でも見られ、特に中2で性差が相対的に大きい。

図表 8-3 学年別の身体的・精神的症状の平均値

		平均値	標準偏差	多重比較
身体的症状	小4 (n=1319)	0.46	0.711	
	小6 (n=1159)	0.37	0.656	小4 > 小6 = 中2
	中2 (n=857)	0.35	0.676	
精神的症状	小4 (n=1319)	1.27	1.507	
	小6 (n=1159)	1.36	1.675	中2 > 小4 = 小6
	中2 (n=857)	1.54	1.793	

多重比較の検定はBonferroni法

図表 8-4 性別・学年別の身体的・精神的症状の平均値

			平均値	標準偏差	t検定
身体的症状	小4	女子 (n=670)	0.46	0.707	n.s.
		男子 (n=637)	0.46	0.716	
	小6	女子 (n=622)	0.33	0.594	p<.05
		男子 (n=528)	0.43	0.723	
	中2	女子 (n=453)	0.37	0.687	n.s.
		男子 (n=395)	0.33	0.668	
精神的症状	小4	女子 (n=670)	1.39	1.585	p<.01
		男子 (n=637)	1.12	1.406	
	小6	女子 (n=622)	1.47	1.788	p<.05
		男子 (n=528)	1.25	1.523	
	中2	女子 (n=453)	1.86	1.926	p<.001
		男子 (n=395)	1.16	1.556	

3. 自覚症状と家庭・学校・地域

次に、自覚症状の規定要因について、ロジスティック回帰分析により検討する¹。従属変数は身体的症状と精神的症状である。各症状の得点が高いほうから3分の1程度を健康が悪い状況にある群と見なし、身体的症状については0点=0、1点以上=1とした。精神的症状については、1点以下=0、2点以上=1とした。

独立変数には、属性として学年、性別を投入した。学年は、小4を基準とした小6・中2のダミー変数をそれぞれ用いた。家庭SESは、SES4を基準としたSES1、SES2、SES3のダミー変数をそれぞれ用いた²。

また、子どもの状況に関する変数として、居場所の有無とポジティブ経験を独立変数に投入した。居場所については、児童生徒質問紙のなかで「あなたは、おうちや学校のほかに、ほっとできたり、安心して話ができたりする場所が

ありますか」とたずね、「ある」「ない」「わからない」の3つから1つを選ぶ形式となっている。分析には、「ある」=1、「ない」「わからない」=0のダミー変数として使用した。

ポジティブ経験³も独立変数として投入する。児童生徒アンケートのなかでは、「あなたが話すことを、おうちの人はしっかり聞いてくれる」「あなたが困ったときは、おうちの人が絶対に助けてくれる」「学校で過ごすのは楽しい」「あなたが困ったときは、友だちが絶対に助けてくれる」「親のほかに、あなたのことを心配してくれるおとなの人がいる」「地域で行われるお祭りやイベントによく行く」の6項目について、「あてはまる」「どちらかといえば、あてはまる」「どちらかといえば、あてはまらない」「あてはまらない」のなかから1つを選ぶ形式でたずねている。それぞれについて「あてはまる」「どちらかといえば、あてはまる」を選んだ場合に「経験あり」とみなし、「経験あり」

¹ 身体的・精神的症状の点数をそのまま従属変数とした重回帰分析も行ったが、結果はほぼ同様であり、有意になる係数は同じだった。

² 家庭SESの区分については第1章を参照。

³ ポジティブ経験に関する質問は、子ども期のポジティブ経験(Positive Childhood Experiences:PCE)に関する先行研究をふまえている。PCE研究では、子どもの時期に家

庭・学校・地域でのポジティブな経験を積み重ねている場合、成人後の精神的健康や、社会的孤立などを抑制する傾向を明らかにしており、格差の縮小につながるヒントを得るといふ本プロジェクトの目的に合致している。具体的な質問は、三谷(2023)、Bethell et al.(2019)を参考に設定した。質問設計の詳細は石村・比嘉(2024)を参照。

の合計をポジティブ経験得点とした。

また、保護者の状況に関する変数として、保護者アンケートでたずねた幸福度と被サポート状況も独立変数に投入した。幸福度は、「あなたは、普段の生活のなかで、幸せな気持ちになることはどれくらいありますか」とたずね、「よくある」「ときどきある」「あまりない」「まったくない」から1つを選択する形式をとった。「よくある」「ときどきある」= 1、「あまりない」「まったくない」= 0のダミー変数として用いる。

被サポート状況は、「次のア～オについて、おうちの方を含め（お子さんは除く）、あなたを支えてくれて、手伝ってくれる人はいますか」とたずね、「心配ごとや悩みごとを親身になって聞いてくれる人」「あなたの気持ちを察して思いやってくれる人」「趣味や興味のあることを一緒に話して、気分転換させてくれる人」「お子さんとの関わりについて、適切な助言をしてくれる人」「お子さんの体調が悪いとき、医療機関に連れて行ってくれる人」の5項目について、「いる」「いない」「わからない」から1つを選んでもらった。分析モデルには、「いる」の数が4つ以上の場合= 1、3つ以下の場合= 0のダミー変数として投入した。

結果が図表8-5である。身体的症状から確認しよう。まず学年では、小6・中2で係数が負に有意となっていることから、小4に対して小6・中2では身体的症状が多い確率が低い。オッズ比を見ると、小6は0.750、中2は0.606となっている。つまり、自覚症状が1つ以上ある確率が、小4に対して小6は0.750倍、中2は0.606倍ということだ。学年進行による身体的症状の減少傾向がうかがえる。性別は有意ではない。

家庭SESについては、SES1とSES2で係数が正で有意になっている。SES4に対してSES1・2では身体的症状が多い傾向にある。SES1になるほどオッズ比が大きいため、家庭の社会的経済的状況が厳しくなるほど身体的症状が増える傾向が認められる。子どもや保護者の状況で有意な差が確認できるのは、子どものポジティブ経験であり、係数は負に有意となっている。子どものポジティブ経験が多くなるほど、身体的症状は少ない傾向にある。

次に、精神的症状について確認したい。学年については有意な差が確認できない。対して性別については、係数が正に有意になっている。女子の場合は男子よりも精神的症状が生じやすいと言える。家庭SESは、身体的症状とおなじくSES1・2で係数が正に有意となっている。SES1・2の児童生徒は、SES4の児童生徒に比べ、精神的症状が多い傾向が認められる。家庭SESが厳しくなるほど精神的症状が生じやすい傾向もうかがえる。子どもの状況に関する変数は、居場所とポジティブ経験でいずれも係数が負に有意となっている。居場所がある場合はない場合に比べて精神的症状が少ないこと、ポジティブ経験の数が多いほど精神的症状が少ないことがわかる。

興味深いのは、保護者の状況に関する変数もいずれも係数が負に有意であることである。保護者が子育てや生活のサポートを多く得ている場合や、保護者が幸福を感じている場合は、子どもの精神的症状が少ない可能性があるということだ。保護者がサポートを得られる環境や幸せを感じられる環境も、子どもの精神的な健康を支える条件であると言える。

図表 8-5 自覚症状の規定要因（ロジスティック回帰分析）

	身体的症状（基準=0点）			精神的症状（基準=1点以下）		
	係数	標準誤差	オッズ比	係数	標準誤差	オッズ比
切片	.358 ***	.264		1.378 ***	.266	
小6	-.288 **	.090	.750	.060	.090	1.062
中2	-.500 ***	.103	.606	.092	.099	1.097
女子	-.021	.079	.979	.378 ***	.078	1.459
SES1	.380 *	.159	1.462	.292 +	.157	1.340
SES2	.244 *	.099	1.276	.236 *	.097	1.266
SES3	.176	.139	1.192	.034	.137	1.034
子ども居場所	-.135	.086	.874	-.450 ***	.083	.638
子どもポジティブ経験	-.132 ***	.039	.876	-.308 ***	.039	.735
保護者被サポート	-.152	.094	.859	-.215 *	.091	.807
保護者幸福度	-.238	.168	.788	-.303 +	.166	.739
疑似決定係数（Nagelkerke）	.027			.080		
N	3100			3100		

+p<.10, *p<.05, **p<.01, ***p<.001

4. 自覚症状の推移

最後に、パネルデータの特性を生かし、令和5年度（2023年度）から令和6年度（2024年度）にかけての自覚症状の推移を追ってみたい。ただ、すべての項目を検討するのは煩雑であることに加え、もともとの選択率が小さい項目は変化の差も明瞭ではない。そのため、選択率が高い「やる気が起きない」「不安な気持ちになる」「まわりが気になる」「よくかゆくなる」「イライラする」「よくおなかが痛くなる」の6項目を分析する。

最初に、推移を4つのカテゴリに分類し、その割合を学年コーホートごとに集計する。令和5年度（2023年度。以下R5）から令和6年度（2024年度。以下R6）にかけて、いずれの年も選択していたケースを「症状継続」、R5には選択していなかったがR6に選択したケースを「症状発生」、R5には選択していたがR6に選択しなかったケースを「症状消失」、いずれの年も選択しなかったケースを「無症状継続」とする。

結果は図表8-6である。まず、「やる気が起

きない」は、学年コーホートが上がるにつれ「症状継続」の割合が増えており、学年進行に伴う症状の固定化がうかがえる。特に中1→中2で「症状継続」の割合が高い。今回のデータにはない時期、つまり小6→中1で「やる気が起きない」子どもが増え、中1→中2で固定化している可能性も考えられる。

「不安な気持ちになる」と「まわりが気になる」は、学年コーホートが上がるにつれ「症状継続」の割合が増え、「症状消失」の割合が減る傾向が見られる。「症状発生」は小5→小6と中1→中2で若干割合が高い。小学校高学年ごろから「不安な気持ちになる」「まわりが気になる」児童生徒が増え、学年進行とともに状況が固定化するケースが増えるのではないかと推察される。

「よくかゆくなる」は、学年コーホートが上がるにつれ「症状継続」「症状発生」「症状消失」の割合が減り、「無症状継続」の割合が増える傾向にある。少なくとも小3以降は学年進行とともに減少する症状と考えられる。

「イライラする」は、「症状継続」はいずれの

第8章 児童生徒の健康の規定要因と推移

学年コーホートでも1割を超えないものの、小3→小4、小5→小6で「症状発生」「症状消失」の割合が若干高い。小3から小6にかけて、一定の児童のあいだでイライラ感が募る時期と解消される時期に不安定に揺れがちな状況があるのではないかと推察される。

「よくおなかが痛くなる」は、小5→小6で「症状継続」の割合が高い。今回のデータからはわからない小4→小5のタイミングで、症状が発

生しやすくなっているのではないかとと思われる。

症状によって変化に違いがあるため一概に言うことはできないが、傾向がわかりやすいものをまとめると、「やる気が起きない」「不安な気持ちになる」「まわりが気になる」といった事項を中心とした精神的症状は、学年が上がると発生・継続しやすい。小学校高学年ごろ、あるいは小学校から中学校にあがるタイミングで症状が生じやすいのではないかと推察される。

図表 8-6 自覚症状の推移

やる気が起きない					不安な気持ちになる				
	症状継続	症状発生	症状消失	無症状継続		症状継続	症状発生	症状消失	無症状継続
小3→小4	7.6	14.6	11.0	66.8	小3→小4	7.9	11.0	12.1	69.0
小5→小6	10.3	11.9	11.6	66.2	小5→小6	9.8	13.1	9.8	67.4
中1→中2	15.6	15.3	11.7	57.4	中1→中2	10.4	13.1	9.1	67.4

まわりが気になる					よくかゆくなる				
	症状継続	症状発生	症状消失	無症状継続		症状継続	症状発生	症状消失	無症状継続
小3→小4	6.1	11.7	12.0	70.2	小3→小4	13.8	14.0	13.5	58.7
小5→小6	9.1	13.3	10.3	67.2	小5→小6	12.3	7.9	12.7	67.1
中1→中2	10.7	12.8	8.7	67.8	中1→中2	6.5	7.4	7.7	78.4

イライラする					よくおなかが痛くなる				
	症状継続	症状発生	症状消失	無症状継続		症状継続	症状発生	症状消失	無症状継続
小3→小4	8.5	12.5	11.8	67.2	小3→小4	4.5	11.7	7.6	76.2
小5→小6	9.8	13.5	11.4	65.4	小5→小6	10.2	9.8	9.6	70.4
中1→中2	8.1	8.7	7.9	75.3	中1→中2	8.7	10.6	7.7	73.0

身体的症状と精神的症状に分けた場合の変化を確認してみよう。各症状数について、性別・学年コーホート別の平均値を整理した（図表 8-7）。表中の「t検定」の列が「n.s.」（not significant）以外になっている項目が、統計的に性差が確認できる項目である。身体的症状については、小5→小6の女子で身体的症状が有意に減っている。一方、精神的症状は、中1→中2で男女ともに有意に増加し、特に女子で増加幅が大きい。統計的な有意差は確認できないが、男子は小5→小6、女子は小3→小4の学年コーホートから、精神的症状の数が増えてい

る。やはり小学校高学年以降で精神的な健康度が下がりやすく、特に女子でその傾向が進みやすいと推察される。

では、家庭SES別にはどうなっているのか。図表 8-8 は、令和6年度（2024年度）の家庭SES、学年コーホート別に症状数の平均値を見たものである。身体的症状については、SES3の小5→小6で有意に減少している。それ以外では有意差は見られない。明確な変化が確認できないのは、身体的症状のもともとの選択数が少ないことによるのかもしれない。1年以上あいだを開けると、変化が見える可能性もある。

調査研究報告 豊中市の子どもの学びと育ちに関する総合的な調査研究Ⅱ

次に精神的症状を見てみよう。まず、精神的症状の数はSES1で相対的に多い。学年進行による変化が身体的症状よりも見られ、SES2では小3→小4、中1→中2のコーホートで有意に増加している（有意ではないが小5→小6でも平均値は上昇）。SES4でも、中1→中2で有意な増加が見られる（小5→小6でも相対的

に増加幅が大きくなっている）。また、有意差は確認できないが、SES3の中1→中2でも増加幅が大きい。以上のような結果からは、精神的症状数はSES1で多い傾向が一貫しているが、学年進行とともに特にSES2で増加し、中学校に入るとSES3・4でも増えていくといった動きがうかがえる。

図表 8-7 性別・学年コーホート別の自覚症状数の推移

		身体的症状			精神的症状		
		R5	R6	t検定	R5	R6	t検定
女子	小3→小4	0.40	0.44	n.s.	1.14	1.29	n.s.
	小5→小6	0.43	0.34	$p < .05$	1.39	1.48	n.s.
	中1→中2	0.33	0.34	n.s.	1.40	1.71	$p < .01$
男子	小3→小4	0.47	0.47	n.s.	1.08	1.11	n.s.
	小5→小6	0.41	0.42	n.s.	1.11	1.27	n.s.
	中1→中2	0.28	0.36	n.s.	0.93	1.12	$p < .05$

図表 8-8 家庭SES・学年コーホート別の自覚症状数の推移

		身体的症状			精神的症状		
		R5	R6	t検定	R5	R6	t検定
SES1	小3→小4 (n=66)	0.50	0.36	n.s.	1.50	1.50	n.s.
	小5→小6 (n=57)	0.65	0.56	n.s.	1.56	1.37	n.s.
	中1→中2 (n=55)	0.27	0.35	n.s.	1.25	1.38	n.s.
SES2	小3→小4 (n=526)	0.45	0.48	n.s.	1.13	1.27	$p < .05$
	小5→小6 (n=413)	0.41	0.42	n.s.	1.29	1.42	n.s.
	中1→中2 (n=324)	0.32	0.34	n.s.	1.18	1.48	$p < .01$
SES3	小3→小4 (n=108)	0.40	0.47	n.s.	1.11	0.99	n.s.
	小5→小6 (n=105)	0.55	0.31	$p < .01$	1.38	1.41	n.s.
	中1→中2 (n=80)	0.30	0.40	n.s.	1.30	1.43	n.s.
SES4	小3→小4 (n=220)	0.40	0.41	n.s.	0.96	1.05	n.s.
	小5→小6 (n=182)	0.31	0.27	n.s.	1.07	1.30	n.s.
	中1→中2 (n=137)	0.31	0.34	n.s.	1.07	1.34	$p < .05$

5. まとめ・考察

本章では、子どもパネルデータを用い、児童生徒の健康（自覚症状）について分析を行った。基礎分析とロジスティック回帰分析の主な結果は以下のとおりである。

- 「やる気が起きない」「不安な気持ちになる」「まわりが気になる」といった精神的症状を訴える児童生徒が多い。
- 身体的症状は学年が下がるほど、家庭SESが厳しくなるほど発生しやすい。家庭・学校・地域でのポジティブ経験が多いほど症状の訴えが少ない。

- 精神的症状は学年が上がるほど、家庭 SES が厳しくなるほど、女子ほど生じやすい。居場所があるほど、家庭・学校・地域でのポジティブ経験があるほど、保護者が周囲からサポートを得ているほど、保護者の幸福度が高いほど生じにくい。

また、自覚症状の推移についての分析からは、次の結果が得られた。

- 精神的症状が発生しやすいタイミングは小学校高学年以降と推察され、症状の固定化もうかがえる。特に女子でそのような傾向が見られる。
- 家庭 SES が厳しい層で精神的症状の数が多いが、小学校高学年から中学生にかけて家庭 SES にゆとりがある層でも精神的な症状が増えていく傾向が見られる。

特に注目すべき点について、2点ほど触れたい。1つめに、健康面の格差を抑制する可能性がある項目について。自覚症状は家庭 SES が厳しいほど多い傾向にあるが、家庭・学校・地域でのポジティブな経験の多さは身体的・精神的症状を抑制する効果がうかがえる。さらに、子どもが居場所を持っていることや、保護者が子育て・生活上のサポートを得る機会が多いこと、保護者自身の幸福度が高いことは、子どもの精神的症状を抑える傾向が見られる。家庭・学校・地域で子どもを支え、さらには子どもを支える保護者も支えることが、子どもの健康にプラスに働く可能性がある。子どもと保護者を包括的にエンパワーする、領域横断的な支援の必要性を示唆する結果といえよう。

ただ、特に子どもの状況と自覚症状については、因果関係の解釈に留意が必要である。たとえば、ポジティブな経験が多いと自覚症状が抑

えられるというより、自覚症状が少ないとポジティブな経験が得やすいのかもしれない。自覚症状がないと居場所を得やすいのかもしれない。パネルデータの特徴を生かし、因果関係の検証を進める必要がある。

注目すべき点として2つめに、健康が悪化するタイミングがおおまかに絞られ、性別・家庭 SES による変化の違いも確認された。小学校高学年から中学校にかけて健康が悪化するケースが多い結果は、いわゆる中1ギャップをうかがわせる。子どもパネルデータの調査対象となっている今回小6のコーホートは、次年度には中1に上がる。健康面での変化を確認する必要があるだろう。また、児童生徒の健康は一様に変化しているわけではなく、家庭 SES や性別による違いがある。精神的症状は、学年進行とともに女子で発生しやすくなる。また、自覚症状は家庭 SES が厳しいケースが多いが、小学校高学年からは家庭 SES にゆとりがある層でも少しずつ精神的症状が増えていく。変化の背景をつかむとともに、子どものポジティブ経験や保護者の被サポート状況などとの関連も分析する必要があるだろう。

【参考文献】

- Bethell C, Jones J, Gombojav N, Linkenbach J, Sege R. Positive Childhood Experiences and Adult Mental and Relational Health in a Statewide Sample: Associations Across Adverse Childhood Experiences Levels. *JAMA Pediatr.* 2019; 173(11):e193007. Doi:10.1001/jamapediatrics.
- 石村知子・比嘉康則, 2024, 「子どもパネルデータの概要・分析方針」『とよなか都市創造』2: 127-141.
- 石村知子, 2024, 「子どもパネルデータの分析(3)健康」『とよなか都市創造』2: 173-188.
- 三谷はるよ, 2023, 『ACE サバイバー——子ども期の逆境に苦しむ人々』筑摩書房.
- 山野則子編, 2019, 『子どもの貧困調査——子どもの生活に関する実態調査から見えてきたもの』明石書店: 214-232.