

提 言

我が国の子どもの成育環境の改善にむけて
—成育方法の課題と提言—



平成23年（2011年）4月28日

日 本 学 術 会 議

心理学・教育学委員会・臨床医学委員会・健康・生活科学委員会・

環境学委員会・土木工学・建築学委員会合同

子どもの成育環境分科会

この提言は、日本学術会議心理学・教育学委員会・臨床医学委員会・健康・生活科学委員会・環境学委員会・土木工学・建築学委員会合同子どもの成育環境分科会及び調査小委員会の審議結果を取りまとめ公表するものである。

日本学術会議心理学・教育学委員会・臨床医学委員会・健康・生活科学委員会・
環境学委員会・土木工学・建築学委員会合同子どもの成育環境分科会

委員長	五十嵐 隆	(第二部会員)	東京大学大学院医学研究科教授
副委員長	仙田 満	(第三部会員)	放送大学教授
幹事	片田 範子	(連携会員)	兵庫県立大学看護学部教授
幹事	木下 勇	(連携会員)	千葉大学大学院園芸学研究科教授
	内田 伸子	(第一部会員)	お茶の水女子大学大学院教授
	片山 倫子	(第二部会員)	東京家政大学家政学部教授
	進士五十八	(第三部会員)	早稲田大学大学院客員教授
	加賀谷淳子	(連携会員)	日本女子体育大学名誉教授
	小澤紀美子	(連携会員)	東海大学特任教授、東京学芸大学名誉教授
	小林 章雄	(連携会員)	愛知医科大学医学部教授
	佐々木宏子	(連携会員)	鳴門教育大学名誉教授
	無藤 隆	(連携会員)	白梅学園大学子ども学部教授
	衛藤 隆	(特任連携会員)	日本子ども家庭総合研究所副所長
	矢田 努	(特任連携会員)	愛知産業大学大学院造形学研究科教授

調査小委員会委員

委員長	片田 範子	(連携会員)	兵庫県立大学看護学部教授
幹事	井上 寿		環境デザイン研究所主任研究員
	矢田 努	(特任連携会員)	愛知産業大学大学院造形学研究科教授
	加治 正行		静岡市保健所長
	住田 正樹		放送大学教授
	添田 啓子		埼玉県立大学保健医療福祉学部教授
	内藤 久士		順天堂大学スポーツ健康科学部教授

なお、この提言は平成21年(2009年)～22年(2010年)における本委員会(委員長・加賀谷淳子)の議論をまとめたものである。

提言書及び参考資料の作成にあたり、以下の方々に御協力いただきました。

福岡 孝純 (帝京大学スポーツ環境学教授)
神谷 明宏 (聖徳大学野外活動学准教授)

要 旨

1 作成の背景

我が国の将来を担う子ども¹の成育環境²は極めて深刻な状況にある。過去 50～60 年間の様々な社会的変化がその要因であり、対策に当たっては子どもの成育環境を全体としてとらえる総合的視点が不可欠である。そのため、日本学術会議では、分野横断的な課題別委員会「子どもを元気にする環境づくり戦略・政策検討委員会」を平成 18 年（2006 年）に立ち上げ、平成 19 年（2007 年）に对外報告「我が国の子どもを元気にする環境づくりのための国家的戦略の確立に向けて」の取りまとめを行った。これは、子どもの成育環境を空間、時間、方法、コミュニティという 4 つの要素とそれらの関係として総合的にとらえ、今日の成育環境劣化はそれらの相互的悪化の循環によるものであるとの認識のもと、子どもの成育環境を改善するために、分断的となっている行政・学術領域の総合化の必要性を指摘したものである。そして、それぞれの専門領域で行われている政策の総合化、すなわち調整、整合、効率化を図るため、内閣府の機能強化と日本学術会議における学際的常置委員会設置の提言を行った。

本分科会は、それに基づき、日本学術会議第一部～第三部にまたがる分野別委員会合同の検討組織として設置されたものであり、平成 20 年（2008 年）には成育空間の要素を取り上げ、その改善を提言した（「我が国の子どもの成育環境の改善にむけて—成育空間の課題と提言—」）。分科会はその後、合同 4 分野別委員会から 5 分野別委員会に構成を拡充して検討を続け、今回は成育方法について提言の取りまとめを行ったものである。あわせて、問題の深刻さ、緊急性に鑑み、上記課題別委員会において議論された「子ども家庭省」（あるいは「子ども省」）の早期設置、内閣府による子どもの成育環境についての総合政策立案強化、地方自治体における子どもに関する統合的部局の編成についても提言する。また、成育時間、成育コミュニティについては今後順次検討するが、その後も、6 年（2 期）をサイクルとする、我が国の子どもの成育環境の全体および細部にわたる学術的評価と政策提言の継続を提言する。

¹ 「子ども」と称する年齢の範囲： 本提言では、胎児期、乳幼児期（義務教育年齢に達するまで）から学童期（小学生）にかけての者、「子どもの権利条約」での 18 歳未満の者、そして 20 歳未満の者（民法上の「子ども」）のための施策の重要性に鑑み、胎児期より 20 歳未満の者を「子ども」と称する範囲とするが、その成育体験において最も重要な時期である 12 歳頃までを主な対象とする。なお、議論に当たっては、「子ども若者支援推進法」において位置づけられる「子どもと若者（0 歳～概ね 30 歳未満までの者）」についても思慮する。

² 「成育環境」の定義： 胎児から青年にいたる子どもの成長・発達過程における発育、養育、自立の環境を指す。成育環境は大きく、成育空間、成育時間、成育コミュニティ、成育方法という 4 つの要素とそれらの関係性において捉えることが重要である（課題別委員会 子どもを元気にする環境づくり戦略・政策検討委員会）。なお、我が国の 6-3-3 制等の子どもの教育システムは、極めて大きな課題であり、別途議論されるべきと考え、本提言においてはあえて取り上げていない。

2 現状及び問題点

子どもの運動能力、体力は昭和60年（1985年）頃以降低下を続け、肥満や糖尿病などのリスクを抱え、あるいは、不登校、うつ等、精神的にも困難な状況に陥る子どもが増えるなど、我が国の子どもの成育環境は極めて深刻な状況にある。精神的発達・意欲面でも、ユニセフの調査において我が国の子ども（15歳）は世界で突出した割合で「孤独だと感じている」と答えている。またこの40年間で中学3年生の学習意欲は40%減少したとの報告もある。

このような状況は、電子メディアの急速な普及、遊びなどの子どもの活動や生活習慣の時代的变化、子どもの活動への大人の関わり希薄化、子どもの健全な成長を育む社会システムの整備、改善の遅れ、豊かな社会の影で進行する子どもの貧困など近年の様々な社会的変化によるものと思われるが、運動・学習を含めた生活意欲の減退に限らず、将来を担う子どもの状況として極めて深刻な問題として受け止められなければならない。

3 提言等の内容

(1) 子どもの成育方法の改善

子どもの成育環境において、成育方法は極めて重要な要素である。近年の成育環境の変化は主にその成育方法の変化によるものだともいえる。それが子どもの遊び、運動、学習意欲に大きく関わっている。適切な成育方法の獲得を国民・市民の生活改善運動として展開し、総合的に、そして公民共に意識と行動を喚起することを提言する。

① 多様な実体験を可能にする成育方法の確保

テレビ等の受動的なものへの接触機会を適切なものにし、孤立的なものではなくコミュニティを通して屋外遊びを体験し、スポーツを習得し、自動車に過度に依存する生活を脱却し、子どもが他者と適切に触れ合う機会を増やすライフスタイルを獲得すべきである。それが子どもたちの心身の安定性を高める方向でもある。

② 子どもたち自らが主体的に困難な状況を乗り越える方法等の獲得

子どもは様々な群れ遊びや自然遊び、ものづくり遊びを通して、困難な状況を乗り越える方法を獲得していき、挑戦していく力を蓄えていく。「行動は見るだけでは上達することがない」ことは実証されている[0-3-2]が、我が国の子どもは「見ること」に多くを費やし、自分の体での実体験が少ないため、行動を起したり、挑戦したりすることができなくなりつつある。様々な実体験を通じ、子どもたちがリスクを受け入れ、それを乗り越える力を持つことが重要である。

③ 子どもの成育環境を重視する大人のライフスタイル・社会システムの確立

子どもの生活、ライフスタイルは大人のそれが最も影響を与える。子どもたちの健全な成長のために、大人のライフスタイルや社会システムそのものがそれらを重視したものとなり、さらにそれらを喚起する国民に対する広報活動、啓蒙活動、啓発活動が展開される必要がある。

(2) 子どもの成育環境を改善する総合的行政と法整備

将来の我が国を担う子どもたちが、創造的な意欲と感性、そして社会性を持つ人材として育つためには、豊かな成育環境が実現されなければならない。それを実現するための行政組織も総合的な政策調整、立案機能、そして速やかな実行・行動へと移行できる組織が重要である。そのための法整備や、内閣府の中に子どものための教育、保育、医療、そして環境を統合する部局の設立あるいは「子ども家庭省」、「子ども庁」等の早期実現が図られる必要がある。また、特に市民国民の日常生活に関わる地方自治体においても、総合的部局が編成される必要がある。

目 次

1	はじめに	1
2	現状の問題と改善の方向	2
(1)	子どもの意欲と生活方法、成育方法の関係	2
①	運動能力、体力との関係	2
②	精神的発達・意欲との関係	2
(2)	電子メディアが子どもの成育に与える影響	2
①	テレビ視聴の長時間化による問題	2
②	携帯電話によるコミュニケーションの変化と携帯依存	3
③	テレビ等のメディア接触を適切にする改善の方向	3
④	テレビ等 IT メディアの接触規制	4
⑤	テレビ等のメディアの適切な利用	4
(3)	子どもの活動の時代的变化とその影響	4
①	遊びの変化とその影響	5
②	自然遊びの減少とその影響	6
③	生活習慣の変化とその影響	6
④	車社会化とその影響	7
⑤	過度の安全性追及とその影響	8
(4)	今後活性化が必要な子どもの活動	8
①	読書および本の読み聞かせ	8
②	中高生・若者の校外活動・社会参加	9
③	特別な支援を必要とする子どもの適切な遊び・活動	9
(5)	子どもの活動への大人の関わり	10
①	乳幼児期の子どもと大人の関わり	10
②	子どもの遊びにおける大人の関わり	10
③	家庭での大人の関わり方	11
④	社会活動（スポーツ等）での大人の関わり方	11
⑤	地域活動（コミュニティ）での大人の関わり方	11
(6)	子どもの健全な成長を育む社会システム	12
①	乳幼児健康診査の改善	12
②	感染症予防対策	13
③	子どもの事故予防	14
④	安全教育	14
⑤	思春期の性教育	14

⑥学校における健康診断・健康教育	16
(7) 子どもの貧困と生活への影響	16
①貧困がもたらす子どもへの影響	16
②子育て支援政策のもつ課題	17
(8) 成育環境改善のための総合的行政と法整備	17
3 提言	19
(1) 子どもの成育方法の改善	19
①多様な実体験を可能とする成育方法の確保	19
②子どもたち自らが主体的に困難な状況を乗り越える方法等の獲得	19
③子どもの成育環境を重視する大人のライフスタイル・社会システムの確立	19
(2) 子どもの成育環境を改善する総合的行政と法整備	19
<参考資料>	21
<付録>	24

1 はじめに

我が国の子ども³の成育環境⁴は極めて深刻な状況にある。昭和60年（1985年）頃以降、子どもの運動能力、体力は低下している。肥満や糖尿病などのリスクを抱えたり、不登校、うつ等、精神的にも困難な状況に陥っている子どもたちが増えている。ユニセフの調査において我が国の15歳の子どもたちは世界で突出した割合で「孤独だと感じている」と答えている。またこの40年間で中学3年生の学習意欲は40%減少したという報告もある。このような運動・学習を含めた生活意欲の減退は、将来を担う子どもたちの状況として、我が国において極めて深刻な問題としてとらえなければならない。この要因は近年50年～60年の様々な社会的変化によるものと思われるが、その対策は子どもの成育環境全体としてとらえる必要がある。

日本学術会議は第19期、子どものこころ特別委員会に引き続き、平成18（2006）年に分野横断的な課題別委員会「子どもを元気にする環境づくり戦略・政策検討委員会」を立ち上げ、平成19年（2007年）に对外報告「我が国の子どもを元気にする環境づくりのための国家的戦略の確立に向けて」において、子どもの成育環境は空間、時間、方法、コミュニティという4つの要素と、それらの関係という形でとらえ、現代の成育環境の悪化はそれらの相互的な悪化の循環にあることを示した。そして、子どもの成育環境を改善するためには、分断的な学術、行政領域の総合化の必要性を指摘、それぞれの専門領域で行われている政策の総合化、すなわち調整、整合、効率化を図るため、内閣府の機能強化と日本学術会議における学際的常置委員会設置の提言を行った。

それに基づき、日本学術会議第一部～第三部にまたがる5つの分野別委員会合同の「子どもの成育環境分科会」が設けられ、平成20年（2008年）に子どもの成育環境の4つの要素の1つである成育空間について、その改善を提言した（我が国の子どもの成育環境の改善にむけて－成育空間の課題と提言－）。

今回は成育方法について検討し、提言するものである。今後、成育時間、成育コミュニティについても漸次提言し、6年間のサイクル（2期）で我が国の子どもの成育環境の学術的評価と、提言を全体および細部にわたり、継続的に行うこととしている。

今回あわせて、我が国の子どもの成育環境問題の深刻さ、緊急性より、平成17年（2005年）から平成19年（2007年）にかけて日本学術会議課題別委員会「子どもを元気にする

³ 「子ども」と称する年齢の範囲： 本提言では、胎児期、乳幼児期（義務教育年齢に達するまで）から学童期（小学生）にかけての者、「子どもの権利条約」での18歳未満の者、そして20歳未満の者（民法上の「子ども」）のための施策の重要性に鑑み、胎児期より20歳未満の者を「子ども」と称する範囲とするが、その成育体験において最も重要な時期である12歳頃までを主な対象とする。なお、議論に当っては、「子ども若者支援推進法」において位置づけられる「子どもと若者（0歳～概ね30歳未満までの者）」についても思慮する。

⁴ 「成育環境」の定義： 胎児から青年にいたる子どもの成長・発達過程における発育、養育、自立の環境を指す。成育環境は大きく、成育空間、成育時間、成育コミュニティ、成育方法という4つの要素とそれらの関係性において捉えることが重要である（課題別委員会 子どもを元気にする環境づくり戦略・政策検討委員会）。なお、我が国の6-3-3制等の子どもの教育システムは、極めて大きな課題であり、別途議論されるべきと考え、本提言においてはあえて取り上げていない。

環境づくり戦略・政策検討委員会」において議論された内閣府の子ども成育環境についての総合政策立案強化、推進のための統合的な部局の設立や、「子ども家庭省」、「子ども庁」等の設置および法整備、あわせて地方自治体における子どもに関する統合的な部局編成を重ねて提言するものである。

2 現状の問題と改善の方向

(1) 子どもの意欲と生活方法、成育方法の関係

我が国の子どもたちの意欲が減退されていることが指摘されている。運動意欲、遊び意欲、学習意欲が落ち、世界的に突出して孤独を感じていると指摘されている[1-0-1]。その要因は複雑で、子どもの生活、あるいは成育環境全体と複雑に絡み合っているが、その生活方法、成育方法との関係が大きい。

① 運動能力、体力との関係

現代の子どもたちは、この 50 年間、体位、体格は向上しているが、体重において、特に男子の体重では大きく、肥満に陥っている子どもも多い。この要因は二つの要因、食事内容と運動不足によると思われる。乳児、幼児の頃より、運動量が極めて少ない子どもが散見される。保育園児、幼稚園児においても 1 万数千歩以上の運動が必要だと指摘されている[1-1-1]。運動意欲を喚起する外遊びを通した生活方法、成育方法に見直される必要がある。

② 精神的発達・意欲との関係

現代日本における国民病のひとつとしてうつ病を指定すべきという議論があるが、特に若い世代でのうつ病の発生率は極めて高くなっており、小さな子どもたちのうつ病患者も増えている。あわせて不登校、引きこもり等、社会的に不適応な子ども、若者が多くなっている[1-2-1]。その要因は複合的と考えるが、子どもたちの生活方法、成育方法と極めて密接な関係があることが多く指摘されている。

(2) 電子メディアが子どもの成育に与える影響

電子メディアの初期といえるものはラジオ、テレビである。ラジオは昭和 10 年(1935 年)頃に、テレビは昭和 40 年(1965 年)頃に日本の家庭にはほぼ行き渡った。同時代、自動車の普及により外遊びの中心であった道路から子どもたちが締め出され、子どもの外遊び空間が急激に減少し[2-0-1]、その受け皿としてもテレビが子どもの遊びの中心的なツールとなっていった。テレビにより内遊び傾向は増大してゆき[2-0-2]、それらより八丈島でも子ども集団が解体されていったと報告されている。1980 年代前半に生まれたテレビゲームは、テレビのように一方通行ではない双方向なメディアとして、子どもの参加する遊びとして、さらに子どもたちを取り込んだ。パソコンも教育的効果はあるものの、子どもたちへの長時間接触を増大してく方向にある。1990 年代後半からの携帯電話の普及は子どもたちの生活にも浸透しつつあり、それらは低年齢化の傾向もある。テレビ、テレビゲーム等の多様な機能を搭載する携帯電話は、子どもたちのあまりにも身近な生活ツールとして進化し、影響力を増大しつつある。

① テレビ視聴の長時間化による問題

戦前の昭和 16 年(1941 年)の国民生活調査による小学校 5 年生の生活時間では

「外遊び」は1時間46分、「家の手伝い」1時間21分で、雑誌やラジオのメディア接触は30分であった。テレビが普及した昭和42年(1967年)(民放1局)の調査では、テレビ視聴時間は平均2時間21分、日曜日は4時間であり、平日4時間以上の子どもが1割に達していた[2-1-1]。現在の乳幼児のテレビとの接触時間は0歳で3時間47分、1歳で4時間2分と報告されている[2-1-2]。また3歳6ヶ月児では約半数の子どもが2時間以上テレビを見ており、そのうち8%の子どもは4時間以上見ていると指摘されている[2-1-3]。諸外国との比較を見ても、特に小学生において違いは顕著である[2-1-4]。このような長時間のテレビ視聴の問題点として、就学前幼児でテレビ視聴3時間以上群は「会話が一方的になる」「気に入らないと物を壊したり、投げたりする」「落ち着きがない」「言葉が遅れている」が有意に多かったことが報告されている[2-1-4]。またテレビ、ビデオの長時間の視聴により受動的な生活姿勢、運動不足、肥満、衝動的行動の増加、コミュニケーション能力の低下、発語の遅れなどを招くことが明らかにされている[2-1-5]。また子どもの就寝時刻が遅くなり、就寝、起床のリズムが不規則になり、食習慣や排便習慣が悪化するなど、子どもの生活習慣にも悪影響を与えている[2-1-6]と指摘されている。

② 携帯電話によるコミュニケーションの変化と携帯依存

携帯の使用は小学生から高校生にかけて急激に拡大しており、小学生からケータイ・デビューしている。携帯電話は「ケータイ」と称され、インターネットの入り口となりつつある。ケータイに関わる問題は通話マナーの問題にとどまらず、メールやインターネット・サイト利用、すなわちネットいじめ、ネット詐欺、出会い系、猥褻画像、プライバシーの流出などまで広がっており、また携帯用ゲーム機を含めたゲームの接触時間は年齢が上がるにつれて急激に増加しており、子どもの生活へ深く浸透している。

ITメディアの進化の速度は早く、それらが子どもたちの生活にいかに関与しているかについての学術的な研究が、そのスピードに追いついていないのが現状であるが、その影響はますます課題となると思われ、研究体制の確立が急がれる。

③ テレビ等のメディア接触を適切にする改善の方向

「テレビに子守をさせないで」(岩佐京子・水曜社)が出版されたのは昭和52年(1977年)であるが、臨床心理学者が3歳児検診に立ち会っている中で、子どもの言葉の遅延とテレビとの関係を分析した研究に基づく著作である。アメリカの小児科学会が「ITメディア接触が子どもたちの健康障害を引き起こす危険性を持っていることを指摘し、メディア教育の重要性についての勧告を出したのは20年を経た平成11年(1999年)である[2-3-1]。子どもの脳が発達する重要な時期に人と関わりを持つ必要性を重視して、小児科学会が「親たちが2歳以下の子どもにテレビを見せないように働きかけるべきである」としている。日本小児科医会でも1歳6ヶ

月健診対象児計 1900 名をについて調査を行った「乳幼児のテレビ、ビデオの長時間視聴は危険」として解説と提言を行っている（平成 16 年（2004 年））[2-3-2]。

言葉の遅れ、受動等で受診した子どもと家庭にテレビ視聴を止める処方をしたところ、多くの事例で「親の側に寄ってくるようになった。視線が合うようになり、『見てみて』などの感情表現が増えた。指示に従うようになった。言葉が増加した。落ち着きがでた。おもちゃで遊べるようになった」など急激な変化が報告されている[2-3-3]。また幼児から中学生の慢性疲労を含む多様な状態に対し、テレビ、ビデオゲームの禁止と、疲労を回復させる処方をしたところ、多くの事例が健康を回復したとしている[2-3-4]。

④ テレビ等 I T メディアの接触規制

テレビ等の I T メディアの接触制限については、無藤隆らが昭和 62 年（1987 年）に「テレビとこどもの発達」の中で、親のしつけの一環として位置づけられると指摘している。それは非計画的、対症療法的な「小言的な規制」より計画的予防的「テレビを見て良い時間が決められている」というような「きまりの」規制が重要であることを指摘している。小言的規制を強く受けている子どもはかえってテレビの視聴量も多く、非計画的で軟弱的な視聴態度を示すものが多かった。これに対し、きまりの規制を強く受けている子どもほど視聴量が少なく、視聴態度が自律的であったと報告されている。

幼児の場合、その視聴は自律的というよりも親の選択、あるいは生活習慣による場合が大きい。この点においては親のテレビ視聴に対する節度の認識を生まなければならない。そのため I T メディア接触とこどもの発達に関する知見を広め、親の認識を高めることが重要である。

⑤ テレビ等のメディアの適切な利用

現代社会はメディア、I T は欠かせない。情報社会の中で生きるためにはそれを駆使できなければならないことはもちろんである。しかしながら我が国のこどもの成育環境という視点で見ると、海外の子どもと比較して小さな子どもたちのテレビ等の I T メディア接触が大きすぎる。外で遊ぶ時間がほとんど奪われている。幼少のこどもの脳の発達を考えてもその時期に実体験がより多くなされなければならない。メディア接触は海外でも中学生になると小学生に比べて多くなる傾向がある。中学生以上になれば自立的な判断も重要であり、海外との比較においてその差は小さい。小さな子どもたちのメディアの適切な利用（小学生の場合、1 日 1 時間程度とすることなど）を生活習慣とすることが必要である。

(3) 子どもの活動の時代的变化とその影響

子どもの活動は近年大きく変化し、それが子どもの成育環境の著しい悪化をもたらしている。次に詳細に述べるように、とりわけ重要なのは遊びの変化（①②）、運動、テ

レブ視聴などの生活習慣の変化(③)である。さらに、車社会化(④)は、運動のみでなく、遊びの制約、事故の危険など大きな影響を及ぼしている。また、過度の安全性追及の問題(⑤)も指摘される。

① 遊びの変化とその影響

ア 外遊びの減少とその影響

子どもの遊びは、過去40、50年の間、二次の変化としてとらえられる大きな変化をみた。第一の変化は昭和30年(1955年)頃～昭和50年(1975年)頃にかけてであり、外(屋外)遊びから内(室内)遊びへの転換、遊びの種類(2分の1～3分の1)と単純化、自然遊びの衰退、集団遊びの減少と孤独な遊びの一般化等が急激に進行した。背景としてはテレビ普及の影響が大きいとされる。第二の変化は昭和50年(1975年)頃以降であり、テレビゲーム(携帯型ゲーム、ファミコン、ビデオゲームなども含め)、近年ではパソコン、インターネット、ケータイの普及によるところが大きい[3-1-1]。

子どもの遊びの問題は複合的であり、その背景には、自然の減少などの都市化による変化、少子化などの社会的変化、早期教育や塾通いの一般化などの文化的変化等があり、これらが複雑に絡む。また、悪循環の構造が存在し、遊び(遊び方法)の変化とともに、遊び空間の急激な減少、遊び時間の変化、遊び集団の変容(規模の縮小と異年齢集団の消失)が相互に影響し合いながら同時的に進行し、遊び環境を悪化させた[3-1-2]。したがって、外遊びの減少はまた、群れて遊ぶ遊びの減少といってもよい。子どもが仲間同士の遊びを通じて育つ「子どもの世界」の縮小[3-1-3]、子ども時代の遊び体験が少ない世代が親として子育てをしなければならない[3-1-4]なども問題として指摘される。

イ 外遊びでの方法の欠如とその影響

現在、小学生は一般的に「体育やスポーツは好きだが外遊びは苦手」といわれている。体を動かすことは嫌いではない。体育は先生の指示に従い、スポーツではルールがきちんと決められている。しかし外遊びは、その遊びの人数に応じて、場所に応じて遊びそのものを工夫しなければならない。遊び方法そのものを発明しなければならない。それぞれの遊びに参加する子どもたちの役割が自主的に決められなければならない。そのような創造的、社会的な対応を現代の我が国の子どもたちは苦手としているのである。今、子どもたちは外遊びの方法そのものを良く知らない。だからそれに対応できないのである。我が国の小さな子どもたちが外遊びに習熟する必要がある。そのためのシステムが構築される必要がある。外遊びの方法の獲得、外遊び時間、遊び場の確保、外遊びの支援システム(プレイリーダー等)の確立が重要である。

ウ 伝承遊びの減少とその影響

子どもの力でつくられ、支持され、長く伝えられてきた、したがって昔からの遊び

である伝承遊びは、今日、あまり遊ばれなくなってしまった。伝承遊びを伝える遊び集団やじっくり遊ぶことのできる遊び時間、群れて遊ぶことのできる遊び空間が失われ、遊びの学習と伝承が困難となっているのである。昔からの遊びは古びた遊びに過ぎないものではない。新たに考案された遊びにはない、にわかに達成できない遊びの楽しさや「のり」が凝縮されており、これを伝え、遊びのストックとして復活することは私たち大人の責務である。伝承遊びの意義を広くとらえれば、保育環境においても、子ども自身が長い時間をかけて作り出した遊びの伝承・保存によりそれが構築されれば、子どもの遊びを強く導く力を持つ[3-1-5]。

しかし、伝承遊びは、遊び方（方法）の記録[3-1-6]等の個別的対策のみでは復活できない。遊びを支える時間・集団・方法・空間の全体的関係の再構築、それを実践する遊びの組織などが求められる[3-1-7]。

② 自然遊びの減少とその影響

自然遊びの体験が少なくなっている。都市には身近に遊びを体験する場がなくなっているのみでなく、身近にまだ豊かな自然としての山や川、あるいは農地がある地域の子どものでも、自然遊びがなされていない。それは自然遊びの基本が生物採集の遊びであり、それはかつて年長者から年少者へ伝承されてきたが、子どもの遊び集団がなくなったため、その伝承者がいなくなってしまったからである。そして自然は危険な場所でもある。川におぼれる、毒蛇にかまれる、草木にかぶれる等、様々な危険がある。それを避けながら遊べたのも、その方法が伝承されてきたからである。今、田舎の子どもたちも「川に行ってはいけない」「山に行ってはいけない」と禁じられている。多くの分野における創造者たちは子どもの頃の自然遊びを通して、その不思議さ、変化、おもしろさ、美しさに感動してきた。自然遊びを体験しない子どもたちはそのような探索も、冒険も創造のきっかけを得るチャンスを失っているといえる。困難な状況、予測できないことに直面しそれを克服すること、危険を冒し新たな自分をつくり上げていくことは、多く自然での体験を通して学んでいく。そのような体験を獲得できる機会を増やさねばならない。そしてそのためには自然遊びの方法を獲得するため、今やそれをサポートする大人のプレイリーダーのような存在が必要となっている。

③ 生活習慣の変化とその影響

遊び以外の生活（生活習慣）も大きく変化した。子どもの体力低下傾向が続いてきたが[3-3-1]、これと深く関わるのは運動ないし基礎的な身体活動量の減少であり、背景には、学校外の学習活動や室内遊びの時間の増加[3-3-2]による外遊びやスポーツ活動の時間の減少、生活道路、空き地のような身近な遊び場の減少や園庭のない保育所の広がり[3-3-3]、少子化と塾、習い事などによる仲間の減少等がある、日常生活の中で体を動かす機会そのものが減っている。また、生活の利便性の向上や生活様式の変化としてとらえられる様々な変化も起こっている。生活圏の拡大と移動手段の変化（歩く移動から鉄道や車による移動へ）、電話、携帯電話、メールの普及（訪問によ

る直接的コミュニケーションからメディアによる間接的コミュニケーションへ)、メディアのマルチチャンネル化と録画機器の普及(スポーツをする生活からスポーツを視聴する生活へ)等である。生活の室内化に止まらず、携帯型ゲームは子どもから大人まであらゆる世代に、また室内から公園、交通機関などあらゆる空間に、室内的生活を広げるようになっていく。

「よく食べ、よく動き、よく眠る」(調和の取れた食事、適切な運動、十分な休養・睡眠)は健康3原則とされるが、運動とともに朝食摂取、睡眠も生活習慣の重要な要素であり、これらは深く関わると考えられる[3-3-4]。健康教育などにより、朝食摂取、睡眠確保、そして子どもが積極的に体を動かす屋外遊び、スポーツなどの機会の意識的確保といった基本的な生活習慣を広げ、家庭における保護者の積極的な関わりを促す施策が必要である。

④ 車社会化とその影響

車社会化は、生活の利便性を向上させたが、同時に、生活圏の拡大と移動手段の変化をもたらした。生活様式全般をすっかり変えてしまった。とりわけ、人が地域社会の中で歩くことを失ってしまったことは大きい。車社会化は、子どもにも、様々な利便性をもたらす。しかし、一方で、子どもは、車を自ら所有し運転することのできない者、そしてその認識・行動特性ゆえに交通事故に遭いやすい者という二重の意味での交通弱者として、大きな負担を強いられている。自動車交通量の増加と交通量の多い道路による地区の分断や生活道路への通過交通の侵入(遊びの行動圏縮小)、交通事故の危険、それによる外出や家の周りの道での遊びの抑制(「道で遊んではいけません」は日常のかけことば)などである[3-4-1]。日常的な車の利用による基礎的な身体活動量の低下、運動や体を動かすこと、歩くこと、街を見ること、ひいては社会的現象全般への関心の喪失、自宅周りの仲間集団の崩壊(近所の子ども同士が遊ばなくなる)なども危惧されるが、こうした車社会化の影響とその対策についての研究は十分なされてきたとはいえない。

政策面からは、安全教育の過信ないし偏重、そして制限速度表示のない区間への法定速度 60km/h の適用などの道路交通法の問題、速度超過に対する緩い規制(20km/h 程度の超過の日常化)やスクールゾーンへの車の進入など政策の実効性の問題(遵守されない法規制)が指摘されている。また、交通規制には地域コミュニティの合意と協力がないと実効性が担保されないが、合意形成のためのきめ細かいまちづくりは定着しておらず、多くは規制困難のまま放置されてきた。さらに、交通規制などの方法の施策・事業は、交通環境改善などの空間の施策・事業とセットとされることも多く、空間の施策・事業の制度的制約やそれにかかる時間が方法の施策・事業の実施を阻む傾向にある。子どもの交通事故死を減らすためには生活道路を中心に 30km/h の速度制限を広げる必要がある[3-4-2]。また、子どもの遊びと共存できる 15km/h、50台/h 以下の道路を生活道路とするエリア指定を住宅地内で検討すべきである。これらを自動車そのものの改良によって実現するソフトカーの提案もなされている[3-4-3]。

⑤ 過度の安全性追及とその影響

過度の安全性追及の問題についても考えておく必要がある。子どもをとりまく各種の犯罪や事故に直面する先進国都市社会では、病的ともいえる保護意識の高まりが見られる。こうした状況は、梱包緩衝材で子どもを包み上げているよう (bubble-wrapped) とも評される。地域社会や居住環境、ライフスタイルの変化、子どもの運動能力の低下、情報社会化などが変化に拍車をかけ、あるいは悪循環をつくり出していると思われる。

過度の安全性追求は、遊び場の閉鎖、遊具の撤去、車による送迎、公園のボール遊びや道草の禁止等にみるように、子どもの行動を拘束し、リスク回避に必要な社会的能力を身につける機会を奪う。完全に安全な状況では、子どもは成長に必要な多様な刺激を欠き、能力を失い、健全な発達が阻害される。子どもが自分の力でリスクを回避する力を身に付ける機会を遊びの中でも保障することが大切である。とりわけ、安全対策は、すべての危険を排除するのではなく、事故や災害のような自己責任不可の危険 (danger) や人の力では不可避、したがって予測できず大きな事故につながる危険 (hazard) は回避しつつ、確率的に予測でき自己の責任において引き受けられる、したがって大きな事故につながる可能性の低い危険 (risk) [3-5-1] に対しては、適切なレベルで触れ、自分で対処できるようにする必要がある [3-5-2]。ワークショップなどリスクについての学習機会をつくること、そして、実態調査、危険箇所の点検と対策の検討、環境改善の実行計画作成といった基本的手順に従った活動、すでにプレーパーク (冒険遊び場) 等で実践されている遊び場へのプレイワーカー配置の必要性も高い。

(4) 今後活性化が必要な子どもの活動

今後活性化が必要とされる子どもの活動としては、読書および本の読み聞かせ (①)、中高生・若者の校外活動・社会参加 (②)、特別な支援を必要とする子どもの適切な遊び・活動 (③) が上げられる。

① 読書および本の読み聞かせ

読書習慣も、遊びや生活習慣とともに変化し、インターネットの普及などによる読書離れが危惧されている。しかし、小中学生の読書量は、学校教育への読書離れ解消への期待、「朝の読書」運動の広まりなどもあり、増えてはいるが、それが習慣化するために継続的な努力が必要である [4-1-1]。低年齢の子どもでは、さらに、絵本の読み聞かせによる感性の獲得、子どもと親、保育者などの間のコミュニケーションなども重視する必要がある [4-1-2]。絵本を介した大人と子どもの触れ合いは、ITメディアとは対極にある豊かな感情を育み、個性の発見にもつなげられる。そのような機会を子ども時代に多く与えられるようにすることは、子どもの育成・生活方法の改善に当たり極めて重要である。

② 中高生・若者の校外活動・社会参加

高学歴社会が進む中、かつて、労働力として地域社会を支えていた10代の若者、とりわけ中高生が学校以外の活動の場を見失っている、欧米社会と比較し社会参加が進まないなどの指摘がなされている。若者が自主的に地域社会を調査したり、学校や家庭で学んだことについて実際に行動したり、旧友や先生以外の同年齢の人や大人と会ったりするなど、青年期への移行のための機会が十分ではない。音楽、演劇、創作などの文化活動、旅行、スポーツ、子ども会やスポーツ少年団の指導などの地域活動、そしてボランティア活動やまちづくりへの参加などの社会的活動や社会参加の機会を多様に、また十分見出すことのできる環境が形成されなければならない。若者は、そうした活動を通じてコミュニケーションスキルを学び、仲間づくりをし、自立と社会参加を果たすとともに、若者文化を創造、継承していくことができる。伝統的社会では、若者衆、若者仲間、若者連中など地域によって様々に呼ばれていた若者組が年齢集団として存在し、共同作業などに当たって地域社会を支えていた。学校教育における体験学習などの機会の充実のみでなく、地域社会における校外活動活性化のためのクラブ組織、地域活動やまちづくり活動の拠点、学校と社会活動を結びつけ、自主的、積極的社会参加を可能にする事業など、今日的要請にかなう新たな社会システムの形成が急務である。

③ 特別な支援を必要とする子どもの適切な遊び・活動

入院中の子どもは、病気や障害、治療により活動や遊びに制約があり、大きなストレスを受ける[4-3-1]。医療施設においては、入院中の子どもの遊びや学習を保障する必要があり、小児病棟は院内学級や遊戯室を持つべきである[4-3-2]。子どもたちが制約の中でも安心して生活し遊ぶためには、施設の充実もさることながら、大人の支援も重要であり、医療保育士等、子どもを支援する人材の養成拡大が急がれる[4-3-3]。

医療の進歩、医療制度改革など社会状況の変化、障害者自立支援法の制定により、呼吸器を装着、気管切開、経管栄養などが必要な重症心身障害児の7割が在宅で過ごすようになった[4-3-4]。医療的ケアの必要な子どもが在宅で過ごす場合、家族は、家族で過ごせることの幸せ、子どもがいてくれることの幸せ、子どもの反応や発達を確認できるなど、メリットを感じていることも多い[4-3-5]。しかし一方で、子どもの介護・医療的ケアの負担や、子どものいのちを守るための重圧が大きくなっている[4-3-6]。重症児・者が地域で生活するための社会資源・サービスのマネジメントは家族が担っていることが多く[4-3-7]、医療処置を必要とする重症児・者を受け入れてくれる在宅福祉サービスの基盤整備が急がれる[4-3-8]。

特別支援学校においても、重複障害児、医療的ケアの必要な児童・生徒が増えている。学校での医療処置のため看護師が配置されるようになったが、非常勤であることが多く、業務遂行や教員との連携など、多くの困難な状況があり課題となっている[4-3-9]。

(5) 子どもの活動への大人の関わり

子どもの健全な生活方法の習得には、親を含めた大人のライフスタイルが大きく関係している。自動車依存型の生活、長時間のITメディアの接触、夜型の生活行動等、多くが大人のライフスタイルが子どもたちの生活方法に影響を与えている。したがって、親を含めた大人のライフスタイルが子どもの健全な成長を重視した意識で行われていなければならない。また、合わせて、子どもたちは地域社会から多くを学んでいたが、そのコミュニティが多くの地域で衰退している。子どもたちの健全な発達を促すコミュニティの形成が確立されなければならない。

① 乳幼児期の子どもと大人の関わり

乳幼児期において親が子どもに愛情を注ぎ、心身の健康に留意し、子どもが安全で安心できる環境に置くことが最も基本となることは言うまでもない。その条件が欠いたあるいは乏しい環境での育ちに問題が起こることは、過去数十年の研究から明らかである。特に、元々乳児が気質的に難しさを抱えている場合、それを養育する親によっては育児しにくい状況が生まれ、子どもに問題行動が増えていくという研究がある[5-1-1]。また、親が子どもを肯定的な見方で育て、声かけや子どもの表情に反応するというようなインタラクティブな関係をもつことで、子どもの発達が促される[5-1-2]。

こういった要件をまとめると、一つは子どもの情緒の安定と親（あるいは保育者）により肯定的・共感的に支えられていると感じられることである。もう一つは周りの大人や物理的な環境と応答的な関係にあることである。虐待家庭といった極端な例ではなくても、そういった条件の乏しい家庭が増えていることが危惧されている。特に重要なリスク要因は母親の抑うつ傾向であり、乳児期に親の抑うつが高いことが見出されている[5-1-3]。

② 子どもの遊びにおける大人の関わり

幼児期・児童期において子どもが充分よく遊ぶ時間を確保できることが発達的に大事なことであることは、発達心理学やまた保育・教育の実践から繰り返し見出されている。近年、少子化の中で家庭や地域で子どもが群をなして遊ぶことが減ってきている[5-2-1]。

そこで、あえて子どもの遊びに大人が関わり、遊びの範囲を広げ、能動的な関わりや体や手を使う遊びを導入する必要がある。幼稚園・保育所においては保育者が遊びの指導を行う。学童保育などでも指導員が遊びを広げていく。特に、手を使う伝承遊びや集団による遊びがそのことを通して子どもたちに伝わっていく。とはいえ、特に小学校段階で休み時間が減ってきており、家庭・地域では家の中の遊びが中心になる中で、どのように子どもの遊びを広げていくかは社会的な課題である。

③ 家庭での大人の関わり方

子どもたちが様々な困難を乗り越え、成長していくためには、その力を獲得しなければならないが、その親の養育態度や行動が大きく影響を与える。オーストラリアのパーカーらは、過保護的、あるいは操縦的な養育態度と独立性、自律性を尊重する態度を対比する設定として主要因子を導きだした。これらの理論を基にした研究調査からも、子どもの困難な状況を乗り越える力、挑戦する力をはぐくむには、過剰な保護や操縦がないこと、失敗から子どもを守るのではなく、自分の力で乗り越え、成長していくことを見守る態度が必要であること、幼くとも、自ら選択させ、責任を自らとって行動する機会を与え、自立性を育むよう支援する態度が大切であると思われる。

④ 社会活動（スポーツ等）での大人の関わり方

子どものスポーツ活動においては、技術的にも指導法的にも十分に経験を積んだリーダーがサポートすることが望ましい。プレイリーダーには、スポーツ・リーダー、アドバイザー、サポーター等があり、これとは別にプレイパートナーとしてのインディケーター（誘導する役割）がある。我が国の場合は、例えばリトルリーグのように、絶対的な監督の下に一糸乱れず練習するというトップダウン型が多いが、本来は、子どもの自主性を重んじて和気あいあいとした中に秩序があるような全員参加型の形式が望ましい。そのためには、子どもたちに焦点を合わせてスポーツの活動場所、プログラム、リーダーやパートナー、会員サービスなどに配慮し、どのように理想的なスポーツ活動の場を演出し、物語性をつくっていくかを常に考える必要がある。

⑤ 地域活動（コミュニティ）での大人の関わり方

ア 地域行事における大人と子どもの関わり

子どもの地域行事への参加は、コミュニティの力が弱くなっている近年、決して多いとはいえない。地域の祭り等の伝統行事には子どもを地域社会の一員として一人前に育てるための通過儀礼が用意されていた。この地域が持っていた教育力は顕在化することなく、地域行事の衰退とともに子どもが地域の大人と関わる機会も減少してきた。それに伴い子どもが主要な役を務める地域の伝統行事の中では後継者難で存続の危機に瀕している所も少なくない。地域行事への参加をサポートする社会システム構築が不可欠である。

イ 行事以外の日常生活における大人と子どもの関わり

子どもの戸外での遊びの減少、特に道路での遊びの減少[5-5-1]は子どもと地域の大人との関わり方の減少をも意味している。子どもたちが近所の大人の人とのコミュニケーションは挨拶程度であり、褒められたり、何かを教わったり、困っている時、助けてもらうという体験は極めて少ない。

子どもの戸外での遊びの減少に拍車をかけているのは子どもが犯罪の被害に被る不安感の増大がある。地域社会では安全性が第一にあげられ、地域社会の多様な大人との交流は忌避される傾向にある。道、遊び場で子どもを見守る地域の大人の存在を増やす必要がある。

ウ 学校に集中する子どもたちの居場所

今の子どもの遊び場の実態として、第一は家の中、続いて学校・校庭であることが多くの遊び場調査で明らかとなっている。学童保育機能と合わせて学校の空き教室等を使いながら、学校を子どもたちの居場所とする自治体の施策も進んでいるが、それを運営する体制が十分ではない。プレイワーカーの専門職員の確保と、地域の大人がボランティアでもサポートに関わるような開かれた運営とその支援システムの確立が必要である。

(6) 子どもの健全な成長を育む社会システム

現代の子どもたちは様々な健康的リスク、社会的リスクに直面している。子どもの健全な成長を守る社会システムとして、健康診査、感染症予防対策、事故予防・安全教育、思春期教育、健康教育、子育て・親育て、地域社会活動、子どもの社会参画等、子どもの成長に合わせた、自主的かつシームレスな支援が必要であり、学校が教師だけでなく地域の大人からの古い遊びの伝承や、物づくり、物語り、自然観察等の共同体験を通して、その成育方法を多様化していかなければならない。

① 乳幼児健康診査の改善

乳幼児健診は母子保健法に規定されており、4か月、1歳6か月および3歳児に健康診査を実施する制度として定着している。各健診の受診率（全国平均）は、4か月94%、1歳6か月92%、3歳90%と、非常に高い水準である[6-1-1]。これに加えて様々な時期に独自の健診を実施している。

従来、乳幼児健診の目的は疾病・異常の早期発見のためのスクリーニングであったが、子育て支援に重点を移しつつあり、子育て支援のための様々なプログラムと一緒に実施するなど工夫されている[6-1-2]。また、子どもの虐待予防とその早期発見の場としても期待されている。しかし現状では十分な効果が上がっているとはいえない[6-1-3]。養育者（親）を主体とした子育て支援を目的としてサービスを統合できるよう、乳幼児健診の持つ重要な意義とその他の子育て支援施策との調整やその実施方法の検討により、次のような改善の方向が示される。

ア 乳幼児健診

健診が子育て支援プログラムとして機能するようにすべきである。また、土日の開催・開催時間帯・駐車場の確保など受診者の利便性への配慮や、待ち時間を利用して母親同士の交流を図るなど、受診者交流の場としての工夫が望まれる。

子どもの遊ばせ方や関わり方などを自然に学ぶことができる場とするため、子育て支援NPOや子育てサークル等による支援も必要である。また「子育てアンケート」等の実施により母親の育児不安の内容を確認し、心理士の支援を受けることなどによって工夫された不安解消プログラム等の充実を図るべきである。要支援・虐待予防のためのスクリーニングを行うこと、そして心理士を導入すること等によりじっくりと話を聞き、気持ちを整理することができる健診の内容を検討する必要がある。

イ 地域の子育て

地域の子育てにおいては、まず地域の親育てプログラムネットワークの構築が不可欠であり、保健・医療・福祉・教育、地域社会活動（コミュニティ）に関する施設・社会システムの連携の充実が図られるべきである。

② 感染症予防対策

子どもへの予防接種は重篤な感染症から子どもを守り、健康な発育を促すために必要であり、小児医療の基本的精神であるアドボカシー（社会的弱者に対する献身的擁護の考え）に基づく医療行為である。我が国では同時接種できるワクチン製剤が少なく子どもと保護者への負担が少なくない、ワクチンの接種回数が少ないために成人になって抗体価が低下し感染する例が増えている、二次感染のリスクのあるワクチンが使用されている、先進諸国で導入されている複数のワクチンが導入されていないなど、世界的標準にはるかに及ばない状況にある[6-2-1]。以下のワクチンの導入や定期接種化が望まれる。

ア 諸外国では麻疹、風疹におたふくかぜ（ムンプス）を加えたMMRの2回接種が行われているが、我が国ではMMRがない。さらに、我が国では水痘ワクチンとおたふくかぜワクチンの接種率は3割程度であり、定期接種化すべきである。

イ 経口生ワクチン接種により消化管内にてワクチン株が有毒化し、経口生ワクチン由来のポリオ麻痺患者が発生しうる。ポリオ不活化ワクチンの導入が必要である。

ウ 我が国ではDTP（ジフテリア、破傷風、百日咳）ワクチンを受けた10歳代の小児や成人に百日咳患者が増加している。現在行われている11-12歳へのDT接種をDTP接種にすることや青年・成人用DTPを採用すべきである。

エ インフルエンザ菌(Hib)と肺炎球菌は髄膜炎・脳炎、肺炎、中耳炎、喉頭蓋炎、敗血症の起原菌として重要である。両菌のワクチンを定期接種化すべきである。

オ 子宮頸癌などの予防を目的に、ヒトパピローマウイルス (HPV) ワクチンを定期接種化すべきである。

カ 性感染症である B 型肝炎ウイルスのワクチンの定期接種化が必要である。

③ 子どもの事故予防

我が国では昭和 35 年 (1960 年) 以降、子どもの死因の第 1 位は 0 - 1 歳までの新生児・乳児を除いたほぼすべての年齢層において「不慮の事故」である [6-3-1]。しかしながら、子どもの不慮の事故に対して社会をあげてこれに取り組む姿勢が不十分である。

子どもの「事故」の問題をどうとらえ予防活動を展開すべきかについて、法学、心理学、医学、工学などの学問領域が連携して取り組む必要がある。国や地域を挙げて子どもの安全のために必要な社会システムを整備することが必要である。我が国では成人、高齢者向けのユニバーサルデザインなど国を挙げての活動も見られるが、子どもの安全を目指した取組は少ないことが問題である。WHO は戦争や暴力テロだけでなく日常生活で遭遇する事故も重要な健康阻害因子として、取り組まなくてはならない課題であると規定している [6-3-2]。子どもの事故についての医療から保育、教育、生活環境までを含めた総合的な対策が練られる必要がある。

④ 安全教育

子どもたちが被害者となる事件が次々に起こっている。社会の育児機能が非常に低下している。幼児期から児童期にかけては向社会性が成長する時期である。それにもかかわらず、身を守るために見知らぬ他者に簡単に心を許してはならないことを子どもたちに教えなくてはならない現状が問題である。

5 歳後半には、認知発達の大きな質的転換期を迎える。自律的に振る舞えるようになる時期である。虚構と現実を区別し、ウソかホントかの区別もできるようになる。他人の立場や意図を見抜いてどう振る舞えばよいかを決めることができるようになるのである。このことから、年長組の子どもたち (5 歳後半すぎ) から幼児の安全教育を実施すべきである。

安全教育のもう一つの視点として大切なのは、子どもたちが成長した後に自分も他者も安全であることに留意することができ、人間不信を煽るのではなく、安全教育の一環として「他者への思いやり」を同時に教えることが重要である。

⑤ 思春期の性教育

我が国の現在の性教育は性についての知識の供給の是非や性交渉の是非を巡っての議論が中心であり、今後現状分析と方法論の展開が早急に確立されなければならない。

ア 性を巡るマスメディアの現状

インターネットについては性に関する画像等の公開について事実上規制がない。インターネットおよび携帯電話による出会い系サイトも増加している。性的な刺激を前提としたサイトに誰もがアクセス可能である点が問題である。

イ 性の商品化

性の商品化の問題は女子においてより深刻で、売春によって検挙・補導される思春期の子どもたちが増加している。性犯罪も増加しており、思春期の子どもたちが加害者・被害者となるケースも少なくない。

ウ 思春期の子どもたちの性交渉の実態

性交渉は男女とも高校3年生では30-40%に達している[6-5-1]。中学生では男子で5%程度、女子で5-10%とされる。中高生は避妊についての知識が不十分である。コンドームの使用率は性交渉の相手が1人の場合でも男子では70%以下で、性交渉の相手の数が増加するに連れて使用率が低下している。

エ 思春期の子どもたちの妊娠

思春期の子どもが妊娠すると75%程度が人工妊娠中絶されている。その他、優生保護法の適応とならない中絶も見受けられる。人口動態統計からの推計によると、平成12年以降、毎年40人以上が14歳以下の女子から出生している[6-5-2]。

オ 思春期の子どもたちの性感染症

性感染症については、思春期の子どものクラミジアやエイズ感染が増加している。HPVによる子宮頸癌も若年者で増加している[6-5-3]。これらの現象は、思春期の子どもたちの性感染症に関する知識が不足している結果である。

カ 「命の継続」という観点に立脚した思春期の子どもたちへの教育

思春期に性に関する男女の体の違い、月経、射精について思春期の子ども達に教育されているが、「命の継続」という観点に立脚した教育がない。そのため性や妊娠、性感染症などの正確な知識を持たないまま性交渉に及ぶ若者が多い。性交渉に関連する妊娠・避妊や性感染症についての思春期の子どもたちへの教育が必要である[6-5-4]。

キ 思春期の子どもたちの問題に対応できる医療機関・医療従事者の育成

日本小児科学会は思春期医学の臨床のできる医師の育成を開始した。思春期の子どもたちの性の問題を含め、様々な問題に冷静、沈着、適切に対応できる医療機関と医療従事者の育成が必要である[6-5-5]。

⑥ 学校における健康診断・健康教育

学校における健康診断は、学校保健安全法に基づき、児童生徒等の健康の保持増進を図るため、定期および臨時に幼稚園から大学に至る学校において実施されている。今日の児童生徒等の健康にかかわる大きな問題は不登校、いじめ、摂食障害等に表現されるような心の問題、食事、運動、休養・睡眠をはじめとする生活習慣積み重ねが人生の後半に具体的な健康問題として問題となるような生活習慣病の予防、アレルギー等である。

しかし、現行の主として身体にかかわる疾病や異常をスクリーニングすることを目的とした健康診断では、心の健康に関し調べることは難しく、また、生活習慣やアレルギーに関する問題も把握しづらい。これらについては日常の健康観察や健康相談等を活用した学校と家庭が連携したきめ細かな対応が必要である。そのようなことを可能にするために、適正な学級規模、教員の業務負担の軽減、校内の役割分担、地域の専門機関協力体制等についてさらに工夫と検討が行われる必要がある。

(7) 「子どもの貧困」と生活への影響

近年、貧困家庭の増加が顕著である。特に母子家庭の貧困率が高いことが報告されている。貧困からの脱却のための社会的な支援、特に子どもたちへの支援施策が有効に取られなければならない。困難な状況の中でもそれを乗り越える力の獲得の支援も重要である。孤立しない生活、孤独化しない生活を獲得していくことを支援する社会システムの構築がなされるべきである。

① 貧困がもたらす子どもへの影響

平成 21 年（2009 年）11 月、厚生労働省は国民の経済格差を表す指標としての「貧困率」（相対的貧困率）を 3 年に一度実施する国民生活基礎調査から算出し、一人親世帯の貧困率が 54.3%（平成 18 年（2006 年））と発表した[7-1-1]。一人親世帯の貧困率は平成 9 年（1997 年）63.1%、平成 12 年（2000 年）58.2%、平成 15 年（2003 年）58.75 と減少しているが[7-1-2]、日本は一人親世帯の半数以上が「貧困状態」で、OECD 加盟 30 カ国中で最高の割合[7-1-3]を示している。子どもの貧困は、①日本の子どもの貧困率が徐々に上昇しつつあり、平成 12 年（2000 年）には 14%となった、②この数値は、OECD 諸国の平均に比べても高い、③母子世帯の貧困率が突出して高く、特に母親が働いている母子世帯の貧困率が高い、と指摘している[7-1-4]。「貧困の連鎖」が指摘されているように、子ども期の貧困は子ども時代に収まらず、その不利は一生その子につきまとう。例えば、親の経済格差は幼児のリテラシーや学力基盤としての語彙力の習得度に明確な影響を与えていると指摘している[7-1-5]は、PISA 調査の母親の学歴別に子どもの学力をみた場合にも同様の結果を示している。平成 18 年（2006 年）調査と平成 15 年（2003 年）調査を比べるとこの 3 年間で日本の子どもの数学の順位は下がっているのであるが、母親の学歴が一番低い層（初等・前期中等教育卒）で学力が低下しているのである。こ

のことは親の学歴と子どもの学歴と、さらに親の職業と子どもの職業には明快な相関があることを意味している。一方、東京都福祉保健局による「虐待が行われた家庭の状況調査Ⅱ（平成17年（2005年））」によると「ひとり親家庭」と「経済的困難」「孤立」が虐待につながる主な要因として指摘している[7-1-6]。

② 子育て支援政策の持つ課題

貧困が子どもの成長に影響を与える要因は複合的である。子どもの育つ世帯の貧困から子どもの成長への影響の仕方の決定的な仕組みは解明されていないが、阿部（平成20年（2008年））はその仕組みの試案を策定し、親の経済的な要因が鍵であるとしている[7-2-1]。具体的には、貧困の原点としては経済的要因（低所得）、情報の不足、社会的ネットワークの欠如、親から継承される文化等が直接的、間接的、相互関連的に子どもの成長の栄養不足、医療へのアクセスの遅れ、乏しい刺激の家庭環境、親のストレス、学習資源の不足、住居の問題、近隣地域の問題、意欲の欠如、親の就労状況に影響し、子どもの健康・学力・所得・幸福度といった成長を阻害していく[7-2-2]。

さらに「児童虐待の実態」や阿部が提示する「経路」の「情報の不足」「社会ネットワークの欠如」に注目していくと、「孤立」という課題、すなわち日本社会の「関係づくりの欠如」の克服が大きな課題として浮かび上がる。OECDの比較調査による「社会的孤立状況」[7-2-3]によると、日本人は家族以外の人と社交のために全く、めったに付き合わない人の比率がOECD諸国の中で最も高い割合を占めている。日本人の社会の中での人付き合いが喪失してきたのは、急激な近代化の影響で社会の絆が喪失されてきた結果なのであろうか。こうした背景状況も子どもの成育環境で配慮していかなければならない。子どもたちの孤独化、貧困化からの脱却に対して有効な支援施策が実施されなければならない。困難な状況を乗り越える力の獲得の支援も重要である。支援の社会システムが早急に構築される必要がある。

(8) 成育環境改善推進のための総合的行政と法整備

(1)から(7)までの成育方法において、問題と改善の方向を検討してきたが、それらの具体的な政策の方向は多くの行政機関にまたがる。

電子メディアの規制については総務省であり、家庭におけるしつけ、あるいはルールという点や、外遊びや伝承遊びの方法という点では厚生労働省の範囲といえるが、それらは国民のライフスタイルと極めて密接な事柄であり、国民の多くに習慣として定着させる運動としていかなば解決は難しい。道路、特に細街路における遊びを考えると、警察庁と国土交通省にまたがる。生活における安全の問題は国土交通省である。自然遊びは農林水産省、環境省である。読み聞かせは幼稚園、保育園、家庭であるが、文部科学省、厚生労働省においてすすめなければならない。中学生や若者の社会参画は文部科学省、厚生労働省、経済産業省が関係するだろう。スポーツにおいては文部科学省、自然

体験は文部科学省、厚生労働省、農林水産省や環境省が関わるだろう。乳幼児の健康等、小児医療の問題は厚生労働省、地域の子育ては総務省、事故予防の多くは国土交通省に関連する。思春期の性教育の問題は文部科学省、厚生労働省、子どもの貧困の問題は財務省、厚生労働省、経済産業省等が関係するだろう。

このように子どもの成育環境の中の成育方法1つとっても、多くの省庁が関わっている。このことは多くの省庁が自分の省の問題として強くとらえる方向になりにくいことを示している。従来の日本学術会議の課題別委員会及び子どもの成育環境分科会等で社会発信した対外報告、提言に対する、政府各府省、局、課の対応のモニタリング調査によると、多くの回答が「一部は関心があるが、多くは自分のところに関係しない」と答えている。子どもの問題の複合性はその解決も総合的にとられなければならない。

本来的に子どもの問題は我が国の将来の問題でもある。優れた人材を輩出できない国に将来はない。そういう点で、子どもの成育環境が多くの省庁にまたがり、一元的、総合的に政策を立案できていないことは極めて問題である。内閣府に、子どもの教育、保育、医療環境を統合して検討できる部局を設けるか、あるいは「子ども家庭省」、「子ども庁」等の設置が早期になされる必要がある。さらに総合的な施策を推進するための法整備も望まれる。

子どもの成育環境改善のため、地方自治体の中にはすでに総合的行政を目指して「子ども局」「子ども部」「子ども未来局」というような部局を編成しているところもみられる。この傾向をさらに進めていくことが必要である。特に就学前の教育と保育については、現在の保育所、幼稚園が「こども園」（仮称）として幼保一体化の方向に歩みつつあるが、実現に向かっては多くの課題が山積する。家庭・地域が有する教育機能の充実を図りつつバランスのとれた一体的な組織の編成、施策推進が早急に図られる必要がある。

3. 提言

(1) 子どもの成育方法の改善

子どもの成育環境において、成育方法は極めて重要な要素である。近年の成育環境の変化は主にその成育方法の変化によるものだともいえる。それが子どもの遊び、運動、学習意欲に大きく関わっている。適切な成育方法の獲得を国民の多くに習慣として改善させる運動として展開し、総合的に、そして公民共に意識と行動を喚起することを提言する。

① 多様な実体験を可能にする成育方法の確保

テレビ等の受動的なものへの接触機会を適切なものにし、孤立的なものではなくコミュニティを通して屋外遊びを体験し、スポーツを習得して、自動車に過度に依存する生活を脱却し、子どもが他者と適切に触れ合う機会を増やすライフスタイルを獲得すべきである。それが子どもたちの心身の安定性を高める方向でもある。

② 子どもたち自らが主体的に困難な状況を乗り越える方法等の獲得

子どもは様々な群れ遊びや自然遊び、ものづくり遊びを通して、困難な状況を乗り越える方法を獲得していき、挑戦していく力を蓄えていく。「行動は見るだけでは上達することがない」ことは、様々なデータで示されているが、我が国の子どもは「見ること」に多くを費やし、自分の体での実体験が少ないため、行動を起したり、挑戦したりすることができなくなりつつある。様々な実体験を通じ、子どもたちがリスクを受け入れ、それを乗り越える力を持つことが重要である。

③ 子どもの成育環境を重視する大人のライフスタイル・社会システムの確立

子どもの生活、ライフスタイルは大人のそれが最も影響を与える。子どもたちの健全な成長のために、大人のライフスタイルや社会システムそのものがそれらを重視したものである必要があり、確立される必要がある。

(2) 子どもの成育環境を改善する総合的行政と法整備

将来の我が国を担う子どもたちが、創造的な意欲と感性、そして社会性をもつ人材として育つためには、豊かな成育環境が実現されなければならない。総合的な政策調整、立案機能が望まれる。そのための法整備や子どものための教育、保育、医療、そして環境施策を統合する部局が内閣府に設置されること、あるいは「子ども家庭省」、「子ども庁」等の早期実現が図られる必要がある。また、特に市民国民の日常生活に関わる地方自治体においても、総合的部局が編成される必要がある。

<参考資料>子どもの成育環境分科会審議経過

平成 20 年

- 11 月 27 日 日本学術会議幹事会（第 68 回）
委員決定
- 12 月 12 日 子どもの成育環境分科会（第 1 回）
○委員長、副委員長、幹事等の選出
○分科会の活動内容について

平成 21 年

- 2 月 13 日 子どもの成育環境分科会（第 2 回）
○提言の方向性について
- 3 月 16 日 子どもの成育環境分科会（第 3 回）
○各委員から現状と課題についての話題提供
○提言の方向性について
- 3 月 16 日 調査小委員会（第 1 回）
○委員長、副委員長、幹事等の選出
○今後の活動について
- 3 月 16 日 成育空間に関する政策提案検討小委員会（第 1 回）
○委員長、副委員長、幹事等の選出
○今後の活動について
- 4 月 21 日 子どもの成育環境分科会（第 4 回）
○各委員から現状と課題についての話題提供
○提言の方向性について
- 4 月 21 日 調査小委員会（第 2 回）
○今後の活動について
- 5 月 12 日 子どもの成育環境分科会（第 5 回）
○各委員から現状と課題についての話題提供
○提言の方向性について
- 5 月 12 日 調査小委員会（第 3 回）
○提言で取り上げる内容について
○資料収集の方法について
- 6 月 16 日 成育空間に関する政策提案検討小委員会（第 2 回）
○モニタリング調査について
○次世代育成支援行動計画について
- 7 月 14 日 成育空間に関する政策提案検討小委員会（第 3 回）
○モニタリング調査について
○政策提案の方向性について
○「こども環境学会こどもにやさしい地球環境形成ガイドライン作成
専門部会」との合同会議
- 9 月 14 日 成育空間に関する政策提案検討小委員会（第 4 回）
○モニタリング調査について
○政策提案の方向性について
○「こども環境学会こどもにやさしい地球環境形成ガイドライン作成
専門部会」との合同会議

- 10月5日 子どもの成育環境分科会（第6回）
 - 各委員から現状と課題についての話題提供
 - 提言の方向性について
- 11月9日 成育空間に関する政策提案検討小委員会（第5回）
 - モニタリング調査について
 - 政策提案の方向性について
 - 「こども環境学会こどもにやさしい地球環境形成ガイドライン作成
専門部会」との合同会議
- 12月17日 成育空間に関する政策提案検討小委員会（第6回）
 - モニタリング調査について
 - 政策提案の方向性について
 - 「こども環境学会こどもにやさしい地球環境形成ガイドライン作成
専門部会」との合同会議

平成22年

- 1月22日 成育空間に関する政策提案検討小委員会（第7回）
 - モニタリング調査について
 - 政策提案の方向について
 - 「こども環境学会こどもにやさしい地球環境形成ガイドライン作成
専門部会」との合同会議
- 3月30日 成育空間に関する政策提案検討小委員会（第8回）
 - モニタリング調査結果報告案について
 - 政策提言の方向性について
 - 「こども環境学会こどもにやさしい地球環境形成ガイドライン作成
専門部会」との合同会議
- 5月31日 子どもの成育環境分科会（第7回）
 - 提言（案）について
- 6月25日 子どもの成育環境分科会（第8回）
 - 提言（案）について（査読開始）
- 6月25日 成育空間に関する政策提案検討小委員会（第9回）
 - 省庁ヒアリングの実施について
 - 政策提言の方向性について
- 7月9日 子どもの成育環境分科会（第9回）
 - 成育方法に関する提言（案）について
 - 成育時間に関する提言の検討課題について
- 9月6日 子どもの成育環境分科会（第10回）
 - 成育方法に関する提言（案）について
 - 成育時間に関する提言の方向性について
- 10月1日 子どもの成育環境分科会（第11回）
 - 成育方法に関する提言（案）について
 - 成育時間に関する提言の方向性について
- 10月1日 成育空間に関する政策提案検討小委員会（第10回）
 - 省庁ヒアリングの進行状況について
 - 政策提言の方向性について

- 11月5日 子どもの成育環境分科会（第12回）
 - 成育方法に関する提言（案）について
 - 成育時間に関する提言構成について
- 11月5日 成育空間に関する政策提案検討小委員会（第11回）
 - 省庁ヒアリングの進行状況について
 - 政策提言の方向性について
- 12月10日 子どもの成育環境分科会（第13回）
 - 成育方法に関する提言（案）について
 - 成育時間に関する提言（案）について
- 12月10日 成育空間に関する政策提案検討小委員会（第12回）
 - 省庁ヒアリングの進行状況について
 - 提言または報告の骨子について

平成23年

- 2月4日 子どもの成育環境分科会（第14回）
 - 成育方法に関する提言（案）について
 - 成育時間に関する提言（案）について
- 2月8日 成育空間に関する政策提案検討小委員会（第13回）
 - 省庁ヒアリング結果について
 - 提言の内容について
- 3月3日 子どもの成育環境分科会（第15回）
 - 成育方法に関する提言（案）について
 - 成育時間に関する提言（案）について
- 3月3日 成育空間に関する政策提案検討小委員会（第14回）
 - 省庁ヒアリング結果について
 - 提言の内容について

- 4月28日 日本学術会議幹事会（第123回）
 - 提言案「我が国の子どもの成育環境の改善にむけて－成育方法の課題と提言－」について承認

<付録>

0-3-2 視覚体験と行動の関係に関する実験例

ヘルドとハイン (Held&Hein、1963) によるゴンドラネコの実験

視覚体験に能動的な運動を伴ったネコと受動的な視覚体験のみに行動を限定したネコの視覚発達について比較検証した結果、受動的な視覚体験のみに行動を限定したネコの視覚がうまく発達せず、成長後に柱や壁にぶつかったりするなど現実の環境に適応できない結果を得ている。

1-0-1 子ども達の意欲の減退 (運動意欲、遊び意欲、学習意欲、孤独感)

1) UNICEF Innocenti Research Centre, Report Card 7, 2007

Child poverty in perspective: An Overview of child well-being in rich country

経済開発協力機構(OECD)加盟 25 か国を対象に行われた 15 歳の意識調査において、日本の子どもが 29.8%と最も多く「孤独を感じる」と答えた。以下、アイスランド(10.3%)、フランス(6.4%)、イギリス(5.4%)などが続いているが、日本は突出している。

フランス 6.4%
アイスランド 10.3%
日本 29.8%

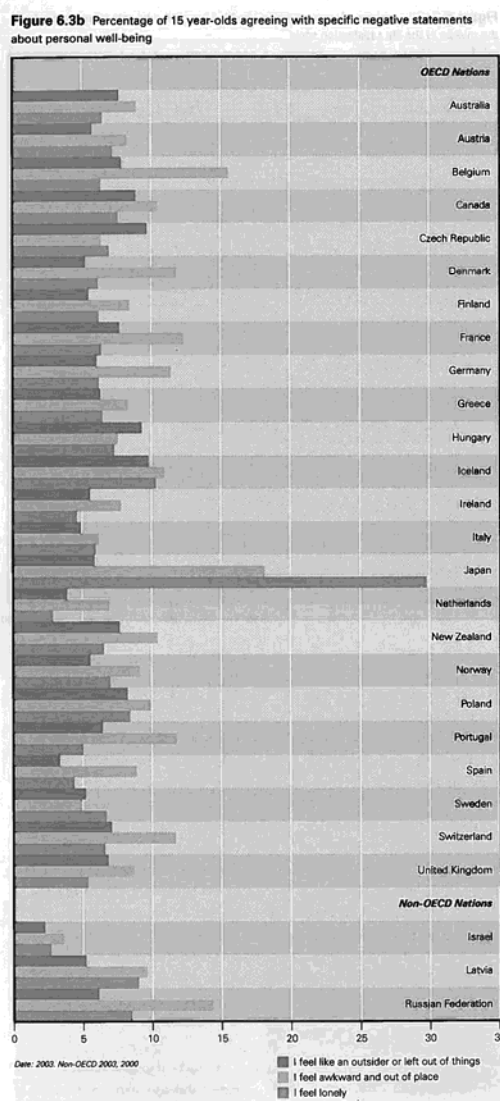


図1 OECD加盟25カ国における15歳の孤独度調査

2) UNICEF Innocenti Research Centre,
Report Card 7, 2007
Child poverty in perspective: An Overview of
child well-being in rich country

経済開発協力機構(OECD)加盟 25 か国を対象に行われた 15 歳の意識調査において、「向上心」の指標として「30 歳になった時、どんな仕事についていると思うか」との質問に対して「非熟練労働への従事」と答えた割合は、日本が 25 か国中最高の 50.3% に達しており、向上心の低さを顕著に示している。

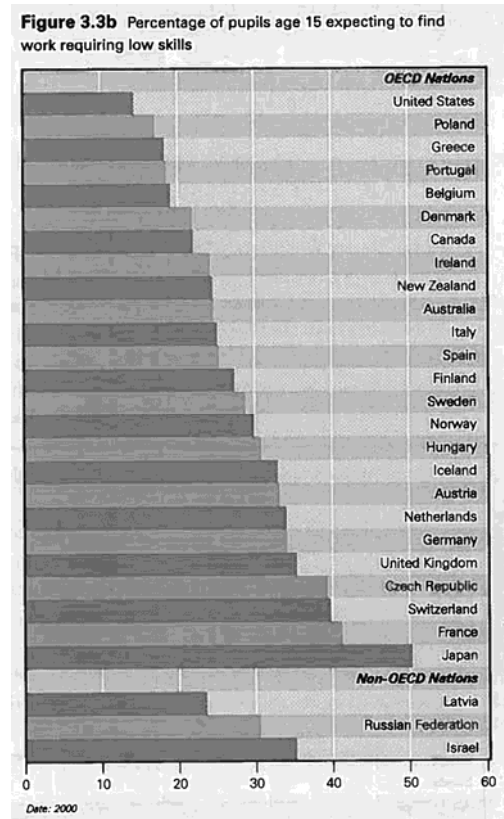


図 2 OECD 加盟 25 カ国における 15 歳の向上心調査

3) The Relevance of Science Education project, ISSI (International Space Science Institute), Bern, June 12th, 2007

15 歳の子どもに対するアンケート調査において、科学者になりたいかという質問に関して、先進諸国は比較的低い結果が出ている。

特に、技術系の仕事につきたいかという質問に対して、日本の子どもたちは突出して低い結果となっている。

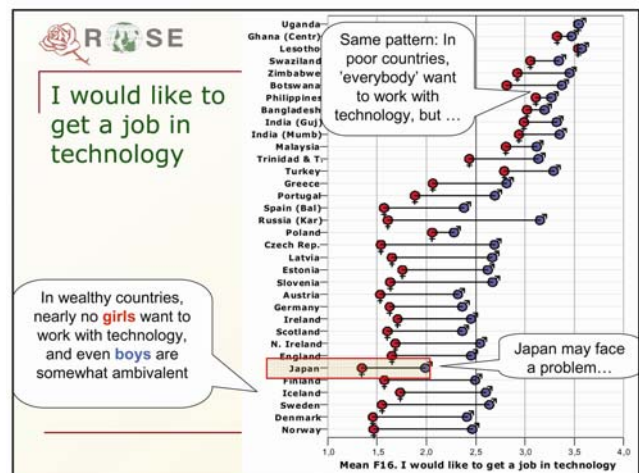
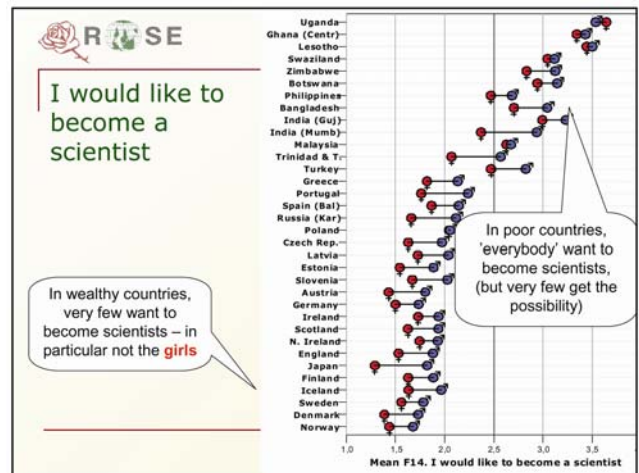


図 3 理科教育に関する国際調査結果 (オスロ大学)

4) 深谷昌志：無気力化する子どもたち，NHK ブックス，1990

「尊敬する大人として両親を挙げる子ども」「職業に対して憧れも持たずに断念する」「将来社会的地位の高い職業につきたいと思わない」「自分に自信がない」など、日本の子どもの意欲が低下している状況を、国際比較を行いながら文化的・社会的背景とともに論考している。

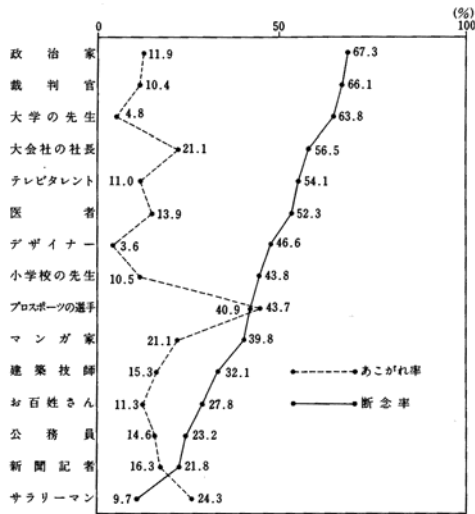


図4 職業へのあこがれと断念 (小学高学年男子)

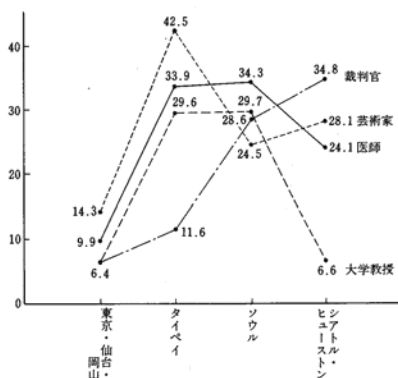


図6 何の仕事につきたいか

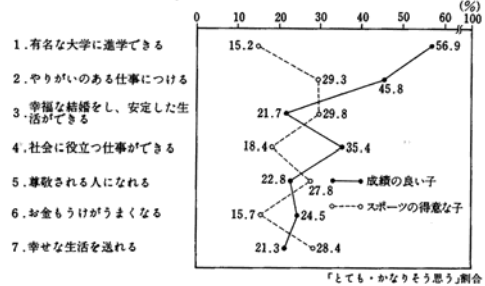


図5 成績の良い子とスポーツの得意な子の未来像

	東京・仙台・岡山		ソウル		台北		シアトル・ヒューストン	
	とても	わりと	とても	わりと	とても	わりと	とても	わりと
よく勉強ができる子	4.5	21.1	8.0	37.1	6.2	29.2	34.7	52.5
友から人気のある子	8.2	26.4	7.1	26.9	12.9	43.0	28.0	54.7
正直な子	8.8	31.1	18.0	49.3	13.4	43.5	29.3	54.9
親切な子	10.8	31.8	20.0	43.3	11.9	41.8	34.0	54.7
よく働く子	14.0	28.6	24.7	42.1	12.4	43.4	36.7	43.8
スポーツのうまい子	15.7	32.1	25.1	39.6	20.7	32.9	37.5	47.1
勇気のある子	15.8	28.6	23.9	35.8	14.8	35.2	39.6	43.3

図7 子どもの自己評価 (小学5年生)

5) 日本青少年研究所：調査高校生の意欲に関する調査—日本・アメリカ・中国・韓国の比較—，2007

「偉くなりたい」と思っている割合は、中国が33%、韓国、アメリカがそれぞれ23%、22%であるのに対し、日本は8%と飛びぬけて低い。その他でも、「平穏な生涯を送りたい」、「のんびりと暮らしていきたい」という意見が他国に比べて高く、「大きな組織の中で自分を発揮したい」や「自分の会社や店をつくりたい」という項目は反対に最も低い結果となっている。

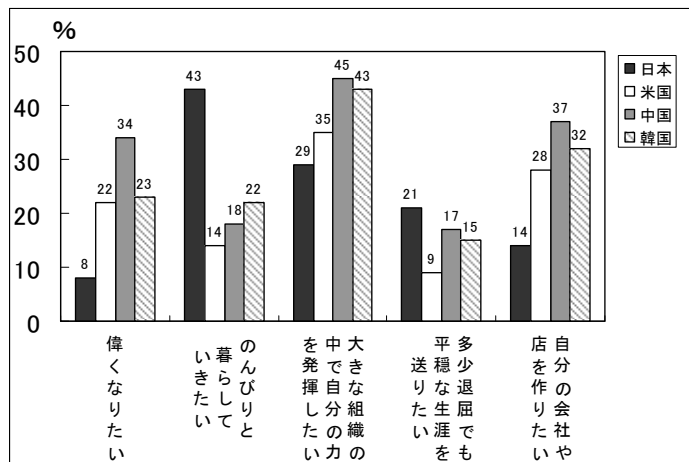


図8 「とてもそう思う」の各国比較

1-1-1 運動能力・体力の変遷

文部科学省の「体力・運動能力調査」は1964年（昭和39年）以来、継続的になされている貴重な資料である。その結果から、以下の問題が指摘される。

1) Nishijima T., Kokudo, S. and Ohsawa, S. :Changes over the Years in Physical and Motor Ability in Japanese Youth in 1964-97, International Journal of Sport and Health Science. 1, 164-170, 2003

形態（身長・体重等）は経年的に大きくなっているが、体力・運動能力の低下は顕著である。

文部科学省の実施している新体力テストは、身体の様々な体力要素を調べるものであるが、その総合点をみると、女子は1978年、男子は1980年をピークに、年々低下の一途をたどっている。

2) 文部科学省：平成17年度体力・運動能力調査報告書，2005

特に顕著な低下を示しているのは、持久走時間（図9）と立ち幅跳び（図10）である。前者は、からだの持久力を、後者は下肢の筋パワーを示すものであり、子どものからだのねばり強さと力強さが低下していることを意味している。このような低下は、どの年齢段階においても、認められている。

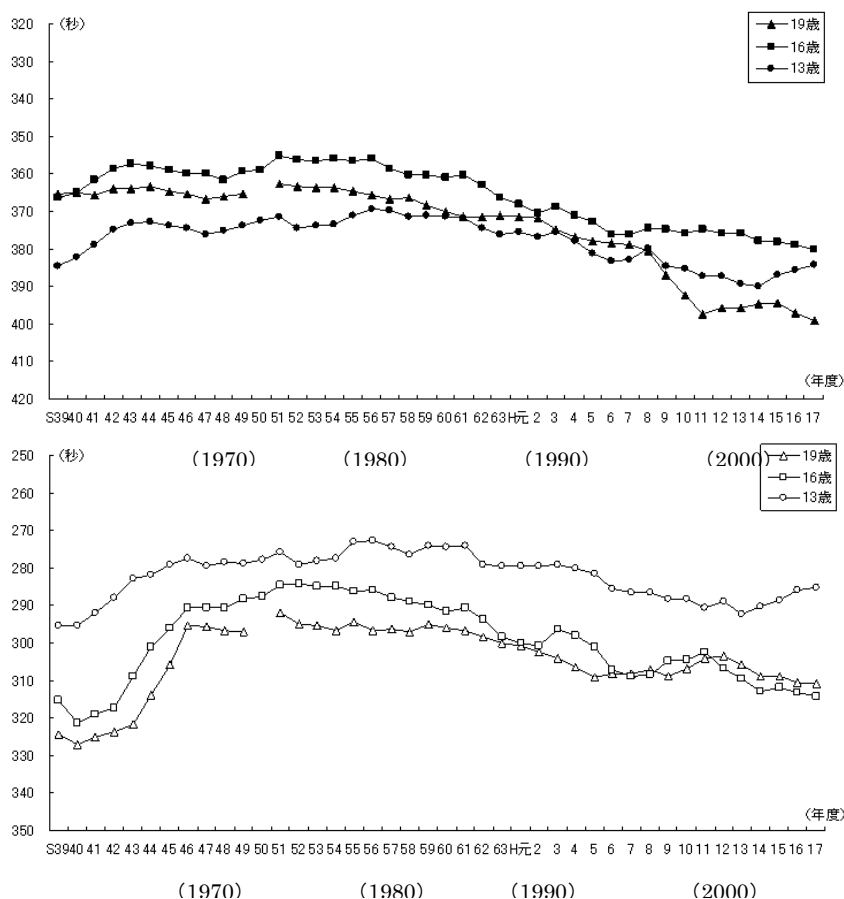


図9 持久走記録の年次推移

上：男子1500m走、下：女子1000m走

（文部科学省平成17年度体力・運動能力調査報告書）

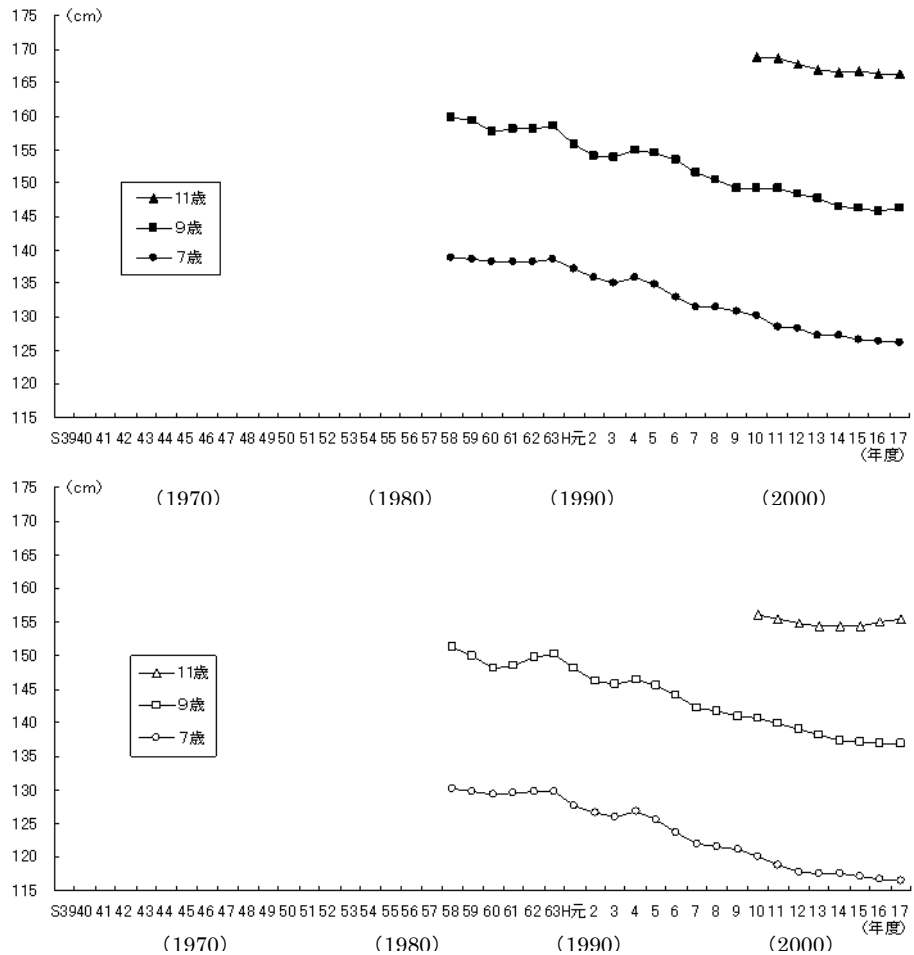


図 10 立ち幅跳びの年次推移（上：男子、下：女子）
（文部科学省平成 17 年度体力・運動能力調査報告書）

3) 文部科学省：平成 17 年度体力運動能力調査報告書，2005

からだを動かしている子どもの体力低下は少ない。

2005(平成 17)年度の子どもの体力・運動能力を 20 年前と比較すると、運動実施頻度に関わらず男女とも低下している。運動実施頻度が「ほとんど毎日（週 3 日以上）」運動する群は、男女とも体力の低下の度合いが小さいが、運動実施頻度の少ない群は、体力の低下の度合いが大きい傾向を示している。

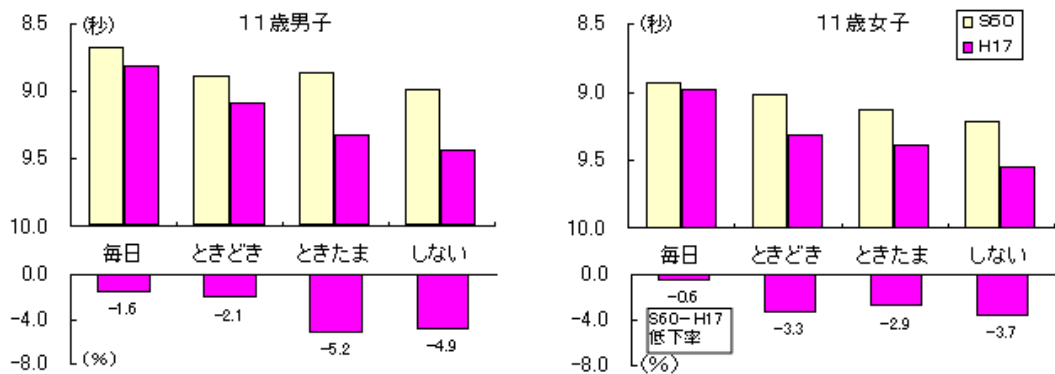
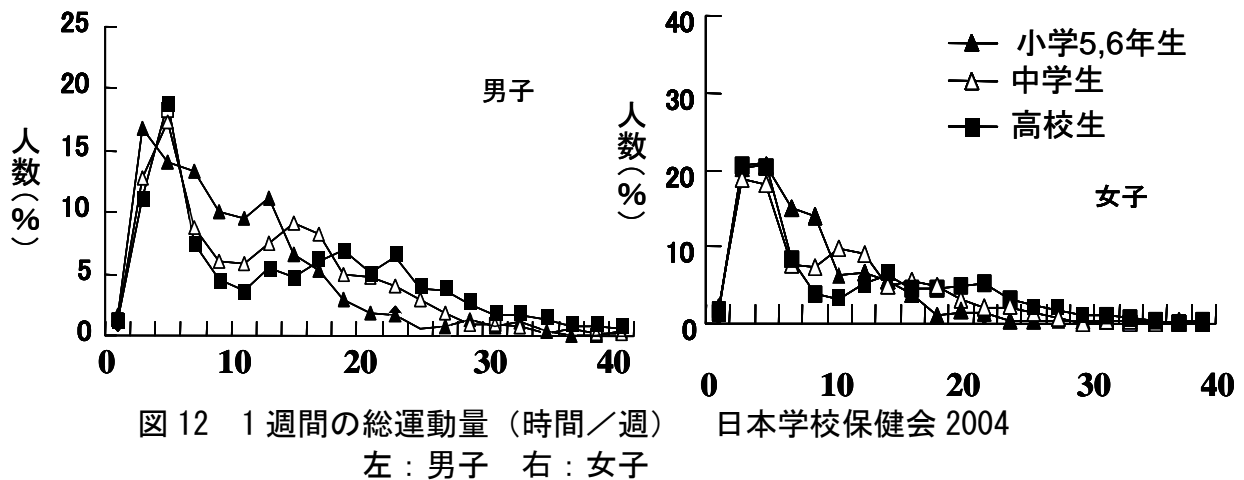


図 11 50 メートル走成績の時代変化と運動頻度の関係

毎日運動している子どもの成績は、20 年間（1985(昭和 60)年から 2005(平成 17)年）の低下が小さく、運動をしない子どもの低下は大きい。（文部科学省 2005）

4) 日本学校保健会：平成 16 年度児童生徒の健康状態サーベイランス事業報告書，2004 身体活動については、非常に活動的な子どもと極めて非活動的な子どもに二極化している。



5) 加賀谷淳子・佐々木玲子・村岡慈歩・清水静代・木村有里・二階堂邦子：幼児の身体活動量と運動能力および健康度との関係，平成 14 年度厚生科学研究報告書，pp48-50，2003

6) 加賀谷淳子・清水静代・村岡慈歩・岡田知雄・西田ますみ・木村有里・大森芙美子：歩数からみた幼児の身体活動の実態 —子どもの身体活動量目標値設定にむけて—，J.Exerc. Sci. 13, 1-8, 2003

親からみて健康度の高い子どもは 10,000 歩以上の歩行をしていることが有意に示されている。

また、両親との運動量についてその相関（図は父と子の関係）をみると、有意に相関が認められ、親のライフスタイルが子どもの活動に影響していることが示されている。

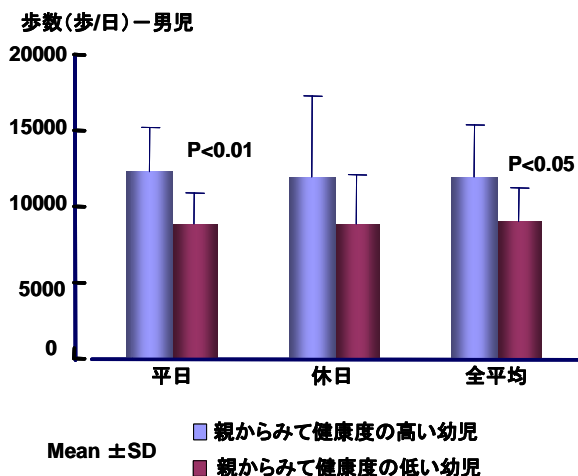
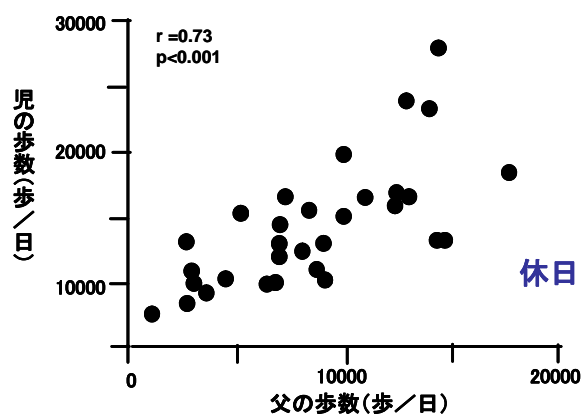


図 13 親から見た幼児の健康度と一日歩数



父の歩数 8250±4280
母の歩数 7970±2740
児の歩数 14700±4820
父の歩数との相関 $r=0.73$ ($p<0.001$)
母の歩数との相関 $r=0.43$ ($p<0.001$)
(松岡による)

図 14 父親と子どもの運動量の相関

7) 子どものからだと心・連絡会議：子どものからだと心白書 2006

全体的に低下傾向であるが、特に小学生（11歳）の運動能力の著しい低下傾向が現れている。

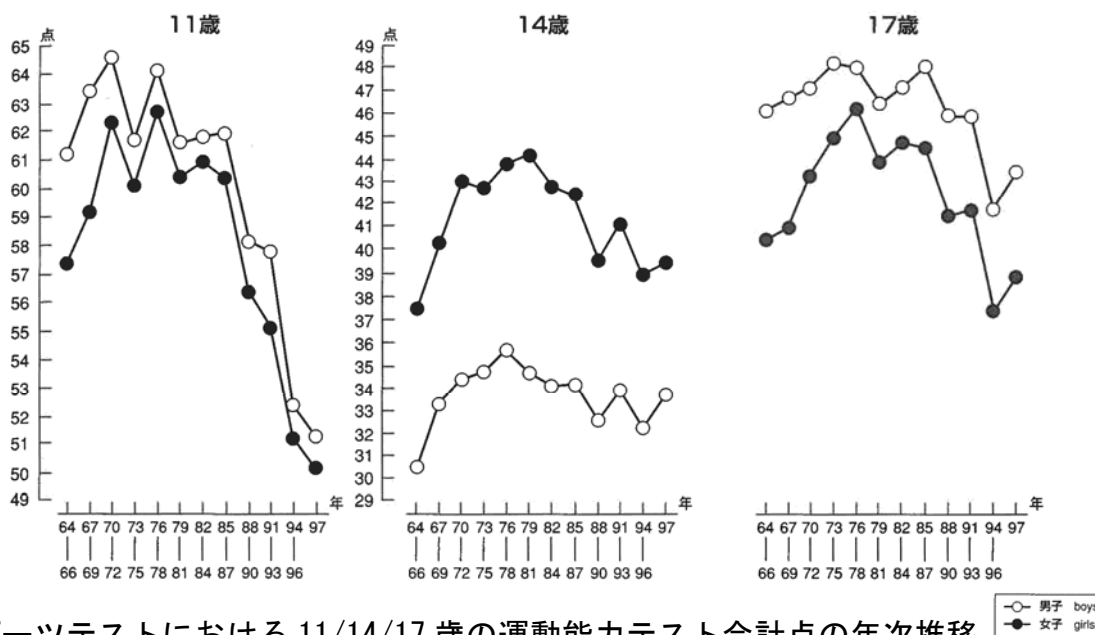


図 15 スポーツテストにおける 11/14/17 歳の運動能力テスト合計点の年次推移
（文部省（'97年当時）『体力・運動能力調査報告書』から）

8) 平成 17 年度食育推進施策（食育白書），2005

子どもの食事内容にも熱量、脂質（特に動物性脂肪）の過剰摂取、野菜の摂取不足を招いている。また、ファーストフードの流行も熱量、脂質の摂取増大を引き起こしている一因である。子ども達の食事のエネルギー構成比は、現在脂質が 30%前後にも達しており、子どもの肥満や生活習慣病の増加の大きな原因となっている。

9) 子どものからだと心・連絡会議：子どものからだと心白書 2006

肥満傾向は男子で 11 歳が最も多く 11.25%、女子も 11 歳で 9.65%となっている。

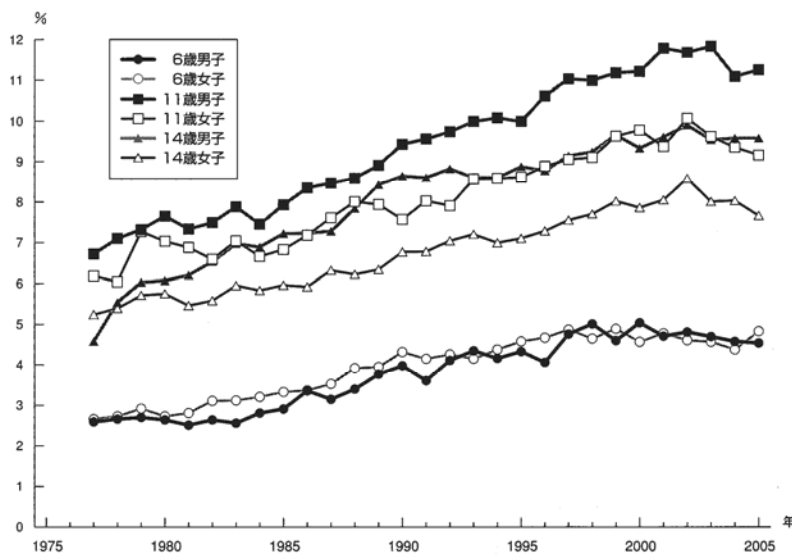


図 16 6/11/14 歳児における肥満傾向児出現率の年次推移（1977～2005）
（文部科学省『学校保健統計調査報告書』から）

1-1-2 幼稚園児に必要な運動量

1) 前橋明・石垣恵美子：幼児の健康管理—保育園内生活児の幼児の活動内容と歩数の実態, 聖和大学論集, 第 29 卷, 2001, pp. 77-85

岡山県 4 歳児 186 名 2 年間の幼児の歩数を調査。保育園での室内の遊び<戸外の遊び<「土手遊び」<保育者が子どもと一緒に遊びという展開であった。

2) 加賀谷淳子, 清水静代, 村岡慈歩他：歩数からみた幼児の身体活動の実態：子どもの身体活動量目標値設定にむけて. J Exerc Sci 2003; 13: 1-8.

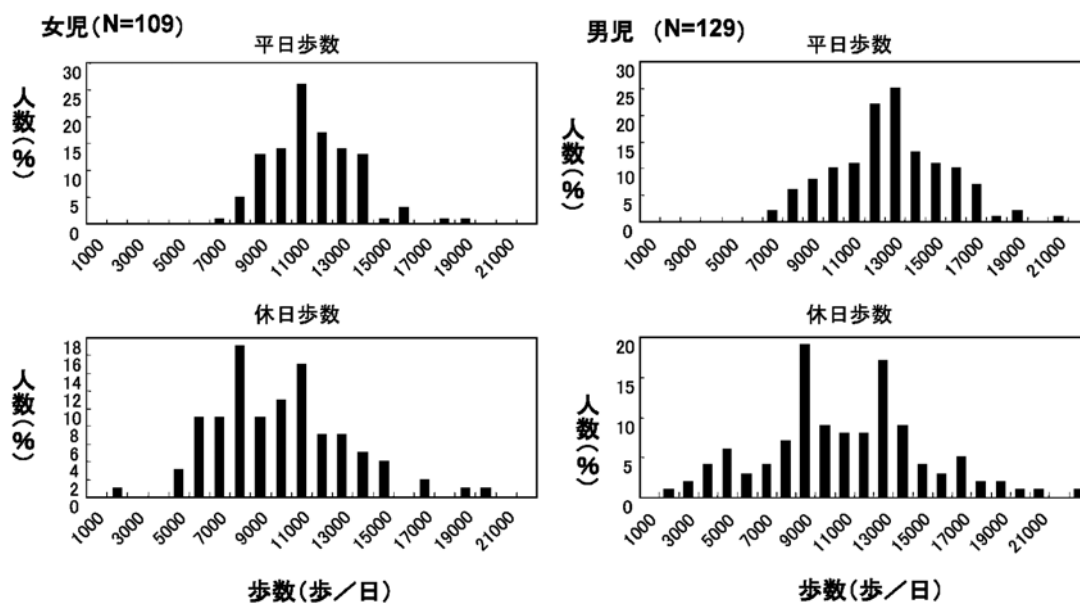


図 17 平日と休日の幼児（4～6 歳児）の歩数分布

1-2-1 不登校の発生状況の変化

1) 文部科学省：平成 18 年度学校基本調査，2006

現代の子どもたちの健康を考える上でもう一つの大きな問題は心の健康である。いじめや不登校、保健室登校等の子どもが多く存在することが、子どもの心に健康でない状態が生まれていることを示している。

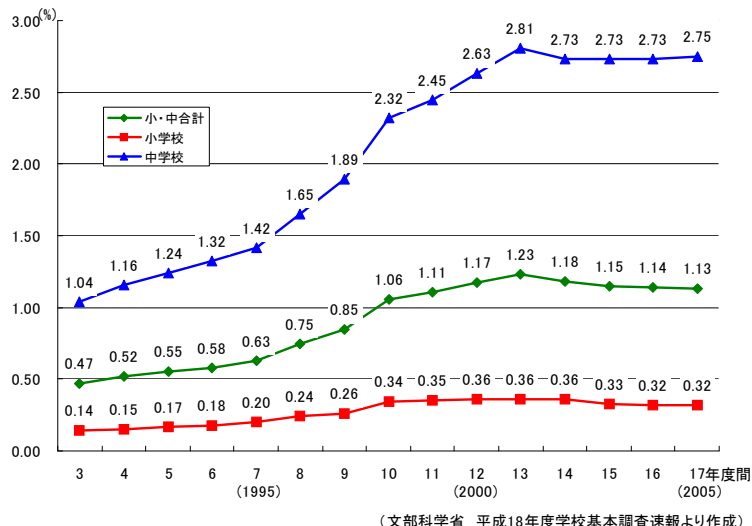


図 18 全児童・生徒数に占める「不登校」の比率

2) 子どものからだと心・連絡会議：子どものからだと心白書 2006

(データ出典：文部科学省調査より)

白書によると、「いじめの発生件数・発生率共に増加傾向を示しているのは高等学校」である。「小中学校ではわずかに減少し、調査開始以来最低値を示しているが、いじめによる自殺の報道は続いている」とある。一方、「文部科学省の調査によるといじめを主な理由とする自殺件数は1999年～2005年までゼロ」となっており、「報告と現状との矛盾を明らかにする必要がある」と指摘している。

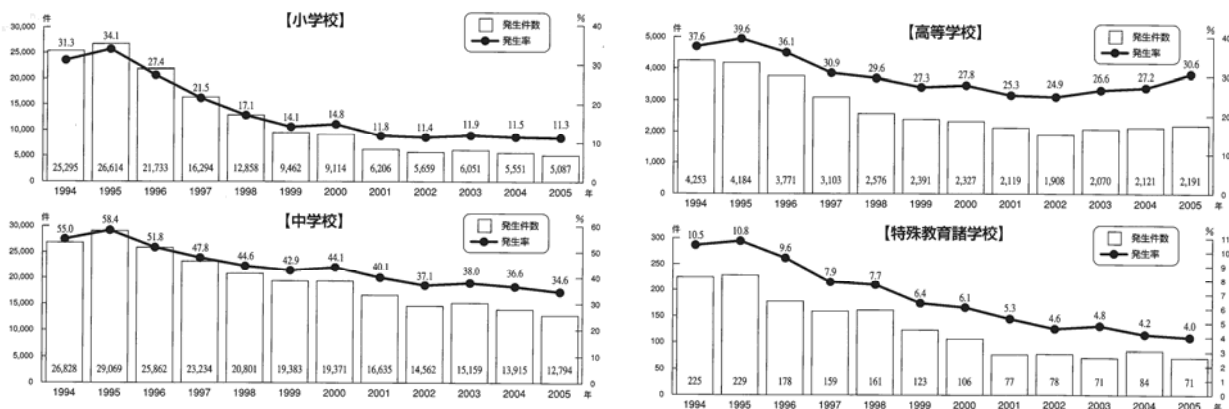


図 19 小・中・高校・特殊教育諸学校におけるいじめの状況
(文部科学省調査から)

3) 子どものからだと心・連絡会議：子どものからだと心白書 2006

(データ出典：文部科学省「学校基本調査」より)

中学生だけでなく、小学生でも 2005 年に長期欠席の理由で、不登校が病気を超えている。

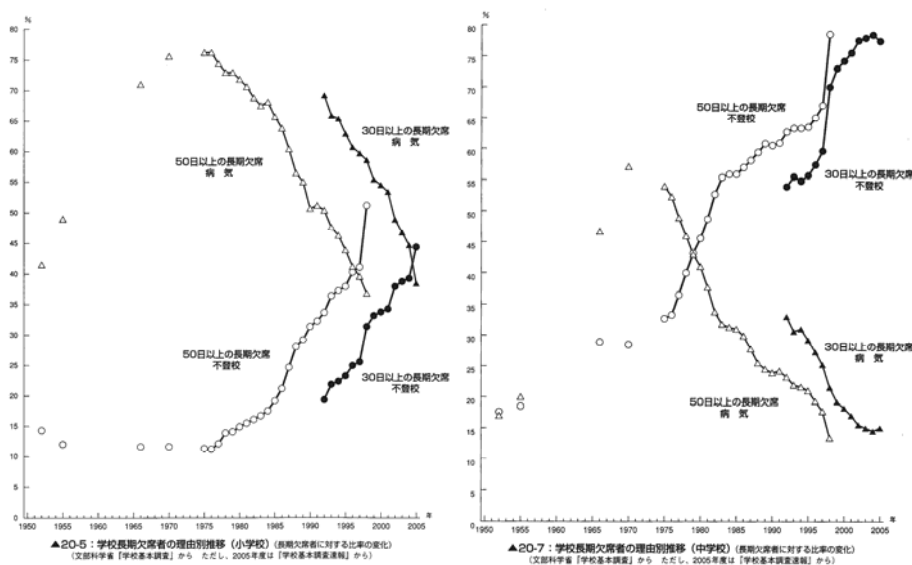


図 20 長期欠席者の理由別推移 (小学校・中学校)

4) (財) 日本学校保健会：学校保健の動向 平成 14 年度版, 2002

「学校に行けない、学校に行きたくない」、そんな不登校の子どもは全国で 13 万人。小さなココロに大きな悩みやストレスを抱えている子どもたちが大勢います。

また、学校へは行ったものの一日の大半を保健室で過ごす「保健室登校」も急激に増加しています。いま、養護教諭には、カラダとココロの両面に対応する相談相手として、新たな役割が求められているのです。(日本学校保健会HPより引用)

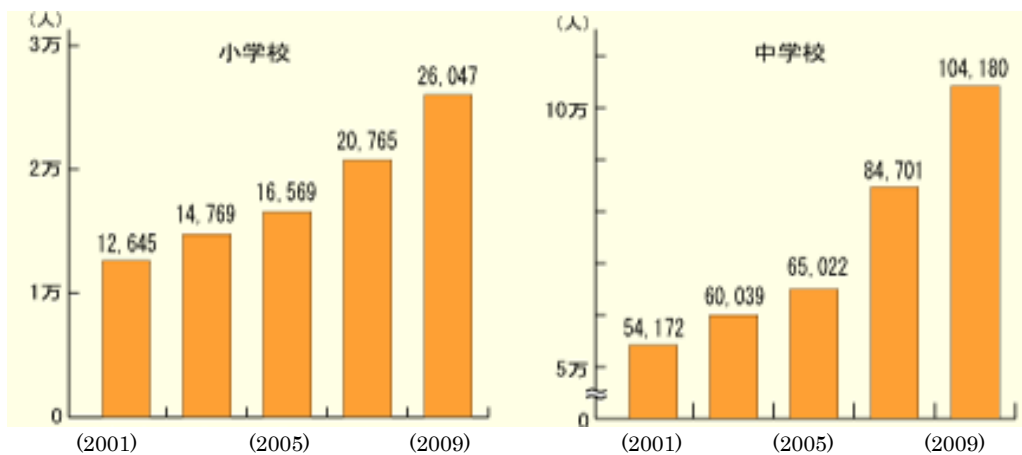


図 21 不登校児童生徒 (30 日以上欠席者) 数の推移

5) 子どものからだと心・連絡会議：子どものからだと心白書 2006

(データ出典：文部科学省調査より [2005年8月現在])

校内暴力の発生件数について、中学校は95年頃から2000年までの急増に比べ、2002年以降は件数は多いものの徐々に減少傾向にある。高校は97年以降増加しているが2002年以降は5000件程度で推移し、大きな変化はない。これに対し、件数が少ないとはいえ小学校が2002年の約1,200件から2005年には2,000件を超え、1.6倍以上に急増している。この点に着目し、早期に増加を食い止めなければならないとしている。

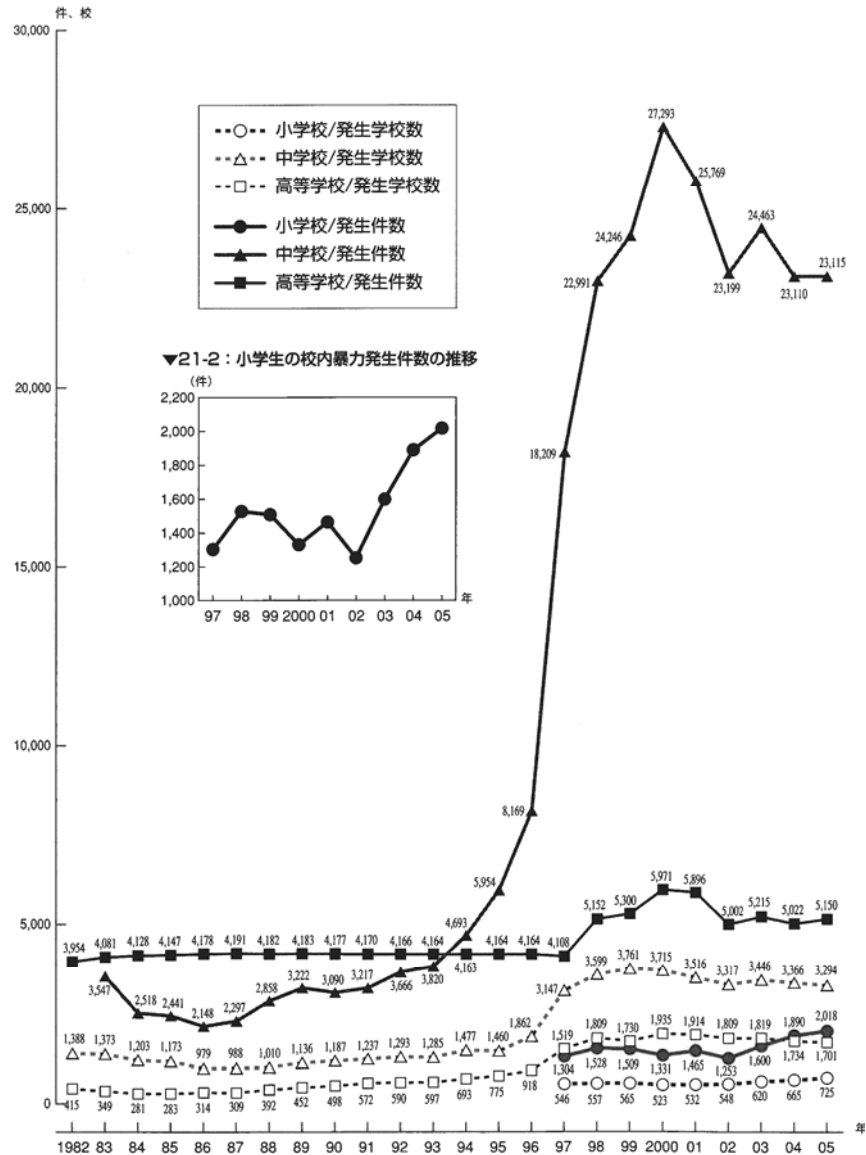


図 22 暴力行為（学校内）の発生状況
(文部科学省調査から、2005年8月現在)

6) 清水一彦他（編）：最新教育データブック，2006

文部科学省の資料では、自殺の主たる理由について分類している。それによれば、6割以上が自殺の原因として理由の特定できない「その他」を青少年の遺族や周囲の人々が選択している。自殺した当事者（子ども）の死ぬほどの苦しみを、家族や周囲の人々が察知したり、理解したりすることが、いかに困難であるかを表している。

7) 子どものからだと心・連絡会議：子どものからだと心白書 2006

統計上は横ばいとなっているが、「遺書」があって明確に自殺と認定された子どもの統計となっており、その他は「不慮の事故」として扱われている。

表 1 5～19 歳にみる自殺率の年次推移

年度	5～9歳		10～14歳		15～19歳	
	自殺数	自殺率	自殺数	自殺率	自殺数	自殺率
1950	—	—	2	0.0	1,310	15.3
55	3	0.0	88	0.9	2,735	31.7
60	1	0.0	62	0.6	2,217	23.8
65	—	—	46	0.5	806	7.4
70	—	—	55	0.7	702	7.8
75	1	0.0	88	1.1	788	9.7
80	2	0.0	53	0.6	599	7.3
81	—	—	87	0.9	526	6.5
82	2	0.0	74	0.8	496	5.9
83	1	0.0	91	0.9	560	6.5
84	1	0.0	66	0.7	485	5.5
85	4	0.0	81	0.8	453	5.1
86	3	0.0	123	1.2	659	7.0
87	3	0.0	66	0.7	490	8.1
88	2	0.0	77	0.8	476	4.8
89	—	—	63	0.6	443	3.5
90	—	—	47	0.6	381	3.8
91	—	—	36	0.4	371	3.8
92	1	0.0	83	1.0	407	4.3
93	—	—	50	0.6	381	3.9
94	2	0.0	74	1.0	453	5.1
95	—	—	66	0.9	423	5.0
96	—	—	64	0.9	400	4.9
97	4	0.0	49	0.7	389	4.9
98	1	0.0	93	1.3	610	7.9
99	1	0.0	72	1.1	540	7.1
2000	—	—	74	1.1	473	6.4
01	1	0.0	60	0.9	481	6.6
02	—	—	37	0.6	410	5.8
03	1	0.0	64	1.1	503	7.3
04	—	—	49	0.8	500	7.5

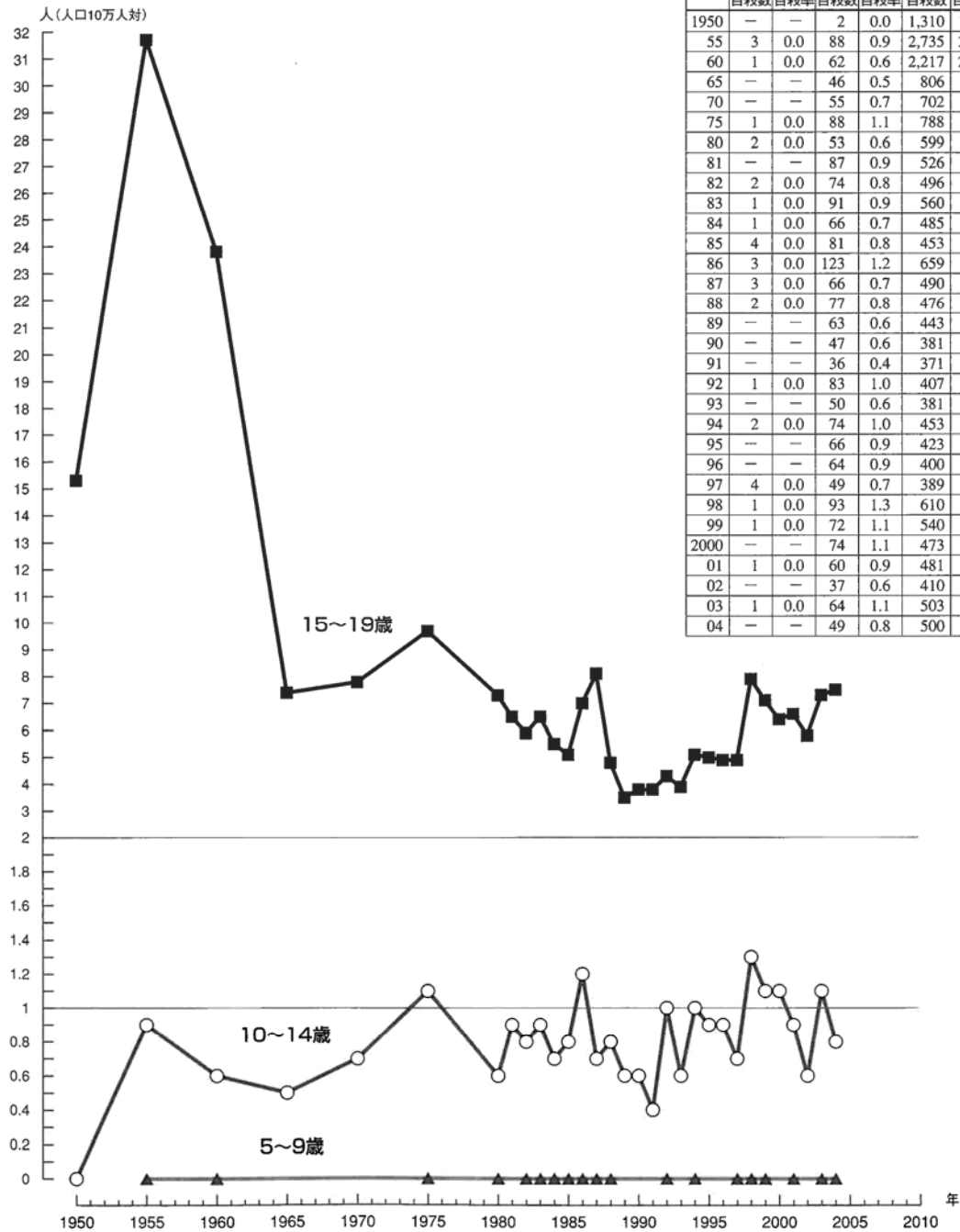


図 23 5～19 歳にみる自殺率の年次推移（厚生労働省『人口動態統計』から）

2-0-1 子どもの外遊び空間の減少

1) 仙田満：環境デザイン講義，彰国社，2006

(原典)

- ・昭和49年トヨタ財団助成研究：児童の遊び環境とスラムの調査開発研究報告書，1976
- ・仙田満：こどものあそび環境，筑摩書房，1984
- ・岡田英紀，仙田満：都市化によるこどものあそび環境の変化に関する研究－横浜市における経年比較調査，都市計画論文集26，pp61-66，1991
- ・仙田満，三輪律江，岡田英紀，渡辺拓，矢田努：日本における1975年頃から1995年頃の約20年間におけるこどものあそび環境の変化の研究，都市計画211，pp73-80，1998

子どもの遊び空間を例にとると、1955年頃から1975年頃までの20年間で、大都市では約1/20、地方都市では約1/10になるという激しい量的減少をみるが、自然スペースの減少は著しく、約1/80への激減であった。1995年頃までのその後の20年間でも減少は続き、さらに1/2～1/4になっていることが示されている。

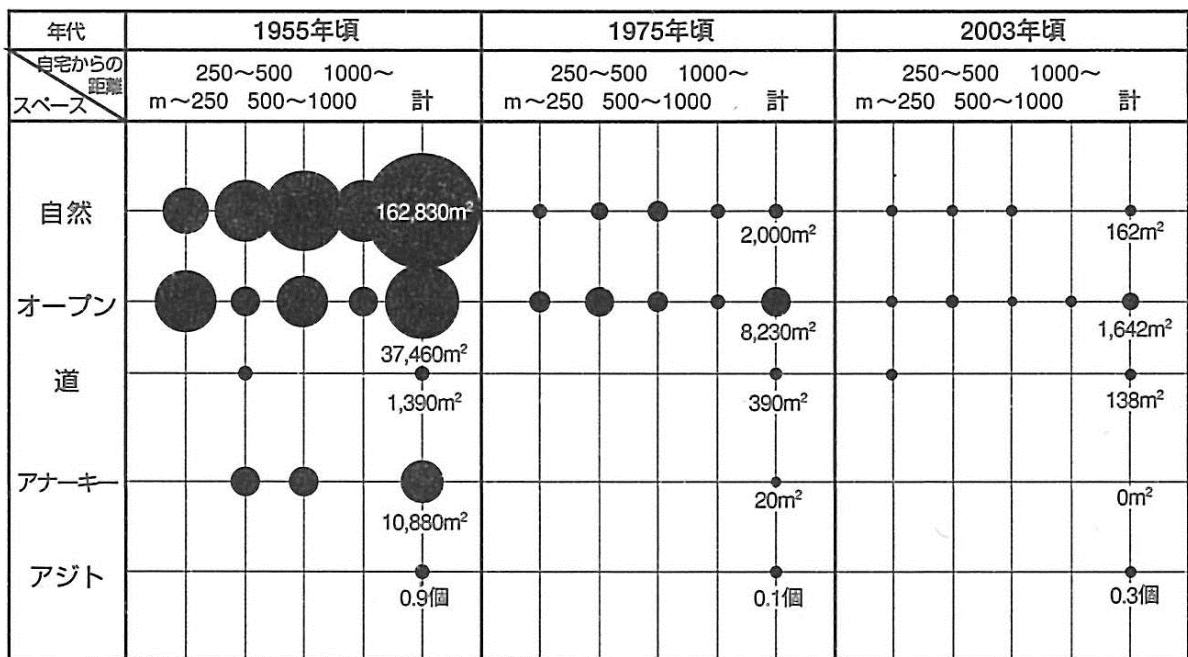


図24 横浜におけるあそび空間量の変化

2) 仙田満：こどものあそび環境，筑摩書房，1984

こどものあそび環境を下表のように6つのあそび空間に分類している。

また「こどものあそび場を現象的に捉えると、学校の校庭、公園、神社境内など、場所を羅列していくことができるが、それらは単に物理的な場所を示すだけで、子どもがそこで何をするのか、どういう風にしてあそぶのかという、子どもの遊び行為を明らかにしていない。ここでいう6つの遊び空間は、特定の物理的場所を指すのではなく、こどものあそびの行為のイメージを持った実体的空間」であるとしている。

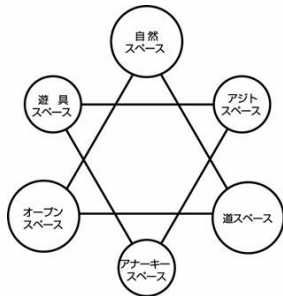


図 25 6つのあそび空間

表 2 6つのあそび空間の条件

あそび空間	あそび場の状態	あそび場
自然スペース	木、水、土を素材として生き物がいる状態	山、川、田畑、水路、森、雑木林等
オープンスペース	広がりがある状態	グラウンド、広場、空地、野球場、原っぱ等
道スペース	人が通る道がある状態	道路、路地等
アナーキスペース	混乱し、未整理な状態	焼跡、城跡、工事現場、材料置場等
アジトスペース	秘密の隠れ家の状態	山小屋、洞窟、馬小屋等
遊具スペース	遊具がある状態	児童遊園、遊具公園等

2-0-2 内遊び傾向の増大

1) 仙田満：環境デザイン講義，彰国社，2006

原典：仙田満，岡田英紀：こどものあそび環境の構造的変化に関する研究，日本都市計画学会学術研究論文集 28，pp763-768，1993

こどものあそびが1960年代に外あそびに対して内あそびが多くなった原因について、テレビの出現がその大きな要因であることを指摘している。

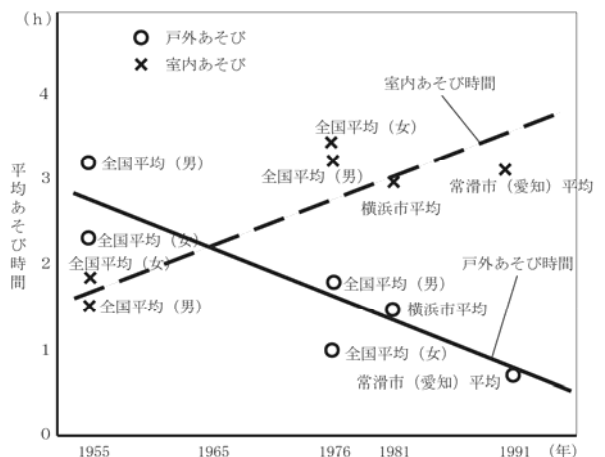


図 26 あそび時間の変化

2-1-1 テレビ視聴時間

清川輝基：メディア環境と子どもの育ち，チャイルドヘルス，9(9)，624-629，2006

清川氏は1953年にテレビ放送が始まり激変した文化状況と子どもの発達について、「テレビ以前の1941年の国民生活調査による小学5年生の生活時間で、「外あそび」は1時間46分、「家の手伝い」は1時間21分であり、雑誌やラジオのメディア接触は30分であった。(中略) テレビが普及した1967年(民放は1局のみ)の調査では、テレビ視聴時間の平均は平日で2時間21分、日曜日は4時間であり、平日4時間以上視聴する子どもが1割に達していた。」と指摘している。

2-1-2 幼児とテレビの接触時間

NHK放送文化研究所：1歳児の映像メディア接触時間量の調査，2005

現在の乳幼児のテレビ・ビデオの接触時間は0歳で3時間47分、1歳で4時間2分と報告がある。

2-1-3 こどものテレビ視聴時間

厚生労働省大臣官房情報部：21世紀出生児横断調査2004・2005

3歳6か月児では約半数の子どもが2時間以上テレビを見ており、そのうち8%の子どもは4～5時間以上見ていると指摘している。

2-1-4 子どものテレビ視聴時間（国際比較）

中央教育審議会：次代を担う自律した青少年の育成に向けて－青少年の意欲を高め、心と体の相伴った成長を促す方策について－（答申）平成19年1月30日

小学生、中学生の視聴時間は諸外国と比較しても長くなっている。特に小学生において差異が顕著であり、適切な視聴時間となるよう大人がある程度制限をしているとも推察できる。

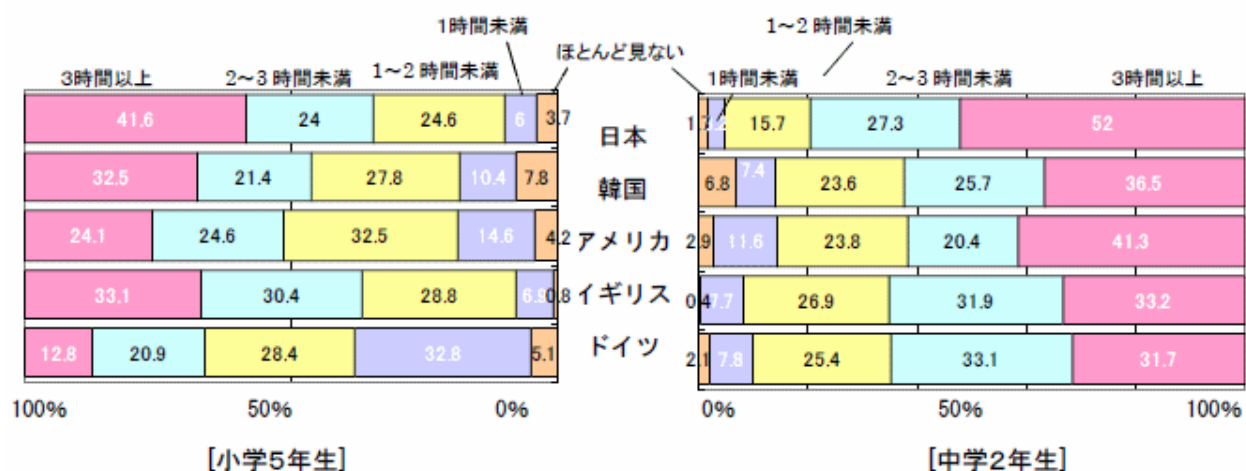


図27 子どものテレビ視聴時間

出典：子どもの体験活動研究会：『子どもの体験活動等に関する国際比較調査』

2-1-4 コミュニケーションの問題点（澤井遵ら2005）

澤井遵・浅野純一・藤本保・穴倉迪彌・佐藤惇・秋山千枝子・伊藤幸生・大庭敏夫・藤岡雅司・磯崎光久・河村一郎・石黒成人・丹野兼夫・蔭山尚正・神川晃・大林和彦・保科清・日本小児科医会調査委員会：子どもとメディアに関する意識調査－乳幼児期のテレビ・ビデオ長時間視聴が子どもの発達・行動に及ぼす影響－，日本小児科医会会報，30, 113-119, 2005

就学前幼児でテレビ視聴3時間以上の群は「会話が一方的になる」「気に入らないと物を嘔んだり投げたりする」「落ち着きがない」「言葉が遅れている」が有意に多かった事を報告している。

2-1-5 行動上の問題点（谷村雅子ら1995, 加藤亜紀ら2005）

- 1) 谷村雅子, 松井一郎, 谷龍哉, 小林登：幼児・障害児へのテレビの影響の実態と家庭の環境, 小児保健研究 54: 376-384, 1995
- 2) 加藤亜紀, 高橋香代, 片岡直樹：テレビ・ビデオの長時間視聴が幼児の言語発達に及ぼす影響, 日本小児科学会雑誌 108: 1391-1397, 2004

- 3) Christakis DA, Ebel BE, Rivara FP, Zimmerman FJ: Television, video, and computer game usage in children under 11 years of age. J Pediatrics 145: 652-656, 2004

テレビ・ビデオの長時間の視聴は、人と人との間の能動的な関わりや自然との直接的な体験をする機会を失わせ、その結果、受動的な生活姿勢、運動不足、肥満、衝動的行動の増加、喫煙率の増加、コミュニケーション能力の低下、発語の遅れなどを招くことが明らかにされている。

2-1-6 生活リズムへの悪影響

服部伸一・足立正・嶋崎博嗣・三宅孝昭：テレビ視聴時間の長短が幼児の生活習慣に及ぼす影響，小児保健研究 63, pp516-523, 2004

テレビ・ビデオの長時間の視聴により、子どもの就寝時刻が遅くなり、就寝・起床のリズムが不規則になり、食習慣や排便習慣が悪化するなど、子どもの生活習慣にも悪影響を与える。

2-3-1 メディア教育の重要性についての勧告（アメリカ小児科学会 1999）

American Academy of Pediatrics Committee on Public Education: Media violence, Pediatrics 108, 1222-1226, 2001

米國小児科学会は 1992 年に「2歳未満の幼児にはテレビを視聴させない。2歳以上の幼児には1日に2時間以上テレビやビデオを視聴させない」ことを勧告している。

2-3-2 乳幼児のテレビ視聴に関する提言（小児科学会 2004）

日本小児科医会「子どもとメディア」対策委員会：「子どもとメディア」の問題に対する提言 <http://www5d.biglobe.ne.jp/~k-media/proposal01.pdf>.

日本小児科医会は 2004 年に「2歳までのテレビ・ビデオの視聴は控える。授乳中・食事中のテレビ・ビデオ視聴を止める。メディアへの接触は1日2時間までにする。子ども部屋にはテレビ、ビデオ、パソコンをおかない。保護者と子どもでメディアを上手にあつかうルールをつくる。」などの提言を行い、メディアへの接触が子どもの成長に影響を及ぼす危険性に対して養育者の配慮が必要なことを訴えている。

2-3-3 テレビ視聴の制限によつての改善事例

家島厚：テレビを消すことによつて言葉の発達の遅れが改善されたケース，チャイルドヘルス，9(9), 630-632, 2006

言葉の遅れ、多動等で受診した子どもと家族にテレビ視聴を止める処方をしたところ、多くの事例で「親の側に寄ってくるようになった。視線が合うようになり、見てみてなどの感情表現が増えた。指示に従えるようになった。言葉が増加した。落ち着きが出てきた。おもちゃであそべるようになった。」など急激な変化を報告した。家島はテレビを見ていると親子で視線を合わせる機会が奪われ、親も子どもの訴えを受け止めることが下手になる。子どもも感情表現や共感の経験が乏しくなり、情緒発達の遅れた子どもが増える結果となり、親も自信を持って育児をすることができないと指摘している。

2-3-4 テレビ・ビデオゲームの禁止による健康回復事例

田澤雄作：テレビ・ビデオ・テレビゲームと慢性疲労,そして不登校,チャイルドヘルス, 9(9), 633-636, 2006

昼夜のリズムが逆転し熟睡が得られない「慢性疲労」の中核に行き過ぎたメディア接触が有ると指摘する。幼児～中学生の慢性疲労を含む多様な状態に対し、テレビ・ビデオ・ゲームの禁止と疲労を回復させる処方をしたところ、多くの事例が健康を取り戻したことも報告している。

2-3-5 子どものメディア接触と心身の発達 (井上豊久 2005, 2006)

NPO 法人子どもとメディア：「子どものメディア接触と心身の発達に関わる調査・研究」2005 年度事業報告書, 2006 (調査企画・実施・分析検討委員会責任者：井上豊久[福岡教育大学福祉社会教育講座教授])

メディア接触と心身発達に関して、以下のような傾向があることを指摘している。

- 1)メディア接触をコントロールする取組を行っている学校は、行っていない学校と比べると、良い生活習慣を持っている子どもや自尊心が高い子ども達が多い。
- 2)メディア接触時間が短いほど自己肯定感が高く、生命感について肯定的なイメージを持つ子どもが多い。
- 3)幼児期にメディア接触をコントロールした子どもは、していない子どもと比べて児童期の就寝時間や「学び」、メディア習慣、共感性などに関して特徴的な差異がある。

3-1-1 子どもの遊び方法の変遷 (仙田 1984, 1998a, 2006a, 仙田ら 2001)

1)仙田満：環境デザイン講義, 彰国社, 2006, pp. 110-113

この4,50年の間にこどもの遊び環境の変化に最も影響を与えたのはあそび方法です。1960年代のテレビ、1980年代のテレビゲーム、そして2000年以降のパソコン・携帯電話という、この3つのツールによって日本のこどものあそび環境は著しく変わってきました。テレビ、テレビゲームというのは世界各国どこでも同じようにあります。日本のこどもたちだけがどうしてそんなに夢中になってしまったのか。これは空間が関係しています。こどもたちは外あそびの方が楽しいし、面白いはずですが、その空間や場が乏しいためにそれを体験するチャンスを失っているのです。

2)仙田満：こどものあそび環境, 筑摩書房, 1984, pp. 83-88, 217-221, 229-232

同 (復刻版), 鹿島出版, 2009, pp. 81-86, 210-212, 221-224

あそびの分類、あそびとあそび空間の関係、あそび方法の変化などを論じる。

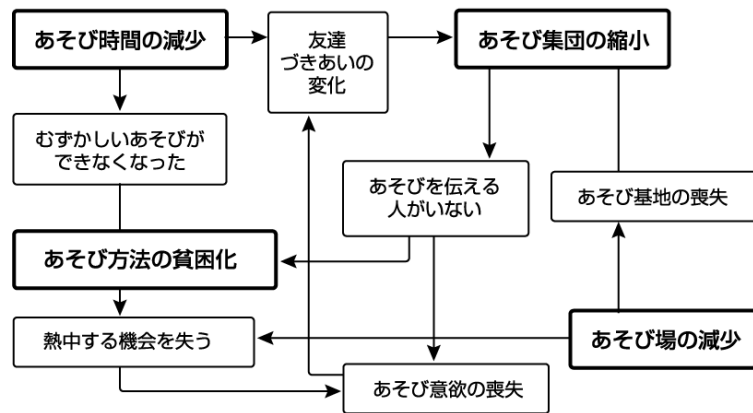
3)仙田満：環境デザインの方法, 彰国社, 1998, pp. 250-252

こどものあそび環境の変化 (1955年頃～1995年頃) を論じる。あそび方法の変化についてみると、1982年 (昭和57年) 以降のファミコンの普及により、特に男子におけるファミコン、パソコン (あそび) の急増が大きな変化として挙げられる [表12]。これは、第一の変化で出現したテレビと同様に、外あそびから内あそびへの以降による外あそびの貧困化の主要な要因と考えられる。これらとともに、自転車、一輪車、ローラーブレードのような乗り物あそび、そして遊具あそびといった個人的あそびが多くみられるようになったことは近年における重要な質的变化のひとつとして指摘される。

3-1-2 遊び環境の悪化の循環

仙田満：こどものあそび環境, 筑摩書房, 1984

遊び時間がないから、遊び集団が形成されにくく、遊び集団がないから遊びが希薄になり、そのために遊びの意欲がなくなり、それがまた遊び時間を少なくするという悪化の循環構造を示している。



※ → は、影響を与えるものから与えられるものへ

図 28 子どものあそびの悪化の循環

3-1-3 「子どもの世界」の縮小

佐々木宏子：遊誘財, 研究紀要第 43 集, 「遊誘財データベースの構築に向けて」 鳴門教育大学附属幼稚園, 2009, pp. i - iv

歴史的に伝承・保存された環境と、その環境を通して行われる遊びがセットになって継承されているものを「遊誘財」と命名している。異年齢の子ども同士がお互いに自由に触れ合え、遊び方を相互に学んだり、行事などで協同したりする時間がそこで保障されれば、保育は子ども中心に自己展開を始める。さらに、自然空間、建築空間なども、子どもにより世代から世代へと遊び込まれ、意味づけられ、成長、発展を続けてゆく。山も川も鎮守の森も、林や海や大きな自然公園も、子どもが手に触れるものはすべて変容し、その子、その子の独自の姿（イメージ）に変えられてゆくのであり、その変容の過程こそが子どもが育つ過程と考えられる。優れた誘遊財は、子どもたちに以下のような流れで遊びを誘発するものと考えられる。

- 1) 好奇心や興味を刺激し
- 2) 自発的に対象を操作することで対象に変化を引き起こし
- 3) その変化に「なぜだろう？」と考えることをはじめ
- 4) 何かの因果関係やつながりなどに気づきはじめ
- 5) 驚き、好奇心、感動が生まれはじめ
- 6) その繰り返しのなかで知識や技術、思考方法を獲得しはじめ
- 7) そのような仮定（過程）を何度も繰り返すことで、目的をもって取り組むことをはじめ
- 8) 目的が達成されると達成感や精神的充実感により自信や有能感を持ちはじめ
- 9) 自分たちがどのような可能性をもっているかが分かりはじめ
- 10) それらのサイクルが友達同士で行われることで人間関係を理解し関係を調整する力が形成されはじめ

- 11) 協力や協同の能力が育ちはじめ
- 12) 組織・集団（社会）に参加することの大切さや必要性を身につけはじめ ...
（等々）

子どもが根気よく遊誘財で遊び続けると、ある日突然、大人も驚くような新しい形の遊びが産物として現れる。子どもの好奇心と情熱と忍耐力から生まれるこのような遊びの頂点が「まつり」である。子どもは大人から切り離されたところでもっと独自の「まつり」体験を持つべきである。

3-1-4 子ども時代に体験の少ない親

原田正文：子育ての変貌と次世代育成支援, 名古屋大学出版会, 2006

乳幼児期に天気の良い日に外で遊ばせる親は大きく減少している。

10 か月健診 1980年 41.7%→2003年 30.0%

1歳6 か月児健診 1980年 66.4%→2003年 56.5%

3歳児健診 1980年 74.1%→2003年 57.2%

子育て実態調査 1980年大阪A市で生まれた 2000名の経年調査、2003年兵庫県H市約2600名の調査。

大阪の分析結果から、天気の良い日に外で遊ばせるかどうかは、地域特性、住環境、住宅形態などとはほとんど相関がなく、母親の外で遊ばせようという意志の有無による。

3-1-5 遊びの伝承・保存の構築

- 1) 佐々木宏子：誘遊財—創造的な遊びを誘発する歴史的・文化的環境—, 研究紀要第38集 「保育の質を問う—遊誘財について考える」, 鳴門教育大学附属幼稚園, 2004, pp. 77-80.
- 2) 佐々木宏子：幼稚園の中で誘遊財はどのように創られ継承されるのか, 研究紀要第39集 「保育の質を問う—遊誘財について考えるⅡ」, 鳴門教育大学附属幼稚園, 2005 pp. 109-115

乳幼児期の遊び (Play Literacy) が子どもの発達に及ぼす影響について、鳴門教育大学附属幼稚園の実践を踏まえた共同研究の中で、誘遊財 (Play Resource) という概念を創出しましたが、誘遊財とは伝統的な教材 (Teaching Material) とはまったく異なり、子どもたちの遊ぶ能力 (Play Literacy) を育むための環境作りであり精神的・物質的財産です。子ども達の遊ぶ能力 (Play Literacy) とは、「自分たちで目標を決め、自分たちで必要な知識を集め考え、遊び活動の中で自分たちの可能性を発見・発達させることです。また、遊ぶことへの能力は効果的に社会に参加するために、子ども同士がお互いの人格を理解し、協力する能力を育むものである」とも考えています。

(出典：<http://www.tv-naruto.ne.jp/tn1658823/pro.html>)

3-1-6 遊び方の記録

加古里子：伝承遊び考【全4巻】，小峰書店, 2006～2008

〔絵かき遊び考 (2006), 石けり遊び考 (2007), 鬼遊び考 (2008), じゃんけん遊び考 (2008)〕

3-1-7 遊びを支える関係の再構築

1) 早川たかし:子どもイタズラ村づくり—遊酔亭日記・富山県八尾の山里より(改訂版), 教育史料出版会, 2007

子どもイタズラ村・NPO 法人「子ども遊ばせ隊」の事例(ゲーム潰けも視野に)。

2) 渡辺義彦:公民館を遊ぶ, 径書房, 1988

3) 北島尚志・宮里和則:忍者街を走る—ファンタジーを遊ぼう、いかだ社、1988

3-3-1 子どもの体力低下傾向

1) 日本学術会議 健康・生活科学委員会 健康・スポーツ科学分科会:提言 子どもを元気にするための運動・スポーツ推進体制の整備, 2008. 8

2) 文部科学省:平成 20 年度全国体力・運動能力, 運動習慣等調査報告書(小学校・中学校), 2009. 1

http://202.232.86.81/b_menu/houdou/21/01/___icsFiles/afieldfile/2009/01/21/1217980_2.pdf

3) 文部科学省スポーツ・青少年局生涯スポーツ課:平成 20 年度全国体力・運動能力, 運動習慣等調査結果について【概要版】

http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/21/01/___icsFiles/afieldfile/2009/01/21/1217980_2.pdf, pp. 25-28

昭和 60 年度の体力水準との比較

比較可能な種目について、昭和 60 年度の各種目の平均値を下回っている児童生徒の割合を示した。小学校:男女ともに反復横とび以外の種目では、50%以上の児童が昭和 60 年度の平均値を下回っている。中学校:男女とも、全ての種目において、50%以上の生徒が昭和 60 年度の平均値を下回っている。

4) asahi.com(朝日新聞社):子どもの体力低下、底打った? 文科省調査で上昇傾向、2009 年 10 月 11 日

http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/21/01/___icsFiles/afieldfile/2009/01/21/1217980_2.pdf, pp. 25-28

子どもの走る、跳ぶ、投げるなどの運動能力が、この 10 年間で上向く傾向にあることが、文部科学省が 11 日に公表した「体力・運動能力調査」で明らかになった。運動能力の数値が高かった 20 年前と比較すると、まだ低いものの、「体力低下に底を打ち、向上の兆しを確認できた」と分析する。たとえば、中学生の握力や 50 メートル走、反復横跳びなど 9 種目を、男女別でみると、男子が、5 種目が向上、3 種目が横ばい、1 種目が低下。女子は 6 種目が向上、3 種目が横ばい、低下した種目はなく、記録を点数化した合計点も、男女ともに「向上した」と評価された。50 メートル走の結果を 89 年度、99 年度、そして今回の 08 年度の 10 年間隔で比べると、男子が 7.96 秒→7.96 秒→7.92 秒、女子が 8.72 秒→8.89 秒→8.78 秒と推移した。また上体起こし(腹筋運動)の結果を、データのある 10 年前と比べると、男子が 23.45 回→27.50 回、女子が 18.15 回→23.08 回と良くなった。高校生は「横ばい」傾向だった。

3-3-2 学校外の学習活動や室内遊びの時間の増加（NHK 放送文化研究所）

1) CNET Japan 2009：若年層のテレビ視聴時間が減少傾向に—BPO まとめ（提供：朝日インタラクティブ） <http://www.asahi.com/digital/cnet/CNT200910160031.html>

放送倫理・番組向上機構（BPO）による 16 歳から 24 歳の「デジタルネイティブ」といわれる世代（16～24 歳）を対象とした番組視聴実態調査結果「“デジタルネイティブ”はテレビをどう見ているか？～番組視聴実態 300 人調査」報告書を紹介する。テレビ平均視聴時間は平日で 1 時間 59 分、休日で 2 時間 15 分と長く、在宅自由時間の約半分を占めるといふ。

2) NHK 放送文化研究所 2006：2005 年国民生活時間調査報告書

http://www.nhk.or.jp/bunken/new_06021001.html

室内遊びの時間の増加にみる生活の室内化の傾向はテレビ（昭和 40 年前後～）、そしてテレビゲーム（昭和 55 年前後～）によるところが大きい。1953 年に放送を開始したテレビは、1964 年の東京オリンピックの前後を境に急速に普及し、テレビ視聴は生活時間の中で大きな比重を占めるようになった。テレビ平均視聴時間は 1990 年代以降も増加傾向が続いたが（総務省 2009）、近年では、ケータイ、ゲーム、DVD などの娯楽ソースの多様化、携帯電話やパソコン利用の常態化、動画サイトや SNS〔ソーシャル・ネットワークワーキング・サービス〕サイト利用の広がり、テレビ番組視聴メディアの多様化（ワンセグ、パソコン、録画等）のなかで、テレビ視聴時間の減少傾向が若年層にみられるようになった。

3-3-3 園庭のない保育所

児童福祉施設最低基準（昭和 23 年 12 月 29 日厚生省令第 63 号）

「第 5 章 保育所」第 32 条の五は「満 2 歳以上の幼児を入所させる保育所には、… 屋外遊戯場（保育所の付近にある屋外遊戯場に代わるべき場所を含む。以下同じ。）… を設けること。」とする。園庭を付近の公園等に代えることを容認する規制緩和政策であり、これにより園庭のない保育所が見られるに至っている。

3-3-4 運動、朝食接種、睡眠の関係性

1) 前橋明：近年の保育園児の身体活動量と睡眠との関係、保育と保健、14(2)、2008、pp. 24-28

石川県保育園 5・6 歳児 934 名、身体活動量（歩数）と睡眠を調査。21 時前の就寝、10 時間以上の睡眠を確保している幼児ほど身体活動量が多い。日中の歩数が多いほど、当日夜の就寝早く・睡眠時間が長くなる。活動量が少ない幼児では就寝時間が遅い児、睡眠時間が短い児が有意に多い。

2) 鈴木みゆき：早起き早寝朝ご飯, 芽ばえ社, 2005

乳児の事例を提示しながら、睡眠覚醒リズムの発達ができていない、または不適切なリズムの獲得、覚醒中の活動の質についても問題として提示している。

3) 神山潤：子どもの睡眠, 芽ばえ社, 2005

遅寝の影響を、睡眠不足、心身の成長の妨げ、生体リズムの乱れ・慢性的な時差ぼけ状態による疲労、食欲や集中力の低下、セロトニン分泌低下による感情コントロール困難と攻撃性の可能性、食習慣の不健全化、メラトニン分泌の減少（老化・癌化の促進）と述べている。さらに、これらの影響が関連して肥満、生活習慣病、睡眠障害、疲労、脳機能低下、感情コントロールが困難でキレる子につながっていく事を示した。

4) 鈴木みゆき：早起き早寝朝ご飯, 芽ばえ社, 2005

幼児の睡眠に関する保育者の認識調査で、保育者が気になる睡眠覚醒リズムが不整な子は「ボーとしていて午前中の活動に乗れない」「無表情で自分の気持ちを表しにくい」「理由のない攻撃性を示す」「特定の物にこだわり、人に無関心」と記述している。

3-4-1 車の交通量と危険性との関係（杉田・今井 1998, 今井 2004）

1) 杉田聡・今井博之：クルマ社会と子どもたち（岩波ブックレット No. 470）, 岩波書店、1998

子どもは交通に対処できるだけの生物学的能力がないにもかかわらず、社会は子どもの能力を過大視することを指摘する。図は小学1年生の子どもの一般的な発達レベルをモデル化して描く。この時期の心理学的な発達段階は「前操作期」（ピアジェ）であり、4～5歳児と同じ認識形態をとる。彼らの知覚・認識能力の低さは驚くべきものである。まず、クルマがどれくらい離れているかという距離の知覚ができない。18メートル以上離れるとまったく距離の評価ができず、大人でいえば片目をつぶって道を歩いているのと同じである。そもそも目の高さが非常に低いので、大人と比べると見通しがきかない。クルマが1台止まっていると、もうその向こうの道は見渡せない。さらに、彼らの視力はまだ弱く、視界は非常に狭く、視野も狭い。周辺視野は認識できないので、大人でいえば大きな水中眼鏡をかけて周辺視野がカットされている状態と同じである ... (pp. 49-51)。

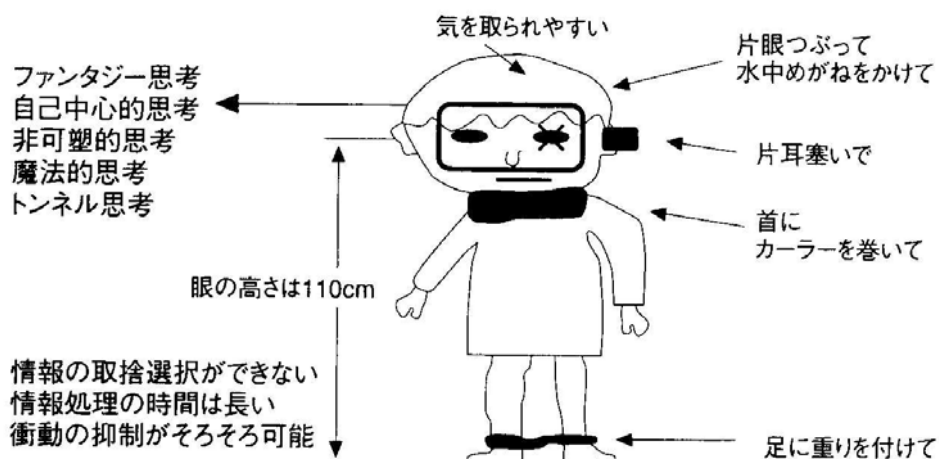


図 29 6歳児はこうして道を歩いている（ピアジェの「前操作期」）

2) 今井博之：「クルマ社会と子どもたち」（その後）：交通沈静化の海外の取り組み、クルマ社会を問い直す会、2004

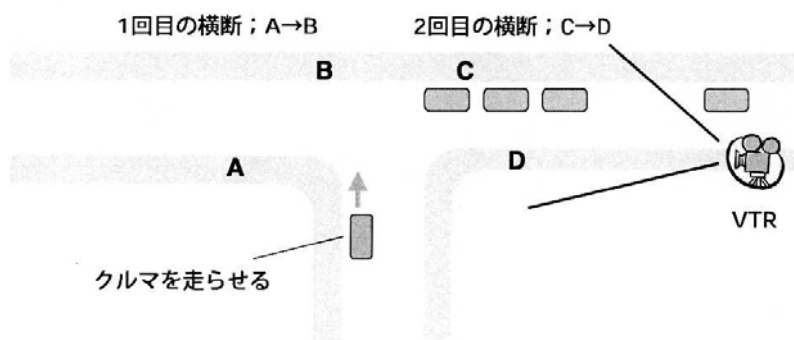
<http://www.ne.jp/asahi/remember/chihiro/site2/imaireport.pdf>

子どもたちが道路を横断するとき私たちが期待している姿と実際の姿がいかにかけ離れているかを示したものです。...。A→Bの横断ですら、縁石に到達するまで左右の確認をしたものはわずか11%、縁石で一旦立ち止まったものは半数以下(41%)。縁石で左右の確認をしたものは10人に1人より少なかった(7%)のです。C→D地点への横断は、駐車中のクルマがあるので、より危険ですが、子どもたちの行動はA→Bと基本的に同様の結果でした。実際の道路での子どもたちの行動ほどあてにならないものはないということがよくわかります。(p.4)。

表3 実際には子どもはどうやって横断しているのか？

1回目の横断；A→B		2回目の横断；C→D	
縁石までに、左&/or右を見る	11%	縁石までに、左&/or右を見る	29%
縁石で立ち止まる	41%	縁石で立ち止まる	8%
縁石の所で、左&/or右を見る	7%	縁石の所で、左&/or右を見る	35%
動いているクルマを見る	59%	動いているクルマを見る	33%
クルマが通り過ぎるのを待つ	15%		
横断中に、左&/or右を見る	15%	横断中に、左&/or右を見る	41%
横断スタイル 歩いて	26%	横断スタイル 歩いて	47%
走って	74%	走って	53%

文献； Stop, look, listen, and think? : What young children really do when crossing the road
Zeedyk MS, et al. *Accid anal Prev* 34, 2002



文献； Stop, look, listen, and think? What young children really do when crossing the road
Zeedyk MS, et al. *Accid Anal Prev* 34, 2002

図30 子どもたちは、実際にはどうやって横断しているのか？

3) 杉田聡・今井博之：クルマ社会と子どもたち（岩波ブックレット No. 470），岩波書店, 1998

自動車事故による死傷者数は、「幼児」（0歳から6歳をまとめる）が非常に多い。1歳ごとに計上する小学生以上をみると、小学1年生の登下校が最も多い。遊びによる死傷者数が少ないのは、子どもが道で遊び、あるいは、どこかに遊びに行くために道を通って行くという可能性が少なくなっているからである。しかし、登下校はせざるをえず、ここで事故が発生するのである（pp. 7-8）。

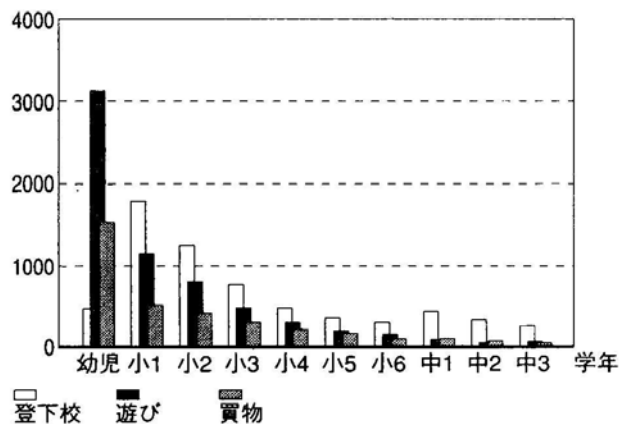


図 31 子どもはいつ自動車事故にあうか
（交通事故総合分析センター『交通統計』1997年版より作成）

4) 杉田聡・今井博之：クルマ社会と子どもたち（岩波ブックレット No. 470），岩波書店, 1998

変わるべきは道路環境であり、子どもたちが歩く道路の環境を変える努力こそ、まず何よりもなすべきことである。交通環境の改善に力を入れるデンマークとスウェーデンが過去20年間、歩行者死亡数を減少させている。もちろん教育も行うが、子どもに対しての教育だけではなく大人への教育を重視している。一方、イギリス、アメリカ、ニュージーランドは、環境の改善についてはお粗末な状況にある。「交通安全教育」を非常に熱心にやっているが、それは大人の価値観を一方的に子どもに押しつけるという教育である（pp. 42-44）。

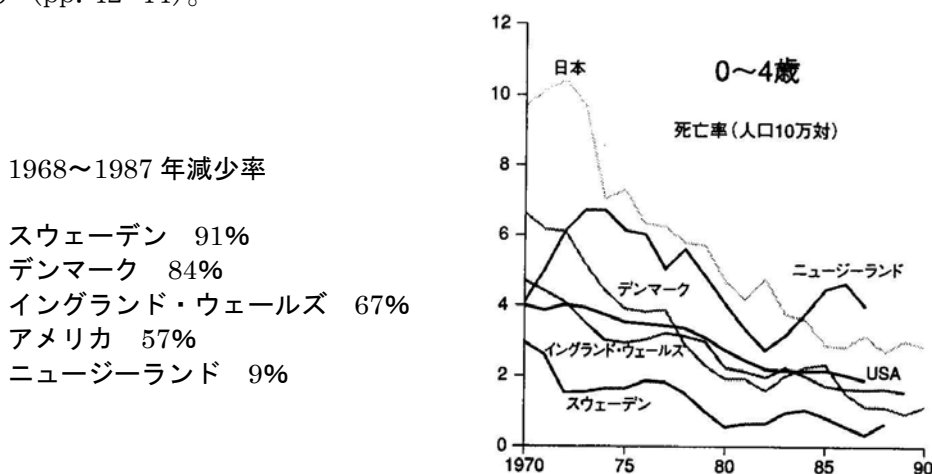


図 32 小児歩行者死亡率の国際的動向

出典：I. Roberts: International trends in pedestrian injury mortality, 1983

4) 今井博之：「クルマ社会と子どもたち」（その後）：交通沈静化の海外の取り組み, クルマ社会を問い直す会, 2004

(<http://www.ne.jp/asahi/remember/chihiro/site2/imaireport.pdf>)

2000年の日本の歩行者死亡率はスウェーデンの1970年当時の死亡率にほぼ等しく、わが国の交通事故の現状が悲惨な状況にあるとする。スウェーデンは交通事故をゼロにするという大胆な目標をかかげている（「ビジョン・ゼロ」、1997）（pp. 6-7）。

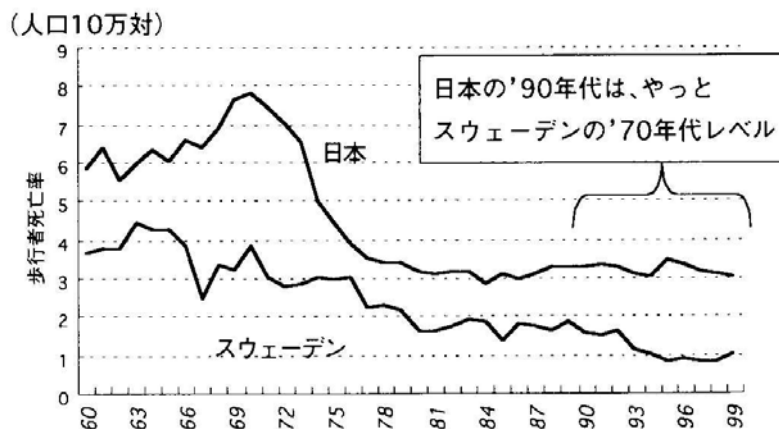


図 33 日本とスウェーデンの歩行者死亡率の比較
出典：反町吉秀：チャイルドヘルス Vol. 6 No. 12, 2003

6) 杉田聡・今井博之：クルマ社会と子どもたち（岩波ブックレット No. 470），岩波書店, 1998

イアン・ロバーツは、小児歩行者死亡率の減少は、子どもが1人で道を歩く機会が過去20年間で減少したことがもっとも大きな理由であると述べている。交通政策が成功しているからではなく、子どもがクルマと出会う機会、言い換えれば、子どもが道で遊ぶ機会および子どもだけで道を歩く機会が減ったからだというのである。死亡率が大きく減少している年が2箇所あるが、最初は1973年の第一次オイルショックのときで、交通量が一時的に減少した。第二次オイルショックとのきに同様の減少が起きている。交通量がわずかに減るだけで、このように、事故による死亡率が大きく減少するのである（pp. 42-43）。

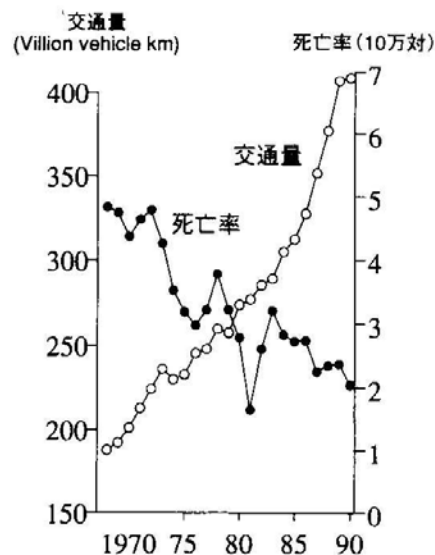


図 34 英国の小児歩行者死亡はなぜ減少しているのか？
出典：I. Roberts: Why have child pedestrian death rates fallen?, 1983

3-4-2 子どもの交通事故死を減らすための速度制限

1) 今井博之：「クルマ社会と子どもたち」(その後)：交通沈静化の海外の取り組み，クルマ社会を問い直す会，2004

(<http://www.ne.jp/asahi/remember/chihiro/site2/imaireport.pdf>)

自動車のスピード抑制がいかに大切かを示す2つの論文を紹介する。衝突速度が時速30kmならば歩行者の死亡率は約5%であるが、それを少しでも上回ると、死亡率は急上昇する。例えば、時速40kmなら25%、時速45kmなら約60%である。死亡事故を減らすためには時速30km以上は許容できない速度である (pp. 8-9)。

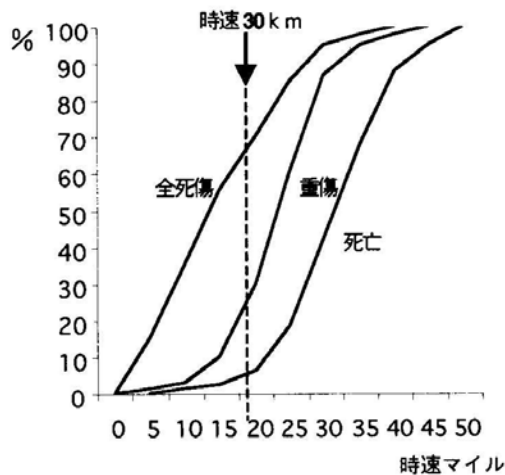


図 35 衝突速度と重傷度

出典：Ashton and Mackay(1979)

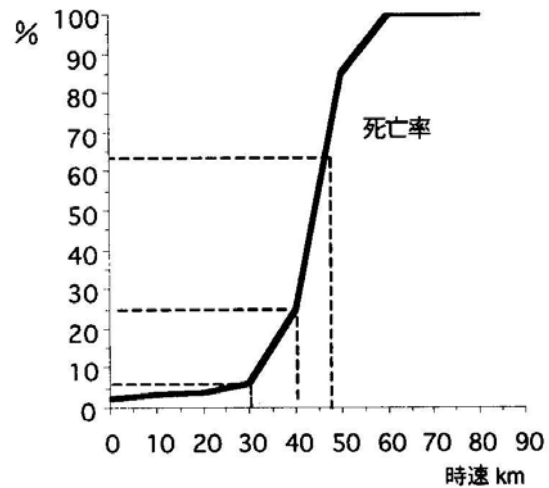


図 36 歩行者が死亡する確率

出典：WGAM(1986) and Waltz et al. (1983)

2) 警察庁交通局長：より合理的な交通規制の推進について（警察庁丙規第24号，丙交企発第144号，丙交指発第38号 平成21年10月29日）

警察庁は、一部例外を除き時速20～60キロに設定されている一般道路の規制速度の上限を安全性の高い道路は同80キロまで緩和し、一方で生活道路については以下のようにするとする新基準をもとに、都道府県公安委員会が定める各道路の規制速度の速やかな見直しに努めるよう都道府県警察に指示している。生活道路のどれだけが速度を抑えるべき道路として認定されるかは、住民、地方公共団体、道路管理者などの意見によるとされており、合意形成のためのまちづくりの今後が問われることになるであろう。

3) 警察庁交通局長：「交通規制基準」の一部改正について（警察庁丙規第23号，平成21年10月29日）

生活道路*2における速度規制については、歩行者・車両の通行実態や交通事故の発生状況を勘案しつつ、住民、地方公共団体、道路管理者などの意見を十分に踏まえて、速度を抑えるべき道路を選定し、このような道路の最高速度は、30キロメートル毎時を原則とする。

なお、その場合には、関係機関との連携による物理的デバイスの設置を併せて検討した上で、実施すること。

4) 今井博之：「クルマ社会と子どもたち」（その後）：交通沈静化の海外の取り組み，クルマ社会を問い直す会，2004

<http://www.ne.jp/asahi/remember/chihiro/site2/imaireport.pdf>、pp. 6-10

スウェーデンにおいては国会が「ビジョン・ゼロ」の決議を行い（1997年）、交通安全の目標達成に向けた11の重点項目を設定して政策的努力を続けている。「ビジョン・ゼロ」とは、交通システムによって死亡したり重傷を負ったりする人をゼロにすることを長期的な目標とするものである。オランダでは「持続可能で安全な交通システム」を政策として採用し（1997年）、2010年までに死傷者数を1995年比で50%減とし、生活道路の8割をゾーン30にすることを目標としている。イギリスでは、Transport2000〔現在はCampaign for Better Transport〕という大型の自主組織が立ち上げられ、行政や一般市民を巻き込んだ精力的な運動が展開している。

3-4-3 ソフトカーの提案（小栗 2009）

小栗幸夫：脱・スピード社会—まちと生命を守るソフトカー戦略，清文社，2009

過剰なスピード性能を見直し、まちの中心部を基本的に歩行者空間とし、そこにどうしても入らなければならない自動車のスピードが歩行者の速度を超えないようにする。歩道が整備されない住宅地の道では自転車のスピードでゆっくり走る。歩道が整備された道では、適切な上限の中で加速ができる。高速道路では、やはり適切な上限の中で高速で走ることができる。緊急時の自動車走行をするとき、上限を解除することができる。車の最高速度を場所や状況によって変えることができれば、コミュニティや自然を守りながら、機能を更新し、新しい経済と社会活動にも応えるまちづくりが進む...このように速度を制御するのみでなく、設定した最高速度を外部にライトで表示する仕組みをつくろう。最高速度によって、ライトはレインボー、青、黄緑、オレンジに変わる。そうすれば、最高速度を宣言している、外から見られている、という心理でドライバーは注意深い運転を心がける...宣言した最高速度を超えたとき、ライトが点滅すれば、この表示の仕組み自体が速度抑制の役割を果たす...（「はじめに」より）

3-5-1 リスクとハザード

リスクとハザードについては、以下の文献に詳細な記述がある。

- 1) 桑原淳司，仙田満，矢田努，「幼児施設の園庭遊具における事故とその安全性について」，日本造園学会研究発表論文集 15 (vol. 60, no. 5), 1997
- 2) PSN 編，「楽しく安全な遊び場のガイドライン」，環境緑化新聞，2001
- 3) 中津秀之，「遊び場の安全，その動向とこれからの課題」，日本造園学会誌 (vol. 66, no. 3), 2003
- 4) みらい子育てネット編，「母親クラブのための遊び場事故防止活動マニュアル」，2003
- 5) 萩須隆雄，「遊び場の安全ハンドブック」，玉川大学出版会，2004

3-5-2 自ら対処するリスクの必要性（中村 2000/2005, 萩須ら 2004）

萩須隆雄，「遊び場の安全ハンドブック」，玉川大学出版会，2004

4-1-1 読書の習慣化の必要性（全国学校図書館協議会 2009）

辻由美：読書教育—フランスの活気ある現場から、みずず書房, 2008

わが国の読書教育が、せいぜい「読む」ことから「書く」（感想文）ことで終わるのに対して、「パリ読書センター」の試みは、「読む（あるいは観察する）→書く→議論する→第三者に伝える」までを「読書アクション」として重視している。幼稚園児から高齢者までを対象に読書に誘うさまざまなプロジェクトを立案し、子ども同士が議論を通して優れた図書を選抜するコンクールなどを開催し、成果をあげている。その目的は「読書が生きて機能しているような社会環境を子どもたちに提供すること」であり、「読むことが困難な子どもたちのほとんどは、本が生きていない環境の中で生活している。大人が本を読んでいないので、子どもたちは本の有用性が理解できない」からである、としている。

4-1-2 絵本の読み聞かせの重要性

1) 松居直：絵本の時代に、大和書房, 1984

松居直は、最近の子どもは機械から出てくる言葉—それは音だが—の体験はたくさんあるが人間が向き合う中で声で語られる体験が非常に貧しいと言う。本を読むというのは言葉の中にひとりで入っていくことだが、読んでもらうことは語る人と聴く人が共にいるから、人と人が共にいる体験として絵本を読んで欲しいと述べている。「共にいるという、いちばん大きな人間的体験を子供の時にして、そして耳からちゃんと言葉を聴いて、言葉の世界に自由自在に入り込んでいく、そういう力を持っている子供が文字を読むという技術をマスターすると読書ができる」と述べている。

2) 佐々木宏子：絵本は赤ちゃんから—母子の読みあいがひらく世界—, 新曜社, 2006

最近の新しい「赤ちゃん絵本」は、伝統的な「図鑑的な絵本」や「知識カタログ」絵本と異なり、言葉の意味を獲得する前に、親と心を通じ合わせたり原初的なコミュニケーション回路の形成を促すような機能をもっている。躍動的で生理的な反応を引き出すような日本語のオノマトペ（擬声語・擬態語など）が効果的に取り入れられており、赤ちゃんとのコミュニケーション方法に気づかせてくれる。日常生活で赤ちゃんとの心を通わせる一つのツールとして、絵本が効果的に機能していることを、0歳から3歳までの子どもの数多くの事例を挙げて検証している。

電子メディアが隆盛を極める現在、絵本は読み手である大人の介在が不可欠なため双方向的で優れた人間的なメディアとして機能している。その状況は「読み聞かせ」というより、親子の間の感情や心の「読みあい」に近い。

3) NPO ブックスタート：赤ちゃん絵本をひらいたら ブックスタートはじまりの 10年, 岩波書店, 2010

2001年より開始された「NPOブックスタート」運動は、乳幼児健診の場を利用して赤ちゃんに保護者に絵本をプレゼントし、Share books（ともに絵本を読みあうことでお互いのコミュニケーションを促し、楽しい時間をつくる）の理念を通して、子育て支援を行っている。

会場では、自治体職員・図書館員・保健師・保育者・読書ボランティアなどが原則としてひと組ずつの親子にかかわり、絵本を仲立ちに直接対話とコミュニケーションの楽

しさを実感してもらっている。2010年6月末現在、734市区町村自治体（全自治体の42%）で取り組まれている。IT化が進行する中、乳幼児期から直接対話を促すこの活動は、赤ちゃんを取り巻く異業種の職能集団を結びつける新しいプロジェクトとしても機能している。

4-3-1 入院中の子どもの活動や遊びの制約とストレス

1) 草場ヒフミ・村田恵子・有田直子他：神戸大学医学部保健学科紀要 13, PP. 45-52, 1997.

入院中の子どものうち、治療上隔離を受けている子どものケア環境と生活活動について、小児がんの子ども17名を対象として質問紙調査を行った。結果、隔離中の子どもの遊びは、幼児は隔離中にテレビを視るなどの受動的遊びが有意に高く、工作やゲームなどの能動的遊びは有意に低下が認められた。児童は遊びのカテゴリーにおいて差は認められなかったが、受動的遊びのテレビ・音楽鑑賞が隔離中に有意に高くなっていた。隔離中のケア環境においては、子どもの生活の場と対人関係の範囲は狭くなっており、対人関係の範囲はケア提供者に限られていた。隔離中の生活行動は、幼児では活動性の低下、児童では生活リズムの乱れおよび生活行動の自発性の低下が認められた。

2) 活動制限を受けている子どものストレス

村田恵子：治療上、身体の動きを制限された学童の心理的ストレスと精神状態，神戸大学短大紀要 7, pp. 47-53. 1991.

村田は、治療上身体の動きを制限された学童（6-9歳）の心理的ストレスについて、制限群と対照群を比較し調査した。

結果

- ① 治療上、動きを制限された学童は、ストレス体験（喪失・危害損傷・脅威）を有意に多く認知し、その主要なストレス源を動きの制限によるものととらえていた。
- ② 動きの制限によるストレス体験の主な内容は、自律・自己コントロールの喪失、活動困難・退屈、自然・出来事からの遮断、仲間からの疎外・一体感の喪失、生活の不快感であった。
- ③ 動きを制限された男子は、非制限群よりCDI抑鬱得点が有意に高く、高い抑鬱度を示す者も有意に多かった。また抑鬱得点とストレス度とは有意の相関がみられた。
- ④ 治療上の動きの制限が学童に及ぼす影響は、特に男子に大きかった。

4-3-2 「病院での適切な遊び・活動を保障する必要性と課題」

1) 健やか親子 21 中間評価

<http://rhino.med.yamanashi.ac.jp/sukoyaka/mokuhyou3.html>

入院中の子どもの遊びや学習を保障するため、小児病棟には院内学級や遊戯室を持つべきということは「健やか親子 21」の指標としてあげられ、目標値は 100% である。「健やか親子 21」が開始された 2001 年に、院内学級・遊戯室を持つ小児病棟の割合は、院内学級 30.1%、遊戯室 68.6% であったが、中間評価の 2005 年では院内学級 26.1%、遊戯室 37.0% と著しく減少している。

表 4 院内学級・遊戯室を持つ小児病棟の割合

指標	策定時の現状値	直近値	目標
院内学級・遊戯室を持つ小児病棟の割合	*14('01)	*10('05)	100%
	院内学級 30.1% 遊戯室 68.6%	院内学級 26.1% 遊戯室 37.0%	

*14 日本病院会調べ

2) 浦添綾子・仙田満・辻吉隆・矢田努：遊び環境よりみた小児専門病院病棟の建築計画に関する基礎的研究. 日本建築学会計画系論文集, 535, pp. 99-105. 2000.

急性期医療を主とする小児病院での行動観察調査において、遊びは行為数 43.7%、時間数 39.3% と、全体の 4 割を占め、子どもの生活行為の中で大きな比重を占めていた。

3) 大出恭子・今井正次・木下誠一：日本建築学会大会学術講演梗概集（九州）2007 年 8 月, pp. 343-344. 2007.

大出らは病院に勤める保育士とチャイルドライフスペシャリスト (CLS) にアンケート調査及びヒヤリング調査を行った。文献とヒヤリングから、個別遊びを日常的に実施しているのは 90%、集団遊びを日常的に実施しているのは 100%、プレパレーションを日常的に実施しているのは 65% であった。CLS 5 名のうち 4 名がディストラクションを日常的に実施していた。

表 5 病院内での子どものあそびの状況

活動分類	活動内容				対象児の単位		業務における日常性	
	遊び 1	遊び 2	遊び 3	遊び 4	個人	集団	日常	非日常
個別遊び	○				○		○	
集団遊び	○					○	○	
プリパレーション		○	○				○	
ディストラクション				○			○	
イベント行事	○							○

※遊び 1 「心身の発達上の遊び」

※遊び 2 「抑圧された感情を行動化する遊び」

※遊び 3 「治療や処置の前後のための遊び」

※遊び 4 「気の紛らわし」

※プレパレーション：患児の医療行為に対する心理的準備支援

※ディストラクション：医療行為前～直後に行うストレスマネジメント

※グレー部分は、保育士・CLS によって異なるため分類不可能

大出は病院での遊びにかかわる課題として、以下の点を挙げている。

- ・安全性や感染対策の確保。
- ・安静度の制限に合わせた遊びの活動や場所の選択が必要であること。
- ・プレパレーションなど個の要素が強い遊びを行う場合、児の集中力が阻害される、プライバシーの確保ができないなど場の問題があり、遊びの目的が達成しにくい。
- ・イベント行事の参加人数に対応できるプレイルームの面積が不足。
- ・イベント行事時に、病室からできることのできない児が楽しめない。
- ・医療器具がすべて見え、恐怖を感じさせる。
- ・医療行為に関するもの以外は何もなく、安らげない。
- ・手術室までの通路が何もなく不安を増大させる。
- ・手術室では色彩・照明が急変し、恐怖感を生んでいる。

4) 小児病棟の遊び環境についての診療報酬

2002年4月より入院中の小児の成長発達を支援し、適切な療養環境を整備する観点から、保育士1名以上が常勤し、条件を満たすプレイルームを備える病院に対し診療報酬が認められるようになり、さらに2006年4月の改正に伴い、加算が引き上げられるようになった。しかし、大学病院など高次医療施設には保育士加算は認められていない。また、小児科以外の診療科である大人の病棟に子どもが入院することも多い。さらに近年、少子化、医師不足、不採算を理由に小児病棟を閉鎖する病院もあり、大人との混合病棟に子どもが入院している現状がある。混合病棟や、小児科以外の診療科病棟への保育士加算は認められていない。

4-3-3 入院中の子どもの遊びへの大人の支援・医療保育士の養成拡大の必要性

1) 体動制限がある入院児に対する遊びの効果

Gillis, A. J., The effect of play on immobilized children in hospital, Int. j. Nurs. Stud., Vol. 26, No. 3, pp. 261-269, 1989.

Gillis(1989)は、無作為に実験群と対照群に分けた体動制限がある子ども(7-12歳、平均8.69歳、標準偏差2.21)60名に、計画的遊びプログラム(1日の活動時間は30-45分で、子どもは年齢にあった創造的な遊び-図工、音楽、動く、粘土、人形遊び、ごっこ遊びを行う)を行い、時間、社会空間、自我の知覚の相違があるか判定するために実験的研究を行った。結果、計画された遊びを体験した子どもは対照群に比べ、肯定的な自己知覚を経験していた。遊んだ子どもは対照群より時間の見積もりが短く、有意差があった。しかし、両群とも「だらだら」した時間を経験していた。

2) 中村敦子・鈴木敦子・檜木野裕美・鎌田佳奈美；入院している子どもの遊びに対する看護職の認識. 大阪大学看護学雑誌, 6(1), pp. 14-21, 2000.

小児病棟の看護師は病児にこそ遊びが必要と考え、遊びは看護師の役割と思っているが9割以上が多忙すぎて遊べないと訴えている。(対象：小児病棟に勤務する看護師(全国411施設928名)の調査)

3) 医療保育士の養成拡大の必要性

- ・日本医療保育学会ホームページ <http://wwwsoc.nii.ac.jp/jscep/>

「日本医療保育学会」によると、病棟に保母(当時)を導入している病院は平成9年には126箇所であった。平成16年秋に実施した調査では、病棟に保育士を導入している

病院は約 300 カ所に倍増し、導入を考慮中の病院も 39 箇所あった。

・日本チャイルドライフ研究会ホームページ <http://claj.miz.jp/>

チャイルドライフスペシャリストは、2009 年 4 月現在日本国内 21 の病院で活動を行っている。

・日本医療保育学会ホームページ <http://wwwsoc.nii.ac.jp/jscep/>

「日本医療保育学会」は、平成 17 年に資格の名称を「日本医療保育学会認定・医療保育専門士」として、資格認定制度の発足に向けた準備が重ねられている。

しかし、未だ学会の資格認定であり、さまざまな呼称があり、身分も不安定であり、養成制度も確立していない現状である。資格と養成課程の確立が急務である。

4-3-4 重症心身障害児の在宅比率

ノーマライゼーションの理念が浸透し、医療の進歩、医療制度改革など社会状況の変化により、医療依存度の高い重症心身障害児が在宅で生活することが増えてきた。重症心身障害児は原疾患のほかに様々な合併症を持ち、日常生活において医療や福祉の専門的ケアを要する。さらにライフステージに即して、成長発達への支援が必要な子どもたちである。法的には、障害者基本法が改正、平成 17 年には障害者自立支援法が制定されたことにより、重い障害をもった子どもたちも地域や家庭で過ごすことになった。

2007 年の小児科学会の調査では、呼吸器を装着、気管切開、経管栄養などが必要な超重症児（高度で濃密な医学的管理を必要とする 20 未満の児）の 71% が在宅で過ごしている現状がある。

表 6 重症児の現状 — 超重症児数、主な医療的ケア数の全国推計
(2007 年 6 月小児科学会調査)

	超重症児	(超重症)	(準超重症)	人工呼吸器装着児	気管切開児	経管栄養児
入院・入所数 + 在宅数	7,350人	2,950人	4,400人	2,300人	4,000人	6,900人
在宅比率	71%	50%	82%	50%	60%	68%
在宅児数	5,200人	1,475人	3,600人	1,150人	2,400人	4,700人

杉本健郎「重症児者の地域で安全・快適な生活保障を」より

超重症児：20歳未満のより高度でより濃密な医学的管理を必要とする度合いが大きい児
発生数：約 1000 人対 0.3

4-3-5 医療的ケアの必要な障害を持つ子どもが在宅で生活することで家族が感じているメリット

非特定営利活動法人 NPO 推進ネット（座長西脇由枝）：医療的ケアを必要とする子どもを在宅で育てるために、平成 17 年度「重度障害児の在宅支援に関する調査研究」、独立行政法人福祉医療機構、高齢者・障害者福祉基金助成事業、p. 83. 2005.

家族は、医療的ケアの必要な重症心身障害児が在宅生活になってよかったことを、以下のようにあげ、在宅生活のメリットを多く感じている（複数回答）。家族と一緒に暮らせる 90.3%、家で過ごせる 62.1%、子どもが多くの人と接して愛されている 62.9%、子どもの発達が見られた 55.6%、子どもの笑顔が増えた 50%、等。

4-3-6 医療的ケアの必要な障害を持つ子どもが在宅で生活するための家族の負担

1) 非特定営利活動法人NPO推進ネット（座長西脇由枝）：医療的ケアを必要とする子どもを在宅で育てるために、平成17年度「重度障害児の在宅支援に関する調査研究」、独立行政法人福祉医療機構、高齢者・障害者福祉基金助成事業、p.83.2005.

主介護者が行う医療行為や生活援助時間（1日平均）

主介護者が行う医療行為の時間（1日平均）は、1時間が6.5%と最も多いものの、全時間にわたっており、24時間も4%存在していた。

主介護者が行う生活援助時間（1日平均）は、24時間が最も多く14人、続いて12時間、9時間がそれぞれ11人であった。

2) 非特定営利活動法人NPO推進ネット（座長西脇由枝）：医療的ケアを必要とする子どもを在宅で育てるために、平成17年度「重度障害児の在宅支援に関する調査研究」、独立行政法人福祉医療機構、高齢者・障害者福祉基金助成事業、p.83.2005.

主介護者睡眠時間

主介護者の一日平均睡眠時間は5時間が最も多く34名である。

また、睡眠時間がとれていても、睡眠を中断してケアをする状況があり、中断回数は、2回が最も多いものの、10回の者もあり、しっかりと眠れる状況ではない。

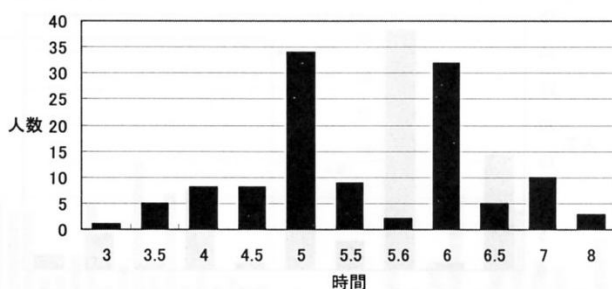


図 37 主介護者の睡眠時間の一日平均時間

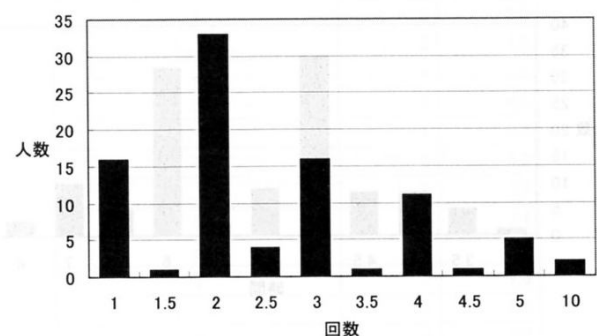


図 38 睡眠中断回数 (N=124)

4-3-7 重症心身障害児者の在宅ケアを担う支援システムの課題

1) 平成20年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）（検討委員長 及川郁子）：相談支援の機能強化を図るための調査研究事業－医療処置を必要としながら在宅で生活する障害児・者のための一報告書、社団法人全国訪問看護事業協会、2009

及川は、全国規模の調査結果から医療的ケアの必要な障害児の在宅支援の課題として以下を示し、地域の実情に応じた医療・保健・福祉・教育にまたがる他職種によるケアマネジメント体制の構築が必要であることを指摘した。

- a. 重症児・者生活全体を見通して、社会資源・サービスの適切な選択や利用のための情報共有が関係者間で進んでいない。社会資源・サービスのマネジメントの多くはその家族が自ら担っており、負担が大きい。地域の実情に応じた医療・保健・福祉・教育にまたがる他職種によるケアマネジメント体制の構築が必要である。（資料編3）

- b. 連携の在り方が、訪問看護ステーション、障害者支援施設、特別支援学校とそれぞれに異なっており、特に医療と福祉、医療と学校の連携体制が不足している。重症児の発達や家族のライフスタイルを見据えて、福祉支援と医療支援の両輪によるケアマネジメントを模索することが必要である。
- c. 医療処置の必要な重症児・者を受け入れることのできる社会資源・サービスが不足している。安心して過ごせる場作りが必要である。そのためには、訪問看護の利用できる場所を居宅に限定せずに、通学先、通園先、就労先などに拡大することが必要である。
- d. ショートステイをはじめとするレスパイト機能を有する施設サービスの不足が顕著であり、その整備が求められる。
- e. 地域の小児科医が不足しており、退院後の往診医が決まらない。医療の支持を出す医師が決まらなると、訪問看護ステーションを利用することができない。
- f. 家族は、訪問看護ステーションに対してレスパイト機能、緊急時の対応を期待している。しかし、訪問看護ステーションは人手不足のため、家族の期待に添う業務調整が困難であり、また滞在が長時間に及んでも費用請求できずボランティア的になりがちである。

ケアマネジメントの主体(別添)

重症児・者が地域で生活するための社会資源・サービスのマネジメントは家族が担っているものが52%であった。

表7 主たるケアマネジメントの主体
社会資源・サービス別 [複数回答]

	人数	割合
家族	106人	52.0%
保健師	29人	14.2%
市区町村の障害者福祉・児童福祉担当部署(福祉事務所を含む)	20人	9.8%
医療機関の訪問看護部門	11人	5.4%
相談支援事業(市区町村以外)	9人	4.4%
重度障害者等包括支援	8人	3.9%
重症心身障害児施設・重症心身障害児通園施設	8人	3.9%
療育センター(子育てセンターやリハビリセンターを含む)	7人	3.4%
居宅介護	4人	2.0%
特別支援学校	4人	2.0%
回答事業所以外の訪問看護ステーション	3人	1.5%
児童相談所	3人	1.5%
重度訪問介護	2人	1.0%
行動援護	2人	1.0%
療養介護・生活介護	2人	1.0%
児童デイサービス	2人	1.0%
自立訓練(宿泊型・機能訓練・生活訓練)	2人	1.0%
補装具	2人	1.0%
生活サポート事業	2人	1.0%
教師を派遣した学校教育(訪問教育)	2人	1.0%
短期入所	1人	0.5%
コミュニケーション支援事業	1人	0.5%
移動支援事業	1人	0.5%
患者会・親の会等のサポートグループ	1人	0.5%
ボランティア	1人	0.5%
通常の学級	1人	0.5%
就労移行支援(一般型・資格取得型)	0人	0.0%
就労継続支援(A型・B型)	0人	0.0%
日常生活用具給付事業	0人	0.0%
知的障害児施設・知的障害児通園施設	0人	0.0%
盲ろうあ児施設	0人	0.0%
肢体不自由児施設・肢体不自由児通園施設	0人	0.0%
特別支援学級	0人	0.0%
保育所・幼稚園	0人	0.0%
学童クラブ	0人	0.0%
その他	8人	3.9%
無回答	55人	27.0%
総数	204人	100.0%

2) 非特定営利活動法人NPO推進ネット（座長西脇由枝）：医療的ケアを必要とする子どもを在宅で育てるために、平成17年度「重度障害児の在宅支援に関する調査研究」、独立行政法人福祉医療機構、高齢者・障害者福祉基金助成事業

・在宅で生活している医療的ケアが必要な子どもの主たる介護者は、母親が93.5%であった。

表8 主たる介護者の続柄 (N=124)

	実数	%
母	116	93.5
父	6	4.8
祖母	2	1.6
祖父	0	0.0
その他	0	0.0
NA	0	0.0
計	124	100.0

・主介護者が介護から離れられる時間、外出できる時間は、0時間が突出して多く、主介護者は介護から離れられない実態がある。

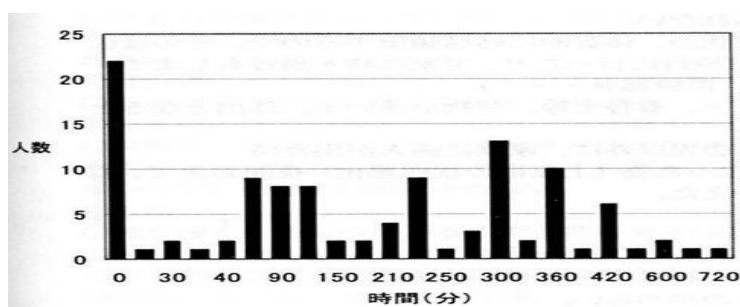


図39 主介護者が介護から離れられる時間 (N=124)

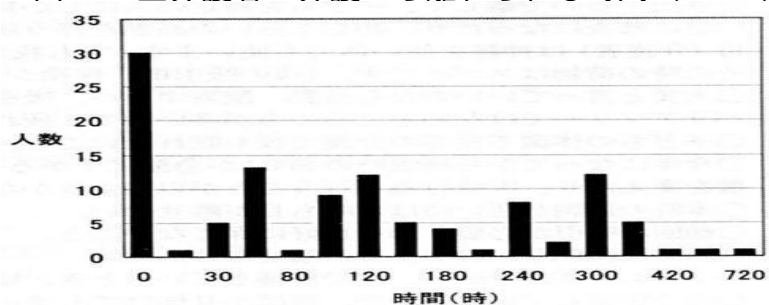


図40 外出できる時間 (N=124)

また、急な外出時に医療的ケアが必要な子どもの介護を依頼する人は、「父」58.1%、祖母37.1%、在宅支援サービス30.6%、依頼できる人がいない18.5%であった。

表9 急な外出時に介護を依頼する人 (N=124)

	実数	%
母	3	2.4
父	72	58.1
祖母	46	37.1
祖父	17	13.7
兄弟姉妹	19	15.3
親戚	7	5.6
知人	7	5.6
ご近所の人	2	1.6
ボランティア	1	0.8
隣病仲間	1	0.8
在宅支援サービス	38	30.6
依頼できる人がいない	23	18.5
心配で任せられない	9	7.3
その他	8	6.5
NA	4	3.2
計	257	207.3

「その他」	
緊急介護人	2
区のふれあいサービス	1
療育園に短期入所	1
急な外出はない	1
連れて外出する	1
いない	1
看護師資格のある介護人	1

4-3-8 重症心身障害児・者のケアを担う支援システムの必要性

1) 「健やか親子 21」中間評価報告書

<http://rhino.med.yamanashi.ac.jp/sukoyaka/mokuhyou3.html>

「健やか親子 21」で在宅医療の支援体制整備は100%を目標として掲げられている。2005年整備されている市町村の割合は14.1%であり、2001年の目標策定時より低下した。

表 10 慢性疾患児等の在宅医療の支援体制

指 標	策定時の現状値	直近値	目 標
3-22 慢性疾患児等の在宅医療の支援体制が整備されている市町村の割合	*3('01) 16.7%	*10('05) 14.1%	100%

*3 厚生労働科学研究(子ども家庭総合研究等)

*10 厚生労働省(母子保健課等)調べ

2) 平成 20 年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業(障害者自立支援調査研究プロジェクト)(検討委員長 及川郁子): 相談支援の機能強化を図るための調査研究事業-医療処置を必要としながら在宅で生活する障害児・者のための一報告書, 社団法人全国訪問看護事業協会, 2009

地域の実情に応じた医療・福祉・教育にまたがる他職種の包括的ケアマネジメントが必要である。

<アマネジメントの主体>

1. 訪問看護事業所 家族 52.0% 保健師 14.2%
市町村福祉担当者 9.8%
2. 福祉施設関係者 家族 28.4% 児童相談所/市町村福祉担当者 9/8%

<アマネジメントの連携方法>

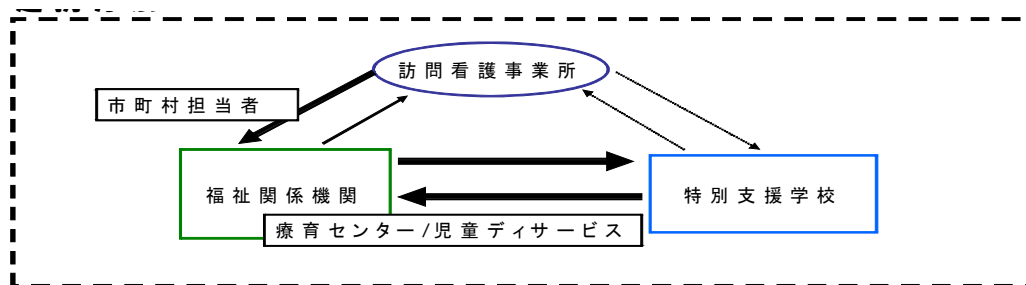


図 41 ケアマネジメントの主体と連携 (2008 年調査)

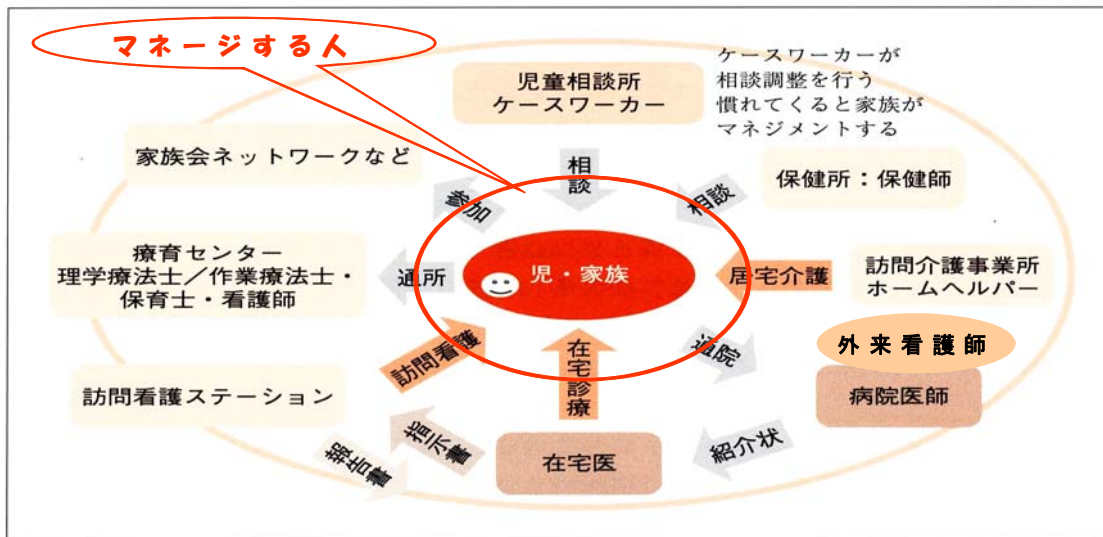


図 42 小児の在宅ケアネットワークの例

文献) 齊木・松田：在宅療養支援診療所連携ガイドブック, 医歯薬出版, 2007, p. 59

3) 社団法人全国訪問看護事業協会：平成 19 年厚生労働省保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト），重症心身障害児・者への訪問看護ステーション業務基準を活用した発達支援モデル事業報告書, 2008 年 3 月, P12.

医療的ケアの必要な障害をもつ子どもの在宅ケアについて、レスパイトや緊急時の対応を整備が求められ、訪問看護ステーションにその役割が期待されているが、現状では訪問を行っているステーションは 4 割に満たない。

表 11 重症心身障害児・者への訪問の有無（訪問看護ステーション全国調査）

	件数	ある	なし	無回答
合計	1299	479 36.9%	820 63.1%	—

4) 医療的ケアの必要な障害をもつ子どもへの訪問がある事業所の割合

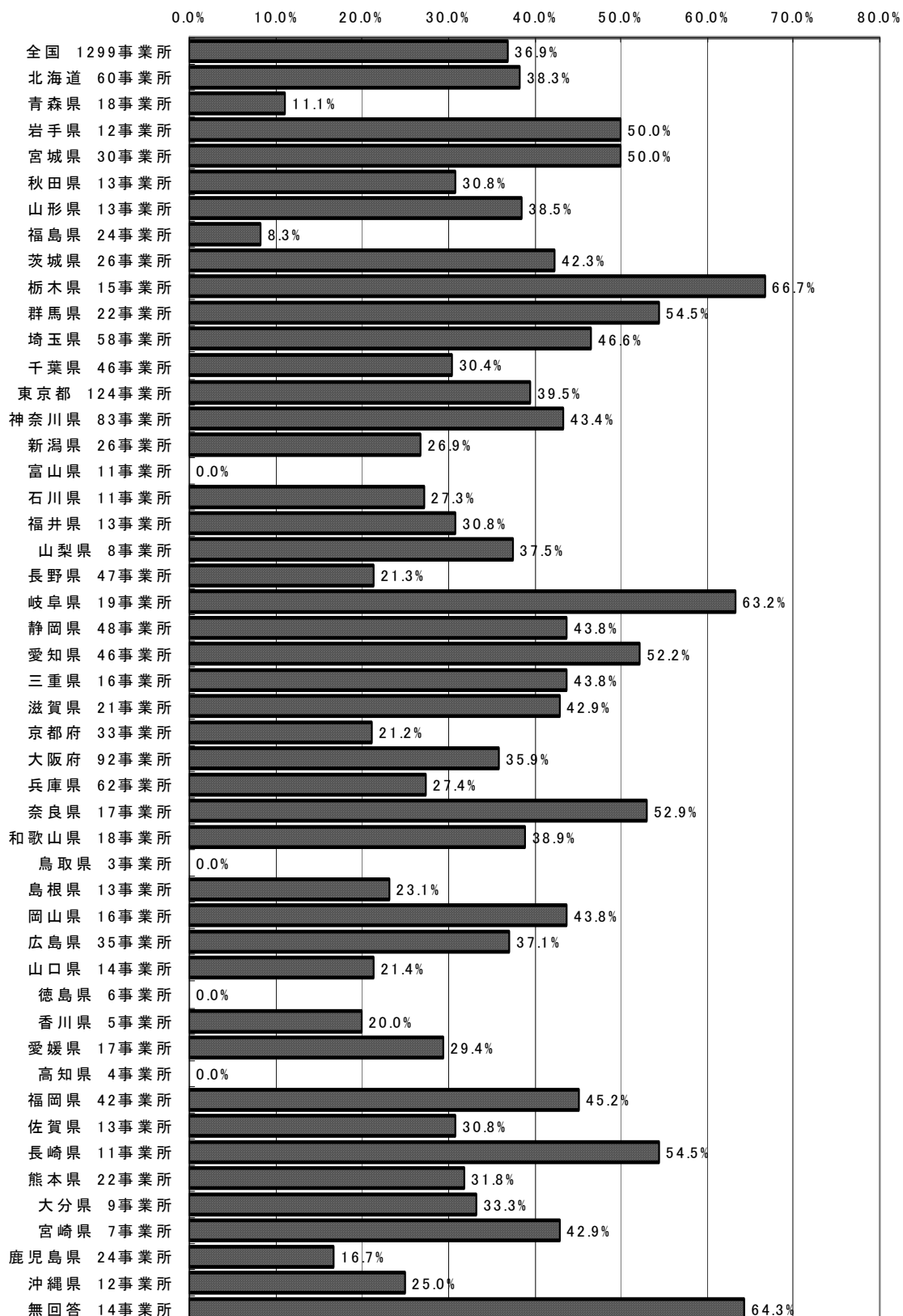


図 43 重症心身障害（神経筋含む）児・者への訪問がある事業所の割合

5) 平成 19 年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）（検討委員長 及川郁子）：重症心身障害児・者への訪問看護ステーション業務基準を活用した発達支援モデル事業報告書, 社団法人全国訪問看護事業協会, 2008

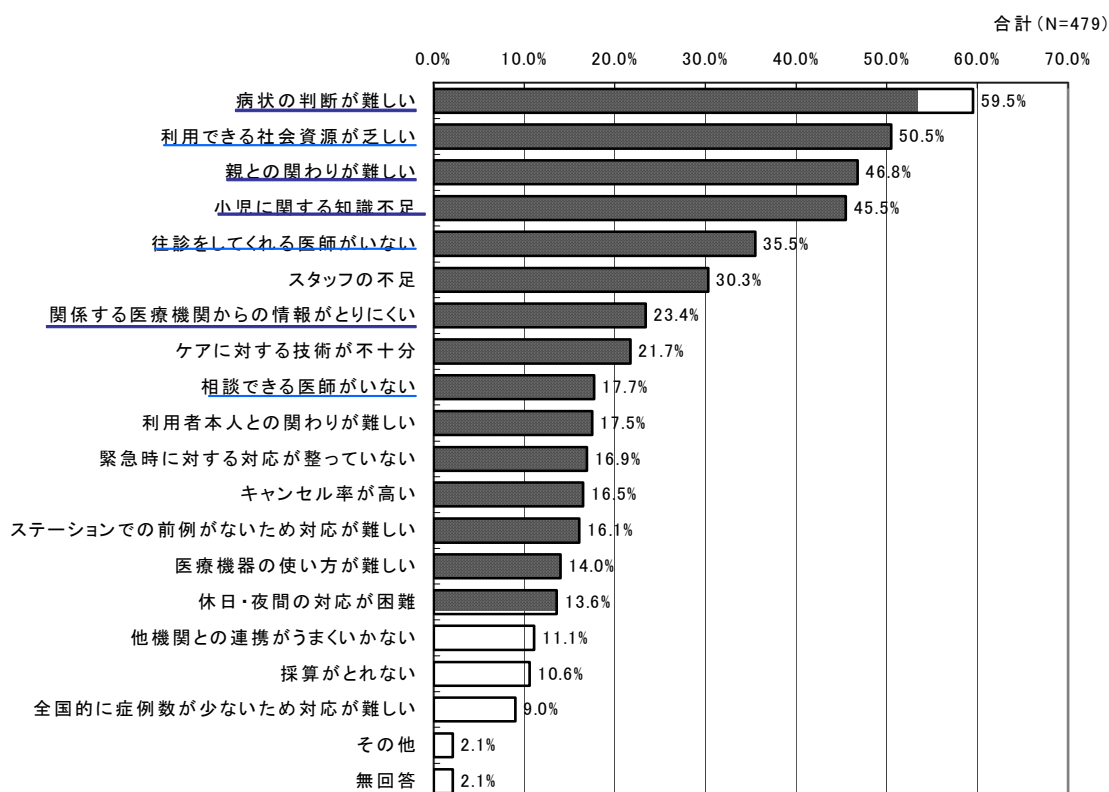


図 44 医療的ケアの必要な障害をもつ子どもへの訪問看護を行う上で訪問看護ステーションが難しいと感じていること

5) 医療的ケアの必要な障害をもつ子どもへの訪問看護を実施するために必要なサポート（複数回答）

表 12 必要なサポートだと感じていること

	合計
件数	1299
研修等の開催	973 74.9%
コンサルテーション	547 42.1%
相談窓口の設置	861 66.3%
その他	72 5.5%
特に必要なし	23 1.8%
無回答	136 10.5%

4-3-9 勝田仁美他：日本小児看護学会健やか親子 21 推進事業, 特別新学校に勤務する看護師への支援プロジェクト, 平成 21 年度報告書, 平成 22 年.

特別支援学校で医療的ケアの必要な児童の数と医療的ケアの実施

人工呼吸器など医療的ケアを必要とする子どもの在宅療養化が進み、特別支援学校に通学する児童生徒重症化している。学齢期の子どもたちが、安全で安心して教育を受けられるための支援が重要な課題となっている。勝田らは、特別支援学校における医療的ケアと看護師の役割について、調査を行った。

1) 学校内の医療的ケアを要する児童数

特別支援学校における医療的ケアを要する児童数は0～48名、平均は14.2名であった。それに対し特別新学校に勤務している看護師数は、1～3名、平均1.7名であった。看護師の雇用形態は正規雇用63.3%、非正規雇用36.7%であった。

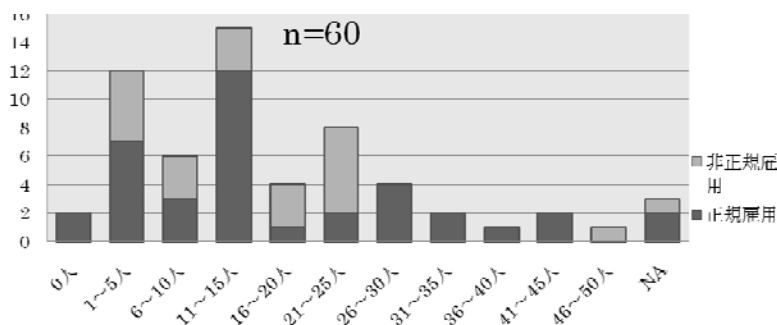


図 45 学校内の医療的ケアを要する児童数

2) 特別支援学校において看護師が実施している医療的ケア

人工呼吸器管理を行っている児童数は32名であった。多様な医療的ケアを、学校内では唯一の医療職である看護師が、少人数になっている実態がある。

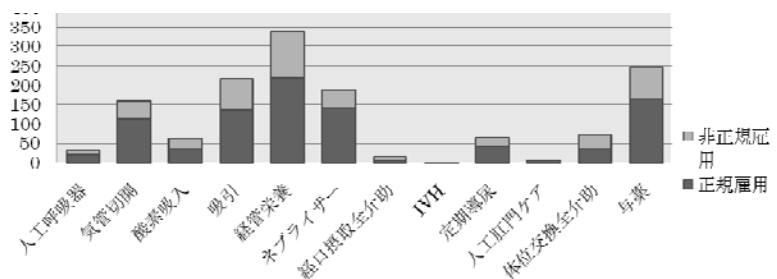


図 46 特別支援学校において看護師が実施している医療的ケア

3) 特別支援学校の看護師の感じている課題

特別支援学校の看護師は、教諭、保護者、養護教諭、主治医と連携することの難しさを指摘していた。

雇用形態が正規雇用の場合、学校内の会議に参加でき、多職種との連携に関する役割も異なってくる。また、保護者懇親会で医療的ケアについて必要な発言することができ、医療職としての役割を果たすことができていた。

4) 日本小児看護学会：特別支援学校で医療的ケアを必要とする児童生徒の安全性とよりよい教育の保障に関する政策提言、2010.

特別支援学校で医療的ケアを必要とする児童生徒の安全性とよりよい教育の保障
平成 18 年度日本小児看護学会の全国調査によれば、特別支援学校看護師の 4 割以上が

緊急事態に直面した経験を持っており、児童生徒の安全を保障する環境整備は急務である。学校で緊急事態が発生した場合、医療的環境が十分ではない中、看護師は唯一の医療者として重要な役割を担っている。

- ・自治体全体で医療的ケアを必要とする児童生徒 30 名毎に正規職員看護師を 1 名配置する。ただし、人工呼吸器の子どもがいる場合は 1 校に 1 名をは位置する。
- ・医療的ケアを受けている児童生徒 5 名に最低 1 名の看護師を配置する。
- ・医療的ケア実施者には准看護師ではなく、看護師を配置する。

5-1-1 子どもの問題行動と環境

菅原ますみ：前方向視的研究からみた小児期の行動異常のリスクファクター—発達精神病理学的研究から， 精神保健研究 (17) (50)， 7～15， 2004

5-1-2 親の対応と子どもの発達

安梅勅江：発達コホート研究から見た保育・教育の現状と将来， 第 2 回応用脳科学研究会・東京， 2010

5-1-3 子どもの情緒の安定と親の抑うつ傾向（安藤・無藤 2008）

安藤智子・無藤隆：妊娠期から産後 1 年までの抑うつとその変化 —縦断研究による関連要因の検討， 発達心理学研究 19(3)， 283-293， 2008

5-2-1 群れを成して遊ぶ子どもの減少

遊び集団の四世代の変化からみると、異年齢集団から同年齢集団への変化が見えるが、1982年のまだ道での遊びが見られた時点での道での遊び集団をみると道では異年齢の遊び集団であった。

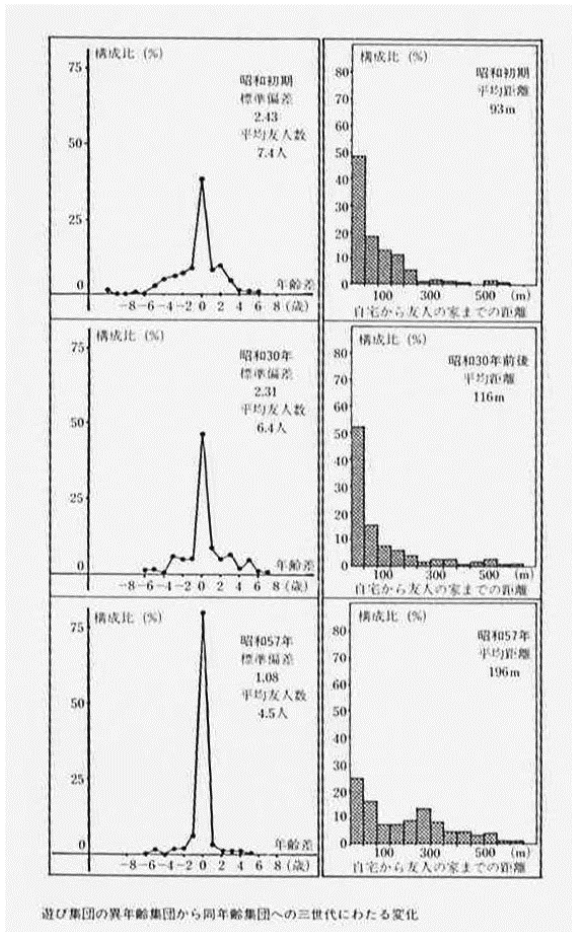


図 47 1982年時点の遊び集団の構成

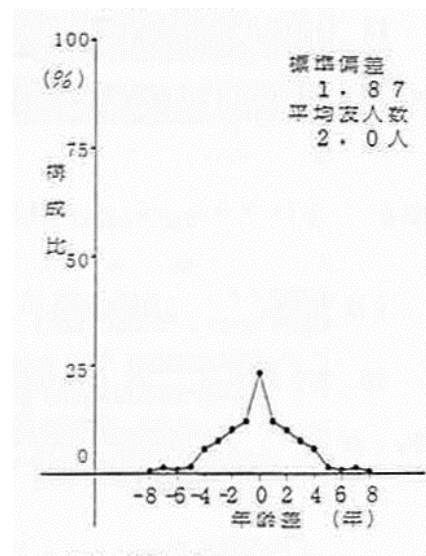


図 48 道での遊び集団

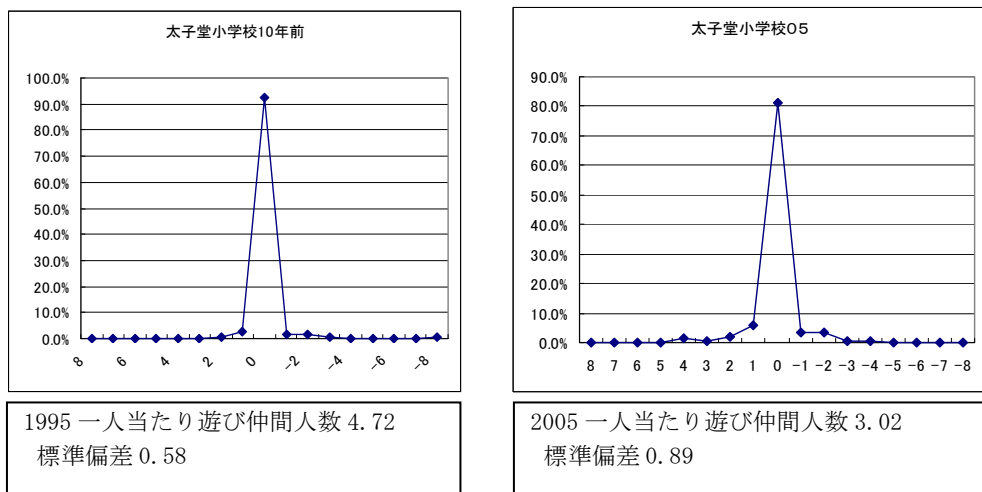


図 49 一人当たりあそび仲間人数の変化 (1995年と2005年の比較)

5-5-1 子どもの道路遊びの減少

世田谷区のある住宅地での四世代の遊び場の変化をみると、1980年代後半から道での遊びが極端に減ってきたことを物語る。

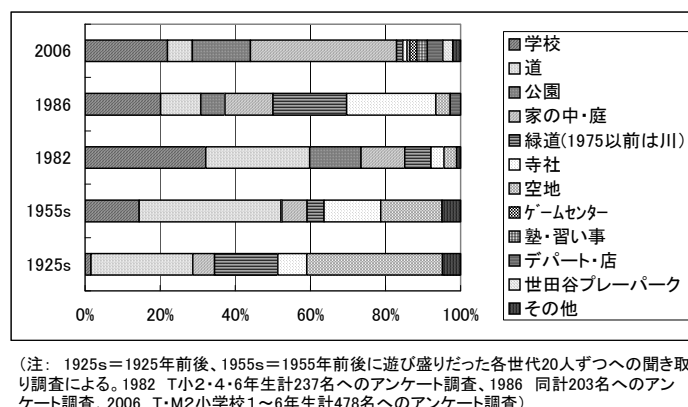


図 50 世田谷区太子堂・三宿地区での道での遊びの減少 (世代間比較: 木下勇作成)

子どもの遊びと街研究会 (木下勇代表) (1991)『街がぼくらの学校だ』をもとに新しい調査データを加えて作成

6-1-1 健診の受診率

1) 高野 陽・中村 敬・銚之原昌・吉田弘道・福本 恵・堤ちはる・野口晴子・齋藤幸子: 平成 18 年度厚生労働科学研究補助金(子ども家庭研究総合研究事業)(分担研究報告書) 乳幼児健診システムに関する全国実態調査—2005 年および 2006 年度 2 年間における悉皆調査の分析結果について—

2) 高野陽: 平成 18 年度新しい時代に即応した乳幼児健診のあり方に関する研究, 2007.

乳幼児健診は母子保健法に規定されており、4 か月、1 歳 6 カ月および 3 歳児に健康診査を実施する制度として定着している。各健診の受診率(全国平均)は、4 か月 94%、1 歳 6 か月 92%、3 歳 90%と、非常に高い水準である。これに加えて様々な時期に独自の健診を実施している。

従来、乳幼児健診の目的は疾病・異常の早期発見のためのスクリーニングであったが、子育て支援に重点を移しつつあり、子育て支援のためのさまざまなプログラムと一緒に実施するなど工夫されている。また、子どもの虐待予防とその早期発見の場としても期待されている。しかし、乳幼児健診の方法、内容については、スクリーニング中心で法に示された最低ラインは維持できているが、サービスの量も質も高くない自治体と、多くの独自サービスを取り入れている自治体とさまざま、自治体による格差も大きい。また、市町村合併により自治体規模が拡大し、母子保健体制の変更が行われたことにより、サービスの低下した地域がある。

6-1-2 子育て支援に重点を移行しつつある乳幼児健診

1) 「健やか親子 21」推進検討会：「健やか親子 21」中間評価報告書，2006.03

受診者の満足度は「健やか親子 21」の指標にもなっているが、受診者の満足度を調査している自治体は33%である（非定期を含む）。受益者の満足度調査は、サービスの向上、質の改善のために重要であり、企業、医療施設、教育機関等多様な施設で取り入れているが、乳幼児健診においては、非定期も含め3割の自治体でしか実施されておらず、質を改善するための取り組みとして不十分であるといえる。健やか親子 21 中間評価の数値による、受診者の満足度は2000年30.5%、2005年1歳6か月32.4%、3歳児30.0%であった。

表 13 乳幼児の健康診査に関する満足度

【行政・関係団体等の取組の指標】	策定時の現状値	直近値	目標
4-11 乳幼児の健康診査に満足している者の割合	*8('00) 30.5%	*3('05) 1歳6ヶ月児 32.4% 3歳児 30.0%	増加傾向へ
4-12 育児支援に重点をおいた乳幼児健康診査を行っている自治体の割合	*3('01) 64.4%	*10('05) 89.3% (政令市94%、市町村89.7%)	100%

※3 厚生労働科学研究(子ども家庭総合研究等)

※8 幼児健康度調査

※10 厚生労働省(母子保健課等)調べ

2) 中村敬主：平成 19 年度児童関連サービス調査報告書地域における子育て支援サービスに関する研究-サービス利用に関する親の心理要因とサービス利用の積極性について、子ども未来財団，2008.

中村(2008)の調査では、受診者の否定的な感想もかなり多い。「スタッフによって言うことが違う」「医師が機械的で質問できる雰囲気がない」「頭ごなしに注意されて落ち込んだ」「指摘されただけで納得いく解決策は示してもらえなかった」「欠点ばかり指摘されて自分の子育てを否定された」「心配事について質問したが的確な回答をもらえなかった」「あまりにも流れ作業すぎる」等々がある。これらのコメントを見ると、目的がシフトしてきているとは言え、子育て支援になっているとは言えない実態もあるといえる。

6-1-3 子どもの虐待防止発見の場としての健診とその効果

子どもの虐待予防とその早期発見の場としても期待されているが、虐待の増加、子育て不安が減少していないなど、母子保健水準の指標の数値が、改善していないことから、子育て支援施策が、我が国全体としては効果を上げているとは言えない現状がある。現在の乳幼児を抱える親や養育環境の変化と、これまでの乳幼児健診のあり方とのギャップが広がりつつある現状とも見える。養育者(親)を主体とした子育て支援を目的としてサービスを統合できるよう、乳幼児健診の持つ重要な意義とその他の子育て支援施策との調整やその実施方法の検討が求められている。

1) 「健やか親子 21」推進検討会：「健やか親子 21」中間評価報告書，2006.03

表 14 虐待に関する中間報告値

指 標	策定時の現状値	直近値	目 標
4-2 法に基づき児童相談所等に報告があった被虐待児数	*16('00) 17,725 件 注)児童相談所での相談対応件数	*16('04) 33,408 件 注)児童相談所での相談対応件数	増加を経て減少へ
4-3 子育てに自信が持てない母親の割合	*8('00) 27.4%	*3('05) 3ヶ月児、1歳6ヶ月児、3歳児健診の割合 19.0%、25.6%、29.9%	減少傾向へ
4-4 子どもを虐待していると思う親の割合	*8('00) 18.1%	*3('05) 4.3%、11.5%、17.7%	減少傾向へ

※3 厚生労働科学研究(子ども家庭総合研究等)

※8 幼児健康度調査

※16 社会福祉行政業務報告

2) 橋本廣子, 宮田延子, 下井勝子, 山田小夜子, 3歳児健診から見た育児不安と育児支援—不安の時期と育児支援から—, 岐阜医療科学大学紀要 2, 33-38, 2008.

岐阜県 A 市の 3 歳児健康診査の対象児の母親 154 名への調査

- ・ 育児への心配事
 - 現在ある人 27 名 (26.2%)、過去に心配があった人 53 名 (51.3%)
- ・ 心配事の時期 (複数回答)
 - 3 歳前後 41 名 (51.3%)、退院後 1 か月までと 2 歳前後 26 名 (32.5%)、出産直後、退院直後、1 歳前後 19 名 (23.8%)、どの時期にも心配事はあった。
- ・ 育児不安
 - 「子どもと一緒にいると楽しい」 95 名 (93.1%)
 - 「子どものことでどうしたらよいかわからなくなる」 38 名 (37.3%)、
 - 「母親として不適格と感じる」 31 名 (30.4%)、
 - 「何となく育児に自信が持てないように思う」 28 名 (27.5%)
 - 「特に理由はないが子どものことがとても気になる」 32 名 (33.3%)、
 - 「育児ノイローゼに共感できる」 56 名 (54.9%)
 - 「叱りすぎるなど子どもを虐待しているのではないかと思う」 40 名 (39.2%)
 - 「子どものことが煩わしくてイライラする」 21 名 (20.6%)
 - 「子どもを育てることが負担に感じられる」 20 名 (19.6%)
- ・ 3 歳までに利用した育児支援施設やサービス
 - 児童センター 23%、公園 18%、子育て支援センター 9%、集いの広場 10.5%、乳幼児健康支援一時保育事業 1.5%、地域子育て支援センター 8.0%、ファミリーサポートセンター 1.0%、子育て NP00.9%
- ・ 父親の協力の有無と育児不安
 - 協力者がある母親は 40.7%で、協力者がある母親より少ない。
 - 協力者なしで、育児不安がある母親は 33.5%と最も多かった。

3) 伊吹麻里, 中村歩美, 中野真希他, 核家族における乳幼児期の母親の育児不安-育児不安に影響する人的環境要因-, 藍野学院紀要 18, pp. 106-105, 2004.

15年7月にA市B区における乳幼児健診受診者で3か月児、1歳6か月児、3歳児, 各100名の核家族世帯の母親300名を対象とした調査

・ 育児不安の有無とその内容

育児不安あり母親 全体では55.3%

3か月 54% (身体面64.1%、環境面12.8%、食事9.0%、その他5.1%、精神面3.8%、家庭・しつけ2.6%)

1歳6か月 72% (身体面31.7%、精神面26.7%、しつけ21.7%、食事16.7%、家庭・環境面1.6%)

3歳 41% (身体面25.7%、しつけ21.6%、精神面18.0%、食事12.2%、環境10.8%、家庭8.1%、その他3.6%)

4) 阿部範子, 母親のライフスタイルおよび充実感と育児不安の関係, 日本赤十字短期大学紀要 12, PP. 1-6. 2007.

平成14年1歳6か月、3歳児健診でA保健センターに来所した第1子の母親705名の質問紙調査 (育児不安尺度を使用)

・ 趣味に時間を割いている母親131名の不安尺度平均値は25.84、割いていない母親123名の平均値24.27に比べ、優位に得点が高く、育児不安は低かった。

・ 充実感・幸福感が得られる行動と育児不安

充実感幸福感が得られる行動として、「子どもと家で遊んでいる時」が55%で最も多かった。

「友人・知人と話している時」42%、「趣味を楽しんでいる時」26%であった。「子どもと遊んでいる時」「夫と話をしている時」「子どもの世話をしている時」に充実感・幸福感が得られると答えた母親と、そうでない母親との間に尺度得点のあきらかな差がみられた。これらの項目に充実感を得られていない母親の特点是低く、育児不安が強かった。

5) 高濱裕子, 渡辺利子: 母親が認知する歩行開始期の子どもの扱いにくさ-1歳から3歳までの横断研究-, お茶の水女子大学子ども発達教育研究センター紀要, 2006

扱いにくいと認知された子どもは、1歳には15.3%、2歳には20.3%、3歳には14.8%存在した。扱いにくいと認知された子どもは、2歳3歳で男児に有意に多かった。

・ 子どもの扱いにくさを認知する理由

母親が挙げた理由からカテゴリー分類したところ、反抗30.9%、自己主張25.5%、慣れにくさ・過敏19.7%、活動水準9.6%、食事睡眠7.4%、子ども同士の関係、意思疎通2.1%等であった。

6-2-1 ワクチンの接種状況の比較（日本・米国）

渡辺博:わが国と米国における予防接種体制の違い, 日医雑誌, 第138巻・第4号, 2009.07
 日本と米国の予防接種を比較し、定期接種で受けられるワクチンの種類が大きく異なり、米国以外の先進国でも米国に近い種類の定期接種が実施されているにもかかわらず、日本だけ種類が極端に少ないことを指摘している。

表 15 予防接種の種類、接種形式、接種回数 わが国と米国との比較

予防接種	わが国	米国*	注釈
B型肝炎		○	日本はキャリアの母から出生した児にのみ
DPT 三種混合	○	○	日本の DT 追加接種時に、米国では追加接種用の DPT を使用
インフルエンザ b 菌			日本は 2008 年より任意接種
ポリオ	○	○	米国では不活化ワクチンを使用
MMR	△	○	日本では MR ワクチンを定期接種、ムンプスワクチンは任意接種
水痘		○	
髄膜炎菌	×	○	
肺炎球菌			日本では 2010 年より任意接種
インフルエンザ		○	米国では 6-23 ヶ月までの乳幼児全員が定期接種
A 型肝炎		○	
HPV		○	日本では 2009 年より任意接種
BCG	○		

○：定期接種、空欄：任意接種、×：ワクチンが市販されていない、△：その他、MMR：麻疹、おたふくかぜ、風疹、HPV：ヒトパピローマウイルス、*：米国だけでなく、英国、フランスなどの EU の先進国はほぼ同じ状況である。

(渡辺博：わかりやすい予防接種、改訂第3版、診断と治療社、東京、2006を一部改変)

6-3-1 日本学術会議臨床医学委員会出生・発達分科会：提言「事故による子どもの傷害」の予防体制を構築するために、2008.08

表 16 年齢階層別・原因別小児の死因（平成 18 年度人口動態統計）

		総数	年齢				
			0 歳	1~4 歳	5~9 歳	10~14 歳	15~19 歳
第 1 位	死 因	悪性新生物	先天奇形等	不慮の事故	不慮の事故	悪性新生物	不慮の事故
	死亡数	329,198	1,003	206	169	133	606
	死亡率	260.9	91.8	4.7	2.9	2.2	9.5
第 2 位	死 因	心疾患	呼吸障害等	先天奇形等	悪性新生物	不慮の事故	自殺
	死亡数	172,875	389	163	114	106	500
	死亡率	137	35.6	3.7	1.9	1.8	7.9
第 3 位	死 因	脳血管疾患	乳幼児突然死症候群	悪性新生物	先天奇形等	自殺	悪性新生物
	死亡数	128,203	176	87	48	76	189
	死亡率	101.6	16.1	2	0.8	1.3	3
第 4 位	死 因	肺炎	出血性障害等	心疾患	肺炎	心疾患	心疾患
	死亡数	107,189	150	75	29	43	90
	死亡率	85	13.7	1.7	0.5	0.7	1.4
第 5 位	死 因	不慮の事故	不慮の事故	肺炎	心疾患	先天奇形等	脳血管疾患
	死亡数	38,145	148	56	28	34	33
	死亡率	30.2	13.5	1.3	0.5	0.6	0.5

6-3-2 傷害予防に取り組むべき課題

WHO:child and adolescent injury prevention - A global call to action, 2005
世界保健機構：乳幼児・青少年の事故による傷害の予防—全世界的行動キャンペーン（山中龍宏監訳，2006）

6-5-1 高校生の性体験率

五十嵐隆：日本における思春期医学・医療の現状とこれから，小児科 2009;50:1671-1676
東京都幼小中高性教育研究会：性意識調査報告，東京，1999，pp25-38.

6-5-2 思春期の子ども達の妊娠

五十嵐隆：日本における思春期医学・医療の現状とこれから，小児科 2009;50:1671-1676
母子衛生研究会：母子保健の主なる統計，母子保健事業団，東京，2009，pp21-87.

6-5-3 子どものクラミジア感染・子宮頸癌の増加

五十嵐隆：日本における思春期医学・医療の現状とこれから，小児科 2009;50:1671-1676
厚生労働省 2001 年度 STD・センチネル・サーベイランス報告 <http://www.health.ne.jp>
小野寺昭一：性器クラミジア感染症の現状，小児科 2006;47:1301-1306
外川正生：小児の HIV/AIDS—小児科医が知っておくべき性感染症としての HIV/AIDS，小児科 2006;47:1307-1312
木原雅子，シャハラザード・M・ラバリ：思春期の性行動と性感染症—問題の構造と展望—，小児科 2006；47：1320-1326
保田仁介：性感染症，小児科 2009;50:1797-1801

6-5-4 「命の継続」という観点に立脚した思春期の子どもへの教育

五十嵐隆：日本における思春期医学・医療の現状とこれから，小児科 2009;50:1671-1676

6-5-5 思春期医学の臨床医学の育成

五十嵐隆：日本における思春期医学・医療の現状とこれから，小児科 2009;50:1671-1676
日本小児科学会次世代育成プロジェクト委員会：わが国の社会への「子どもの性の問題に関する」提言，日本小児科学会雑誌 2008;112：133

7-1-1 日本の国民の貧困率（厚生労働省 2009）

厚生労働省「相対的貧困率に関する公表」2009. 10. 20

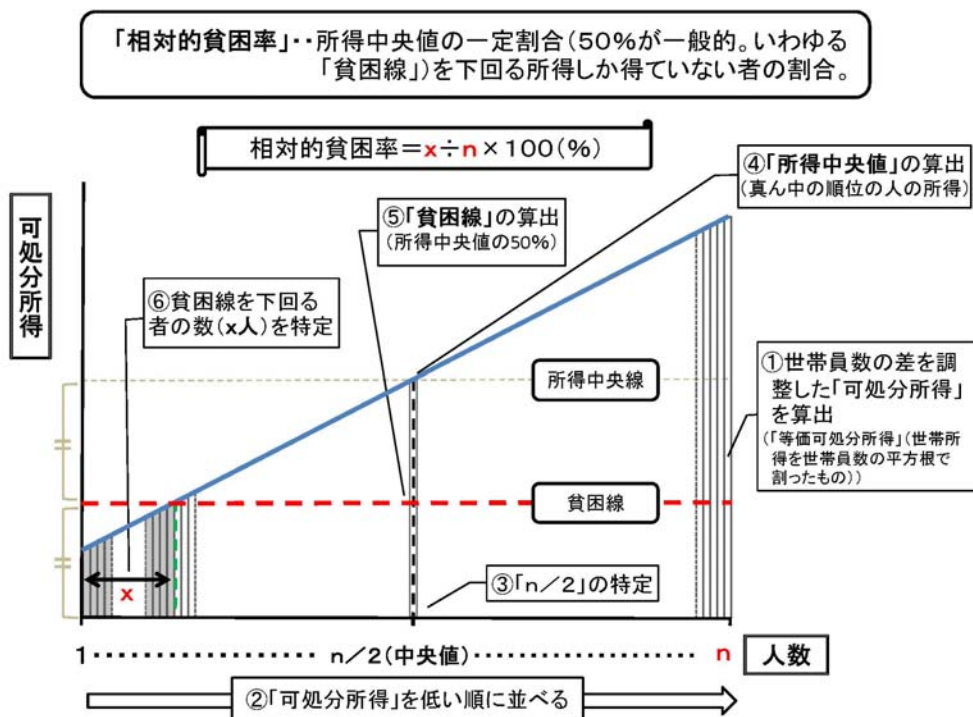
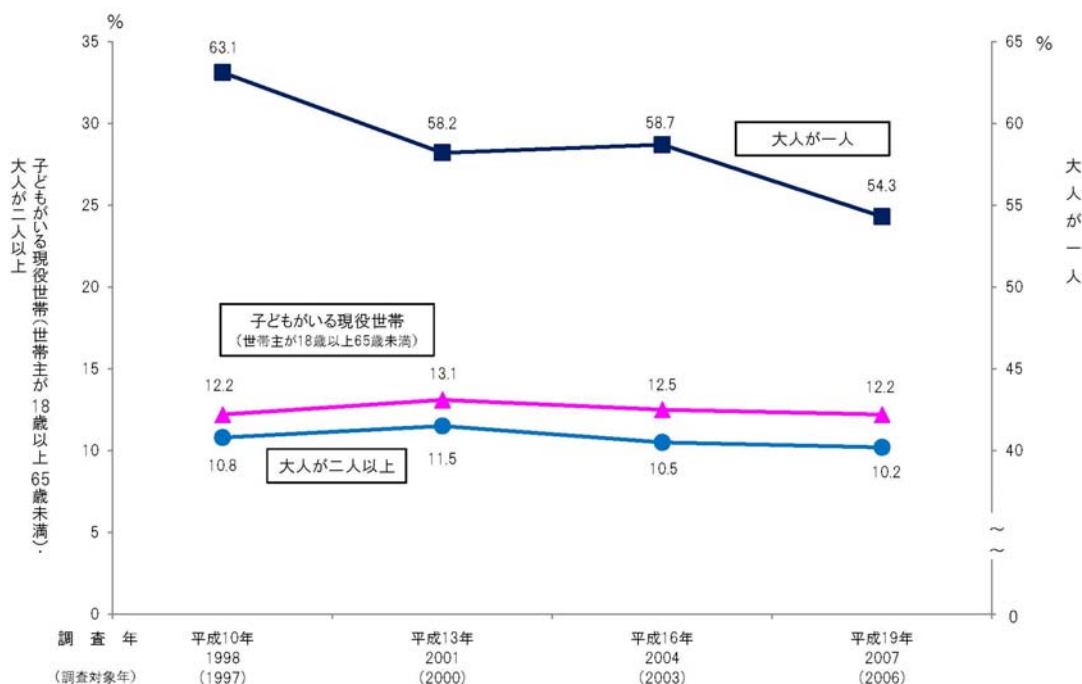
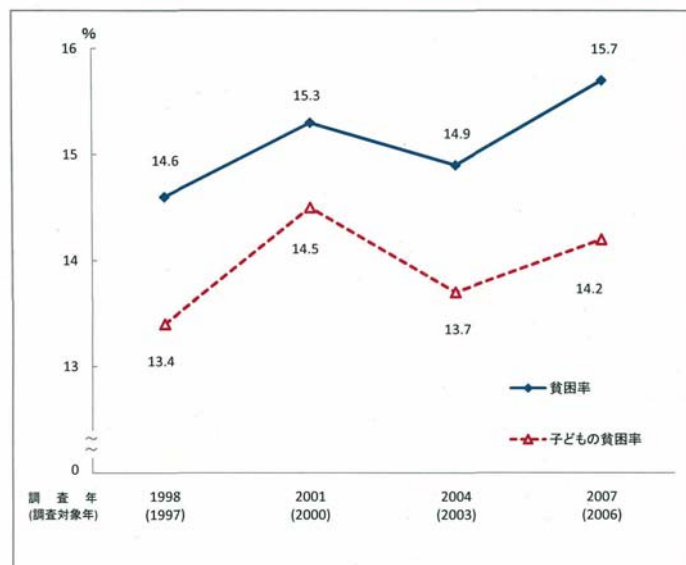


図 51 子どもがいる現役世帯（世帯主が18歳以上65歳未満）の世帯員の相対的貧困率

7-1-2 1人親世帯の貧困率



資料：厚生労働省「国民生活基礎調査」を基に算出した。

注：1) 「所得」は、調査対象年1年間（1月～12月）の所得である。

2) ここでいう所得には、現金給付として受給した社会保障給付費は含まれるが、現物給付は含まれていない。

3) 可処分所得とは、所得から所得税、住民税、社会保険料及び固定資産税を差し引いたものをいう。

4) 相対的貧困率の算出にあたっては、国立社会保障・人口問題研究所作業班がOECDに提供している貧困率の作成基準によっている。

図 52 相対的貧困率の年次推移（平成 21 年 10 月 20 日）

7-1-3 OECD 最高の貧困率

	相対的貧困率		子どもの貧困率		子どもがいる現役世帯（世帯主が18歳以上65歳未満の世帯）の貧困率					
	割合	順位	割合	順位	合計		大人が一人		大人が二人以上	
					割合	順位	割合	順位	割合	順位
オーストラリア	12.4	20	11.8	16	10.1	16	38.3	19	6.5	12
オーストリア	6.6	4	6.2	5	5.5	5	21.2	8	4.5	5
ベルギー	8.8	15	10.0	10	9.0	12	25.1	10	7.3	14
カナダ	12.0	19	15.1	21	12.6	21	44.7	27	9.3	18
チェコ	5.8	3	10.3	13	7.7	9	32.0	15	5.5	7
デンマーク	5.3	1	2.7	1	2.2	1	6.8	1	2.0	1
フィンランド	7.3	9	4.2	3	3.8	4	13.7	4	2.7	3
フランス	7.1	6	7.6	6	6.9	7	19.3	7	5.8	8
ドイツ	11.0	17	16.3	23	13.2	22	41.5	25	8.6	16
ギリシャ	12.6	21	13.2	18	12.1	18	26.5	13	11.7	23
ハンガリー	7.1	6	8.7	8	7.7	9	25.2	11	6.8	13
アイスランド	7.1	6	8.3	7	7.3	8	17.9	5	6.2	10
アイルランド	14.8	26	16.3	23	13.9	23	47.0	28	10.1	21
イタリア	11.4	18	15.5	22	14.3	25	25.6	12	14.0	27
日本	14.9	27	13.7	19	12.5	19	58.7	30	10.5	22
韓国	14.6	24	10.2	12	9.2	13	26.7	14	8.1	15
ルクセンブルク	8.1	11	12.4	17	11.0	17	41.2	24	9.7	20
メキシコ	18.4	30	22.2	29	19.5	29	32.6	16	18.7	29
オランダ	7.7	10	11.5	15	9.3	14	39.0	20	6.3	11
ニュージーランド	10.8	16	15.0	20	12.5	19	39.1	21	9.4	19
ノルウェー	6.8	5	4.6	4	3.7	3	13.3	3	2.1	2
ポーランド	14.6	24	21.5	28	19.2	28	43.5	26	18.4	28
ポルトガル	12.9	22	16.6	25	14.0	24	33.4	17	13.3	24
スロヴァキア	8.1	11	10.9	14	10.0	15	33.5	18	9.2	17
スペイン	14.1	23	17.3	26	14.7	26	40.5	23	13.9	26
スウェーデン	5.3	1	4.0	2	3.6	2	7.9	2	2.8	4
スイス	8.7	14	9.4	9	5.8	6	18.5	6	4.9	6
トルコ	17.5	29	24.6	30	20.3	30	39.4	22	20.0	30
イギリス	8.3	13	10.1	11	8.9	11	23.7	9	6.1	9
アメリカ	17.1	28	20.6	27	17.6	27	47.5	29	13.6	25
OECD平均	10.6		12.4		10.6		30.8		5.4	

資料：OECD「Growing Unequal?」等

図 53 子どもの貧困率

出典：OECD「図表でみる世界の社会問題 OECD 社会政策指標 貧困・不平等・社会的排除の国際比較」明石書店、2006

7-1-4 子どもの貧困の状況（阿部・山野 2008）

阿部彩「子どもの貧困—日本の不公平を考える」岩波新書 2008

山野良一「子どもの最貧国・日本—学力・心身・社会におよぶ諸影響」光文社新書 2008

7-1-5 親の経済格差と幼児の語彙力の習得度

1) 格差や養育スタイルと語彙について

内田伸子 (2010) 「日本の子どもの育ちに影を落とす日本社会の経済格差—学力基盤力の経済格差は幼児期から始まっているか?—」『学術の動向』2010, 4, pp. 104-111.

2) リテラシー追跡調査の結果：（リテラシー追跡調査 幼児期しつけと国語力・語彙力）

Nobuko Uchida, Mutsumi Imai, & Yuuri Ishida(2010)

What counts the most for early literacy acquisition?: Japanese data. ; Paper Presented at An Internarional Conference: Research in Reading , Chinese and related Asian Languages, 2010 July2-3, University of Tront, Canada.

第一に、幼児期の共有型しつけが、小学校1年生の国語学力（PISA型読解力・活用力・論理力・書写・漢字書き取りからなる問題）や語彙力と因果関係があることが確認された。逆に強制型しつけを受けていると国語学力や語彙力が低下することも明らかになった。経済格差は親の養育スタイルにより、是正する可能性があることが確認できた。

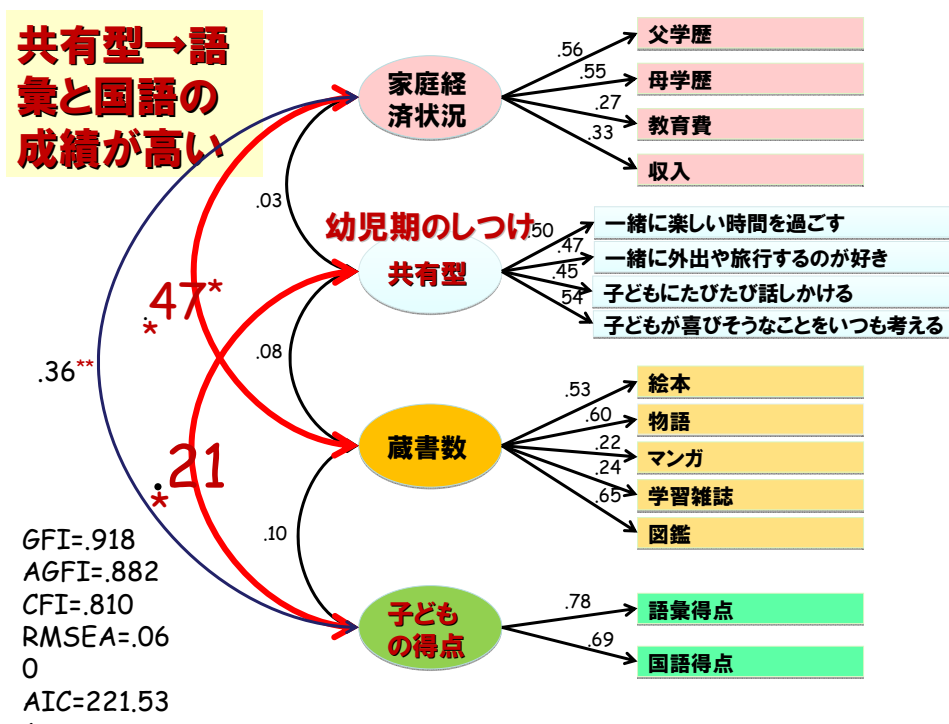


図 54 幼児期のしつけと国語学力、語彙力との関係

第二に、幼児期の語彙能力と書く力が、小学校1年の国語学力に因果関係があることが確認された。

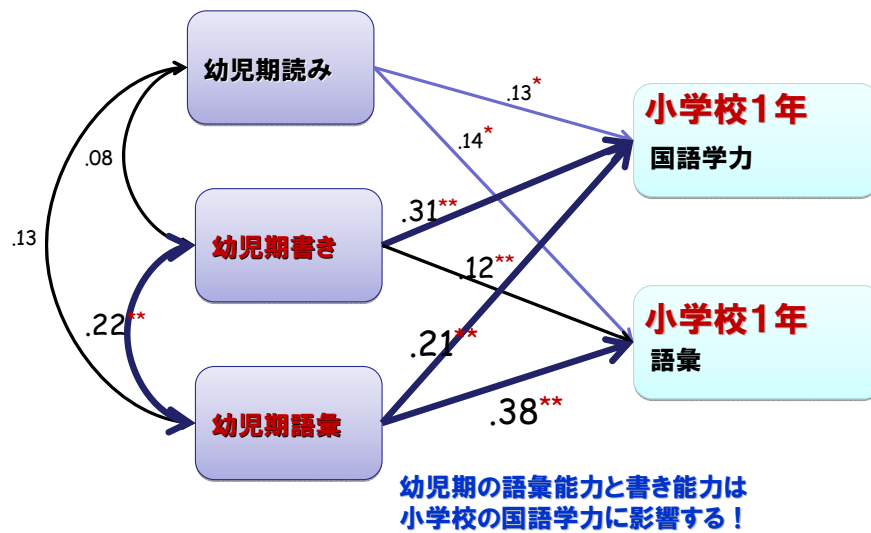


図 55 幼児期の語彙力・書く力と小学期の国語学力との関係

3) ペンシルヴァニアコホート調査 (ビデオ早期教育の弊害)

ペンシルヴァニアの乳児1600名を5年間追跡した結果、A群（早期教育ビデオ教材を一日1時間以上見せたグループ）、B群（ビデオは30分程度しか見せないグループ）、C群（ビデオは10分以内かほとんど見せないグループ）で顕著な差異が見られ、C群は言語発達や認知発達は進み、B群は年齢の平均程度、A群の認知発達、言語発達は遅滞する傾向が見られた。この結果から、言語や知能の発達は、一方的なビデオ教材に被曝させると明らかに遅滞すると考えられる。言語や知能は、人々との社会的やり取りを通して順調に成長することが明らかである。

(Zimmerman,Christakis & Meltzoff,2007)

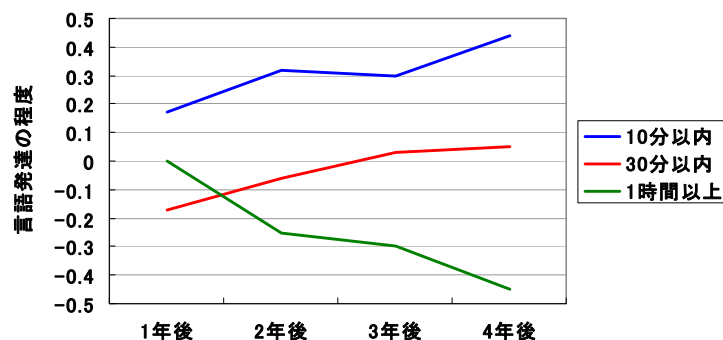


図 56 ビデオ視聴時間と言語発達の程度

7-1-6 1人親家庭・経済的困難・孤立と虐待（東京都福祉保健局 2005）

表 17 児童虐待が行われた家庭の状況

家庭の状況		合わせてみられる他の状況上位3つ
1 ひとり親家庭	460件(31.8%)	①経済的困難 ②孤立 ③就労の不安定
2 経済的困難	446件(30.8%)	①ひとり親家庭 ②孤立 ③就労の不安定
3 孤立	341件(23.6%)	①経済的困難 ②ひとり親家庭 ③就労の不安定
4 夫婦間不和	295件(20.4%)	①経済的困難 ②孤立 ③育児疲れ
5 育児疲れ	261件(18.0%)	①経済的困難 ②ひとり親家庭 ③孤立

出典：東京都福祉保健局「児童虐待の実態Ⅱ（2005年12月）」

7-2-1 貧困から子どもの成長への影響の仕方（阿部 2008）

阿部彩「子どもの貧困—日本の不公平を考える」岩波新書 2008

7-2-2 子どもの健康・学力・所得・幸福度等の成長の阻害

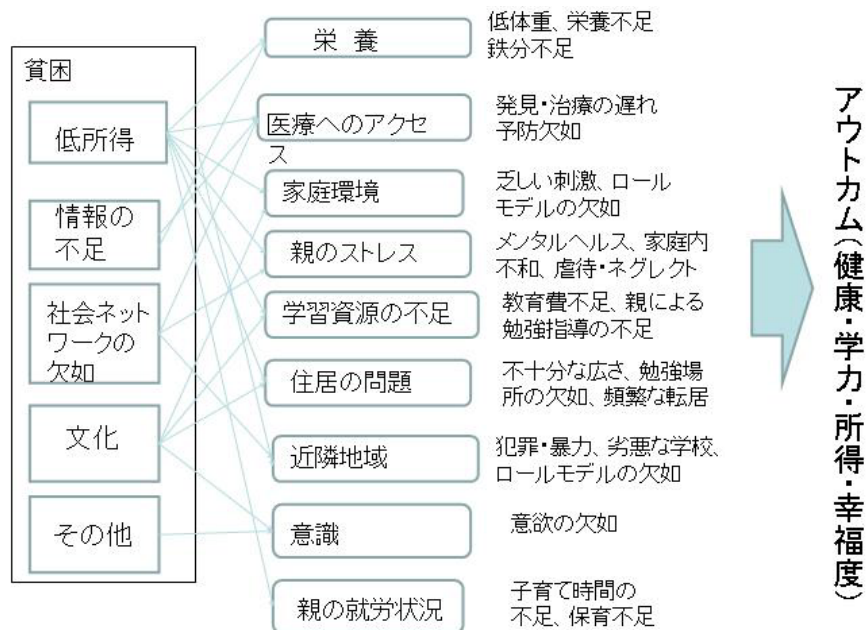
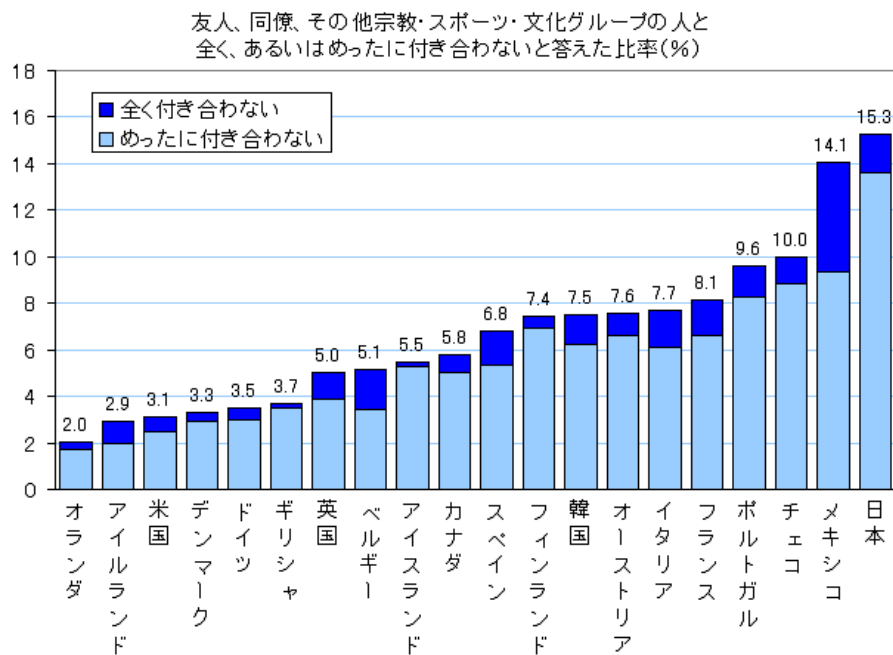


図 57 貧困と成長をつなぐ経路 出典) 阿部彩：こどもの貧困

7-2-3 社会的孤立状況（OECD）

出典：「図表でみる世界の社会問題 OECD 社会政策指標 貧困・不平等・社会的排除の国際比較」明石書店, 2006 年

“Society at a Glance” という統計集は OECD 諸国の社会政策について、「一般的な背景」、「自立」、「公正」、「健康」、「社会的結束」の 5 項目ごとにグループ化した指標で明らかにしている。ここで提示しているデータは「社会的結束」に属する主観的福祉、社会的孤立、団体加入、10 代の出産、麻薬の使用及び関連する死亡、自殺の指標で構成されている。



(注) 原資料は世界価値観調査1999-2002。英国はグレートブリテンのみ。

(資料) Society at a Glance: OECD Social Indicators - 2005 Edition

図 58 社会的孤立の状況（OECD 諸国の比較）