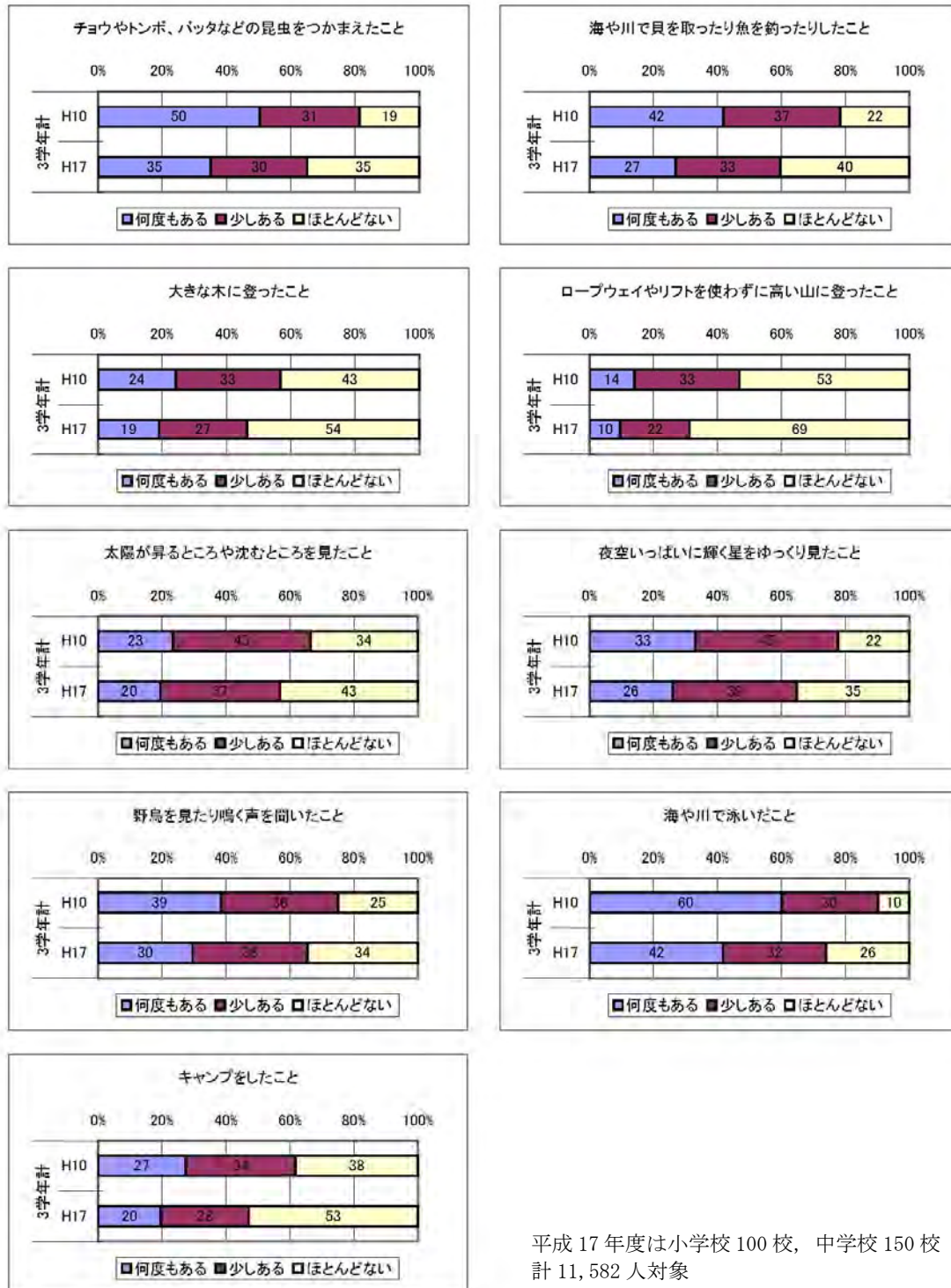


(4) 自然体験が可能な環境づくり

3-4-1 自然体験の経年変化（平成10年と17年の比較）

国立青少年教育振興機構・国立オリンピック記念青少年総合センター、青少年の自然体験活動等に関する実態調査報告書、pp. 24-25、2006.

平成10年と17年の子どもの自然体験を比較すると、ほとんどの項目で自然体験が減少していることがわかる。



平成17年度は小学校100校、中学校150校
計11,582人対象

図 3-4-1-1 自然体験の経年変化（平成10年と17年の比較）

3-4-2 自然体験と正義感、道徳観

国立青少年教育振興機構・国立オリンピック記念青少年総合センター、青少年の自然体験活動等に関する実態調査報告書、pp. 24-25、2006.

独立行政法人国立青少年教育振興機構国立オリンピック記念青少年総合センターの調査によれば、自然体験の多い青少年には、道徳観や正義感があり、学習意欲や課題解決意欲が高いこと、集団による長期キャンプは、積極性や協調性を高め、判断能力を育てるといった社会性の育成に効果の高いことが報告されており、子どもたちが自然体験活動をはじめ、様々な体験活動を行うことは重要であると考えられる。

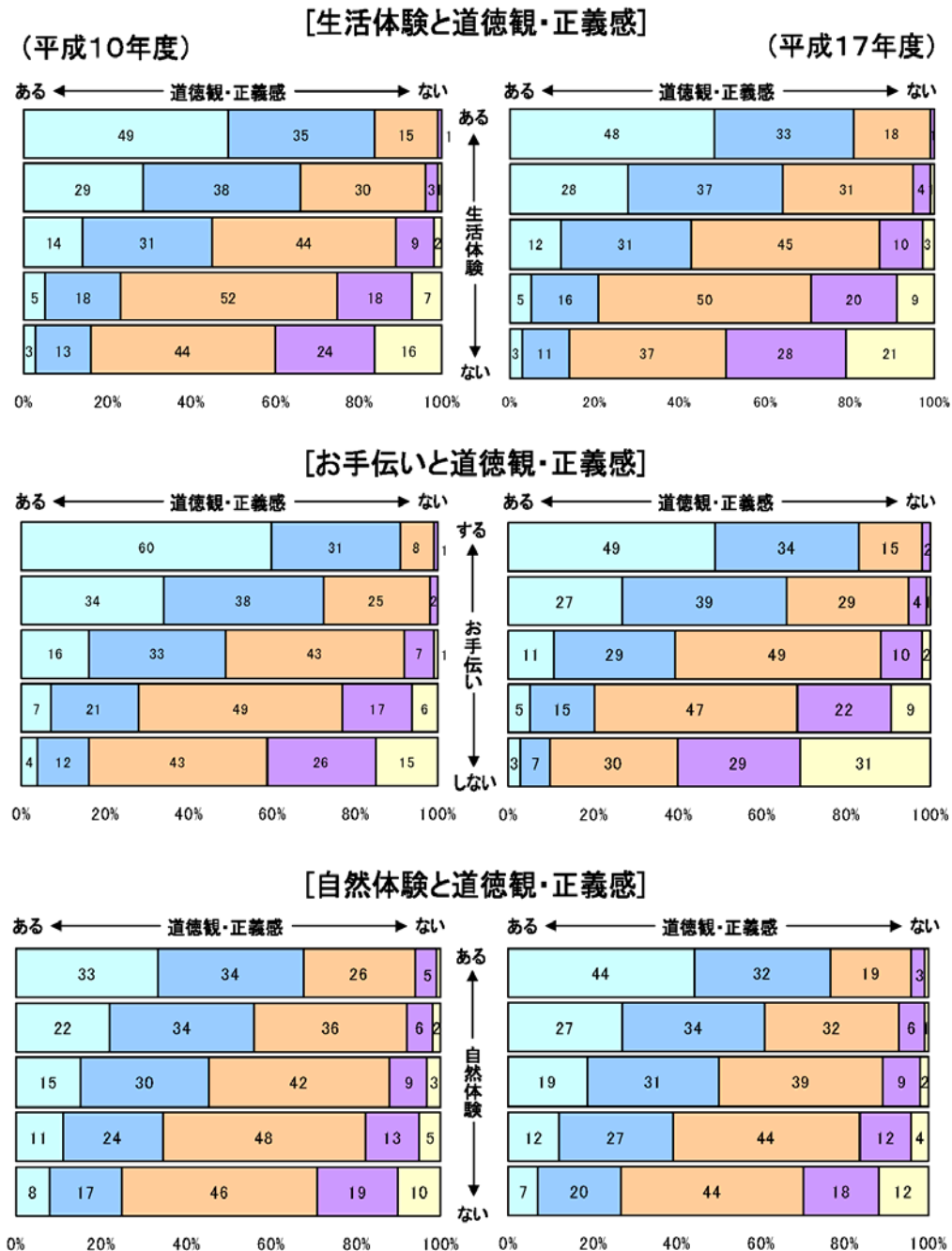


図 3-4-2-1 道徳観・正義感と他の項目との関係（平成10年・17年の比較）

3-4-3 センス・オブ・ワンダー

From The Sense of Wonder, by Rachel L. Carson, copyright 1956.

レイチェル・カーソン／上遠恵子訳：センス・オブ・ワンダー，新潮社，1996

『センス・オブ・ワンダー』は、レイチェル・カーソンが幼い子どもと一緒に自然を探索した体験をもとに書かれたエッセイで、子どもたちと自然の中に出かけ、神秘さや不思議さに目をみはる感性を育み、分かち合うことの大切さを伝えている。

3-4-4 子ども夢基金 <http://yumekikin.niye.go.jp/about/index.html>

子ども夢基金は民間と政府による出資で子どもの体験活動、読書活動、教材開発に対して助成が行われており、子どもの自然体験活動におけるリーダー作りなどに生かされている。

3-4-5 環境教育に取り組む山形県【めばえ幼稚園】の例 <http://kaneyama.mebae.ed.jp/>

山形県のめばえ幼稚園では循環型、持続型の社会を目指すユニークな自然体験学習が行われている。



3-4-6 野外保育と一般の室内型保育の比較

岡部翠編、幼児のための環境教育(スウェーデンからの贈りもの「森のムッレ教室」、新評論、2007

創造性

グリーン博士は研究発表のなかで、スタータレンガン保育園(森のムッレ教室)の子どもの方が遊びの内容が深く、創造性の豊かな遊びをしていると指摘しています。その理由として彼は、遊びの環境の違いを挙げています。スタータレンガン保育園の遊具はすべて自然のものなので後片付けをする必要がなく、遊んでいたものをそのまま翌日まで残しておけます。そして、同じ遊びを気が済むまでしたり、その道びからさらに内容の深い遊びに発展させたりすることができます。つまり、スター

タレンガン保育園では、子どもたちの想像次第で園庭が戦場になったり、妖精や女王の世界になったり、ショッピングセンターになったりするのです。一方、レーキャッテン保育園（建築家設計の普通の保育園）は、外で遊ぶ時間が短いために遊びといっても自転車で庭をグルグル回ることしかできないような状態です。そのため、たとえば仲間同士で役割を決めて何かを演じるといった、ファンタジーのなかの物語をゆっくり発展させるだけの時間がないと言えます。

健康

ラグーン博士は、野外保育が子どもたちの健康にもよい効果があることも明らかにしました。2つの保育園における年間の平均病欠率を比べたところ、レーキャッテン保育園は八パーセント、スタータレンガン保育園は14パーセントという数値が出ました。明らかに、野外保育園の子どもたちのほうが病欠が少なく、健康であることがわかります。また、言うまでもないことですが、室内で過ごす時間が長ければ長いほど病気が感染する機会が高くなってしまいます。この点でも、一日のほとんどを野外で過ごす野外保育園の子どもたちは、身体いっぱい新鮮な空気を吸って子ども本来の生活のリズムにあった日々を過ごしているために、ストレスが少なく、比較的病気になることが少ないという結論を出しています。

運動神経

この比較調査では、二つの保育園に通う子どもたちの運動神経の発達状況を比較するために、児童理学療法士による運動神経のテストも実施されました。そのテストには、集中力が必要な運動から肉体的に難易度の高い運動までが含まれていました。ちなみに、比較されたのは、バランス、敏速性、体のコーディネーション能力、柔軟性、腹筋力などです。その結果、素早く走って素早く逆戻りするというテストにおいては二つの保育園の差はあまり見られませんでした。しかし、身体の柔軟性においてはスタータレンガン保育園の子どものほうがはるかに優れているという結果が出ましたし、握力、幅跳び、腹筋力、バランスカにおいても同様の結果が出ています。野外保育園では木登りをしたり、岩に登ったり、垣根をくぐったりという動作を常にしているので、自然と体の柔軟性や背中の筋肉と腹筋、バランスカ、コーディネーション能力が鍛えられます。当然、木の枝やロープにぶらさがったりするので握力も発達します。これらを見ただけでも、野外保育園のほうが運動神経の発達を促しているということがわかると思います。

表 3-4-6-1 体力テストの結果

EUROFIT テスト	レーキャッテン園	スタータレンガン園
①30秒間片足で立ったときやり直した回数 (バランス)	3.9回	2.0回
②片手で二つのゴム板を交互に50回すばやくたく (敏捷性、コーディネーション能力)	34秒	32秒
③座った状態で手を伸ばして、どのくらい足先を超えるか (柔軟性)	0.3センチ	4.0センチ
④30秒間、片足を交互に上げてひざに触れる	32回	34回
⑤立った場所からジャンプする	94.7センチ	103.4センチ
⑥握力	35.8KPa	42.4KPa
⑦平均台を落ちないですばやく渡る	15.7秒	12.8秒
⑧30秒間腹筋をする	4.2回	5.9回
⑨平均棒にぶら下がる	3.9秒	4.4秒
⑩4角を走る	31.9秒	30.2秒

表 3-4-6-2 集中力テストの結果

	レーキャッテン園	スタータレンガン園
1 気が散りやすい	17.3	9.3
2 話を聞かない	18	12.1
3 音に注意しない	6.4	2.2
4 指示通りに作業ができない	12.4	2.8
5 先生が警告を繰り返す	60.7	7.3
6 集中するのが難しい	9.3	2.1
7 持ち物の整理ができる	4.4	5.2
8 指図に従わない	13.1	5.7
9 忘れっぽい	2.7	3.8
10 活動をよく変える	4.0	6.1
11 注意を集中する間が短い	4.2	1.3
12 自立心がない	2.6	2.3
13 慌てていい加減のものをつくる	3.5	3.3
14 先生が子どもの注意をひくために目を見て話をする必要がある	34.2	10.7
15 手順を忘れる	0.3	1.0
16 先生に注意をされても聞かない	13.8	8.6
17 自分の番まで待てない	5.0	2.8
18 他の子どもがもっているものを取り上げる	8.2	4.6
19 他の子どもの話のじゃまをする	19.6	9.2
20 衝動的になる	16.5	7.0
21 すぐにイライラする	36.0	5.8
22 他の子どもを押しやる	10.4	5.9
23 正しい順番にしない	3.7	1.5
24 他の子どものじゃまをする	10.4	4.6
25 責任をとらない	13.4	3.3
26 事故を起こす	2.3	0.6
27 落ち着きがない	77.3	6.8

出典: Patrik Grahn, Fredrika M&rtensson, Bodil Lindblad, Paula Nilsson, Anna Ekman "Ute p&Dagisl' Stad & Land nr 145: 1997

集中力

集中力のテストは、アメリカでマッカフニ (MaCamey)氏によって開発された「ADDES」というテストが使われました。それは、担任の保育士に集中力に関する調査項目を事前にわたして、その項目にあった行動の頻度を記入してもらうというものです。比較対象となった項目は全部で27項目あり、それを6分類して比較したものが前ページの表です。この調査結果から、スタータレンガン保育園の子どもたちのほうがレーキャッテン保育園の子どもたちに比べて集中力が高いということがわかります。

グラーン博士は、スタータレンガン保育園の子どもたちの遊びを見ていて、彼らが垣根や木や岩など起伏のある環境のなかで、活発でスピーディな遊びとゆっくりしたテンポの遊びを交互に替えながら自分たちの能力とニーズにあわせて遊んでいることを発見しました。そして、このような遊び方が、「運動神経と集中力をより発達させる重要な理由となっている」と述べています。また、保育士の話によく耳を傾けるスタータレンガン保育園の子どもたちに対して、レーキャッテン保育園の子どもたちは多くの注意事項を守らなければならない現状に負担を感じており、保育士の要求を拒否するようになっていました。つまり、管理された環境が集中力を低下させることになるということです。集中力の低下が及ぼす影響について アメリカのカプラン氏が1991年に研究発表を行っています。それによると、まず集中力が弱いと情報を得ることが困難になるとされています。そして、二つ目として、すぐにイライラしたり自己中心的になったりして、他人を助けるという配慮をもたなくなります。当然、忍耐力も養われません。そのほかにも、物事を決定したり、計画を立てたり、すでに決定したことも実行をすることが難しくなり、物語のつながりを理解するといったことも困難となります。

注：森のムッレ教室

森のムッレ教室は1956年、スウェーデンの野外生活推進協会によって開発された自然教育プログラムで、5,6歳児を対象としている。ムッレという森の妖精が登場し、子ども達に自然の大切さを伝えるというプログラムである。なお、小学校低学年を対象としたストローバレ教室、高学年を対象としたフリールフサレ教室、3,4歳を対象としたクニュータナ教室があり、体系的な教育プログラムが提供されている。日本では、日本野外生活推進協会がライセンスを取得し、「森のムッレ協会」としてリーダー養成などの普及活動を行っている。

(<http://ja.wikipedia.org/wiki/環境教育プログラム> より)

3-4-7 アメリカにおける「自然体験活動」サバイバルキャンプ

「野外活動—その考え方と実際」日本野外教育研究会編、2001

アメリカにおける「自然体験活動」の例として、「キャンプ教育」「野外教育」「冒険教育」「環境教育」が挙げられる。歴史的には、教育活動としての「組織キャンプ(明確な目標を持ち、意図的かつ組織的、計画的に遂行できる手段と人を持ったキャンプ)」が1861年(1826年とも)に始まり、その後、ボーイスカウト、ガールスカウトなどの団体において「キャンプ教育(Camp Education)」が始められた。1943年頃から進歩主義思想の影響を受け、直接体験を通じて学ぶという「野外教育(Outdoor Education)」が発展していく。1960年代後半からは冒険的活動に関心が高まり、イギリスに起源を持つ「冒険教育(Adventure Education):自然環境の中でストレス的な状況を意図的に作り出し、利用して行なわれる教育」が1970年代後半に盛んになった。1970年に制定された「環境教育法(National Environmental Education Act)」を受けて、自然環境問題に対する認識の向上を図るための「環境教育(Environment Education)」が行なわれるようになっていく。

3-4-8 我が国のサバイバルキャンプの例

特定非営利活動法人キャリア・ワールド(英文名:CAREER WORLD)では、独立行政法人国立青少年教育振興機構「子どもゆめ基金」の助成を受けて防災サバイバルキャンプというのを実施している。

その一例として、キャリア・ワールドのWeb Site (<http://www.ybi.gr.jp/outline.php>)ではバーチャルなサバイバル体験ができる。ここでは、PTA・町内会・子ども会リーダー、お父さん・お母さん、そして中学生や高校生・大学生の皆さんが楽しい野外活動を実践することができ、キャンプのノウハウを災害時に役立てることができるよう、そのポイントや様々なプログラムが掲載されている。

3-4-9 兵庫県自然学校

兵庫県教育委員会は『明日を担うこころ豊かな人づくりー子どもたちの「生きる力」が新たな世紀を拓(ひら)くー』を基本方針に掲げ、体験的な学習を重視した教育を推進している。その一環として実施しているのが「自然学校」。昭和63年度から公立小学校5年生全員を対象に、5泊6日間行う。学習の場を教室から豊かな自然の中へ移し、児童が人や自然、地域社会とふれ合い、理解を深めるなど、さまざまな体験活動を通して、自分で考え、主体的に判断し、行動し、よりよく問題を解決する力や、生命に対する畏敬の念、感動する心、共に生きる心を育むなど「生きる力」を育成することを目的としている。

計画に当たっては、児童の参画のもと、興味・関心を重視した選択型プログラムを計画するなど、子どもたちの主体的な活動が展開されるように注意している。平成2-10年度は希望する公立中学校、平成3年度からは公立の全小学校を対象に実施している。

成果としては次の点があげられている。

- ア 豊かな感性や知的好奇心、探求心を育てている
- イ 自己有用感や社会性を育てている
- ウ 成就感、達成感を実感し自立心を育む
- エ 人間としてのあり方、生き方を考えさせる
- オ 基本的な生活習慣を大切にすることを意識を培う

詳細は <http://www.uwano.jp/05new/sizen/f-sizen.html>

3-4-10 長期間野外体験が子供の心身の成長に与える影響「無人島体験学習」の実例 (野外文化研究所による2週間の無人島体験学習)

日本の漁労民、農耕民の生活文化を、異年齢集団の子どもたちに、自然の中で伝承するという文部省などのバックアップを得て10年にわたり行われた愛媛県宇和島にあるおいつ御五かみじま神島での無人島生活体験(森田勇造・主催)。小学校5年生から高校生までの異年齢集団の男子・女子約80名を、10泊11日のプランで、1980年代半ばから10年にわたり、夏休みに生活体験をさせた試み。詳細は <http://psycho.u-gakugei.ac.jp/teacher/sugimori.html>

3-4-11 長期滞在型セカンドスクール(武蔵野市)の例

引用:総務省頑張る地方応援プログラムに関する総務大臣・専門家懇談会(平成18年11月9日(木)資料)

http://www.soumu.go.jp/menu_03/shingi_kenkyu/kenkyu/ganbaru_chihou/pdf/061109_1_3.pdf

セカンドスクールとは?

普段の学校生活ではしにくい体験学習を、授業の一部として自然豊かな農山漁村に長期滞在して行うもの。

農家へのホームステイが中心。

市内の小学校5年生、中学校1年生を対象。

総合学習の時間及び理科・社会の時間を組み合わせて授業の一部として実施

平成16年度の実施状況

- ・小学5年生(6~9泊) 12校(818人、26クラス)
- ・中学1年生(4泊5日) 6校(603人、19クラス)

3-4-12 農山漁村留学の例（静岡県南伊豆、長野県小谷村、徳島県伊座利校）

1) 漁業体験学習旅行（静岡県南伊豆）

『妻良観光協会』

昭和56年から全国に先駆けて、修学旅行生を地元民宿に受入れ、漁業体験を行う漁業体験学習を実施。（愛知県、静岡県を中心として年間約5,000名の小中学生を受入れ）

2) 山村留学による農山村体験（長野県小谷村）

『小谷山村留学会』

昭和60年から都市の小中学生を転校により受け入れる山村留学制度を開設。（実績・・・これまで500名以上の児童が卒業）

3) 地域で村おこし！山村漁村留学！（徳島県伊座利校）

小学校1年生から中学校3年生まで受け入れている。

寮はないので家族で来た場合、受入れ住まいは家賃2万円程度の一戸建ての借家。

給食費、教材費などの学校集金の負担については一般児童・生徒と同じ。

仕事面では、伊座利での正式な雇用先はないが、鮮魚販売ができる。

3-4-13 川づくり体験学習（札幌市の精進川、北海道夕張川）の例

（財）リバーフロント整備センターホームページより引用（<http://www.rfc.or.jp/>）

精進川の沿川は戦後急激な市街化が進行したため、昭和41年から46年にかけて、精進川の洪水を3.5km地点から直接豊平川に分流する放水路が建設され、放水路分岐点下流も昭和46年から単断面のコンクリートブロック護岸の単調な川につくり変えられた。しかし、近年になって本来の川の姿を取り戻そうという気運が高まり、豊平川合流点から放水路分岐点までの3.5kmの区間について精進川の再生計画が策定され、平成4年から「精進川ふるさとの川づくり事業」として再改修工事が開始された。

計画は河川の沿川の条件に応じて5つの区間にゾーニングし、実施に際しては、工事に対する理解と協力を得るための地元住民説明会や施工業者に対する講習会を開催したり、精進川に隣接する中の島小学校の子供たちに川の底の石を活用した寄洲をつくってもらったり、モッコで土を運んでハナショウブを植えてもらうなど地域参加による川づくりが行われた。

3-4-14 東京都江戸川区の親水公園の例

親水公園研究所 HP より引用（<http://homepage2.nifty.com/sotarot/lab2.html>）

東京都江戸川区では、現在「親水公園」5路線、「親水緑道」18路線（2路線は現在整備中）の親水施設を有し、旧中川、新川を対象とした「親水河川」とあわせて整備、利用が行われている。

※親水公園総延長5路線 9610m 親水緑道総延長18路線 17680m

親水公園

①古川親水公園、②小松川境川親水公園、③新長島川親水公園、④新左近川親水公園、

⑤一之江境川親水公園

親水緑道

1：下小岩親水緑道、2：親水さくらかいどう、3：葛西親水四季の道、4：西小岩親水緑道、5：鹿本親水緑道、6：上小岩親水緑道、7：興農親水緑道、8：新左近川マリーナ、9：流堀親水はなのみち、10：仲井堀親水緑道、11：篠田堀親水緑道、12：鎌田川親水緑道、13：鹿骨親水緑道、14：左近川親水緑道、15：本郷用水親水緑道（整備中）、16：椿親水緑道、17：東井堀親水緑道（整備中）、18：宿川親水緑道

※新左近川親水公園を除く全てに完成同年より地域の町会・自治会により愛護団体が結成され、定期的な清掃活動や自然観察会、親水公園まつりなどが行われているのが特徴。

3-4-15 アファンの森(C.W. ニコル)の取り組みについて

C.W. ニコル アファンの森財団では森の再生、調査研究、トラストなどの活動に加え「人の心の再生」を行うために心や体に障害のある人たちへの環境教育も積極的に行っている。

【(財) C.W. ニコル アファンの森財団HP参照 (<http://www.afan.or.jp/contents4+index.htm>)】

3-4-16 山・里・湖を活かした住民参加の地域再生

「里山文化、歴史の伝承に取り組む琵琶湖地域の実例」【蒲生野考現倶楽部】

下記 HP 参照

<http://www.gamouno.com/>

<http://www.pref.shiga.jp/yokaichi-pbo/kankyo/gamouno.pdf>

蒲生野考現倶楽部では、水と人のよりよい関係づくりと地域の環境文化の創造、地域調査と体験活動を通して郷土を愛する青少年育成を図ることを目的として、行政と一緒に水辺の遊びを復元したり、環境啓発講座を行ったり、住民参加型のホタル調査などのユニークな青少年育成活動等を行っている。

(5) 健康を見守る環境づくり

3-5-1 小児医療環境の課題

1) 小児医療の危機的状況

小児医療に対する国民の要求度が增大しており、小児の医療費無料化も相俟って、重症度を度外視した受診が増えている。そのため小児医療がコンビニ診療化しており、小児科勤務医の過重労働を招いている。

新臨床研修制度の開始以来、小児科医を志望する医師数が減少しているのに対し、医師の中で女性が占める割合が増加している。女性医師の多くは、妊娠中や子育て期間中に離職したり勤務可能な時間が減少したりするため、小児科医としての実働部隊の減少を招いている。

これらの結果、小児科勤務医のQOLの低下は著しく、多くの医師が病院を退職して開業の道を選ぶようになっている。そのため、残された勤務医の労働条件が益々過酷となり、小児救急医療や重症患者の診療に当たる小児科医が益々疲弊するという悪循環を招いている。とりわけこの現象は小児科医の確保が難しい地方の大学病院や基幹病院で顕著となり、すでに医療崩壊が生じている。

① 日本小児科学会理事会 小児医療改革・救急プロジェクト小児医療政策室

「このままではいけない！病院小児科の現状 小児医療提供体制の問題点 日本小児科学会が進めている小児医療改革」 <http://jpsmodel.umin.jp/DOC/Message.ppt>

病院小児科勤務医の長時間労働が顕著であり、日中の通常勤務の後、夜間当直診療に従事し、翌日も通常勤務をこなすという30時間以上の連続勤務も常態化しているのが現状である。また、本来病院が担うべき二次医療・専門医療よりも、Primary careに費やす労力が大きいため、やりがいを見出しにくく、若手医師の仕事への満足度が低くなっている。

表 3-5-1-1 小児科勤務医の1週間あたり労働時間
(日本小児科学会：病院小児科医師現状調査, 2005)

年齢	週平均労働時間	医師数	標準偏差
20歳～	68.2	814	15.9
30歳～	62.9	1446	13.2
40歳～	58.9	1241	12.5
50歳～	52.5	664	11.3
60歳～	46.9	122	8.6
70歳～	46.0	23	13.8
80歳～	40.0	1	.
合計	60.6	4225	14.2

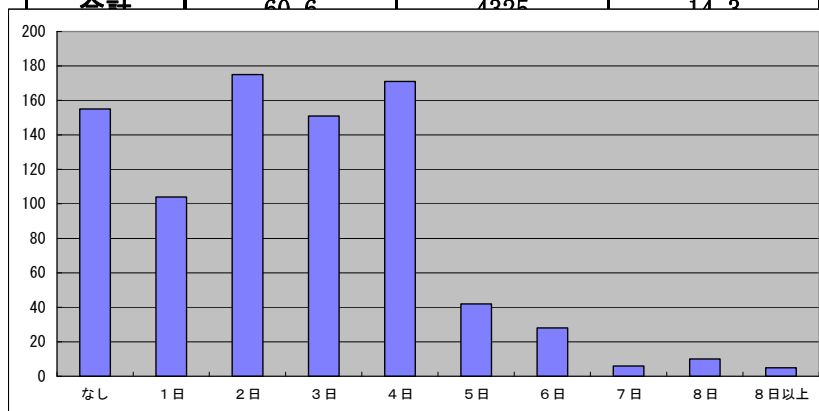


図 3-5-1-2 小児科医の1ヵ月当たりの休日日数 (55大学の小児科医 859名)

桃井真里子、森雅人：小児科の労働条件。厚生労働科学研究費補助金（こども家庭総合研究事業），「小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究」，2004

② 日本小児科学会 小児医療改革・救急プロジェクト、小児科医のQOL改善プロジェクト

「病院小児科・医師現状調査報告書」 <http://jpsmodel.umin.jp/DOC/Report2006Updated200708.doc>

全国調査の結果、現在の常勤医師ポスト数以上に小児科医が必要と考えている病院は全体の66.1%にのぼるが、現状では逆に小児科に欠員のある病院が全体の25.7%で、平均欠員数は1.5人である。1病院当たりの小児科医師数をみると、3人以下の病院が全体の63.6%を占めており、それぞれの病院で少人数の小児科医が交代で時間外診療にも当たっているため、1人当たりの負担が非常に大きくなっている。

2) 小児科拠点病院構想

小児医療の危機的状況を踏まえて、日本小児科学会は地域での医療水準を確保するために、病院小児科の集約化を目指すことを呼びかけた。さらに、小児科拠点病院構想を検討し、そのグランドデザインを2007年に提案した。この案は小児医療の拠点病院としての必要条件を明示しており、将来の小児科拠点病院としてのあるべき姿を示している点で画期的なものである。しかしながら、東北地方など小児科医の医療資源が枯渇して、この構想を満たす拠点病院を作ることができない地域が多数あること、拠点化には異なった運営形態の病院間での調整が必要であること、大都市では派遣元の大学病院が複数存在して、その調整が難しいことなど、今後解決すべき問題点も少なくない。

① 日本小児科学会理事会「わが国の小児医療提供体制の構想」

<http://www.jpeds.or.jp/pdf/kyukyu.pdf>

日本小児科学会では2002年「小児救急プロジェクトチーム」を設置して、わが国の小児医療のあり方について検討を進め、「小児医療提供体制改革の目標と作業計画」を取りまとめた。

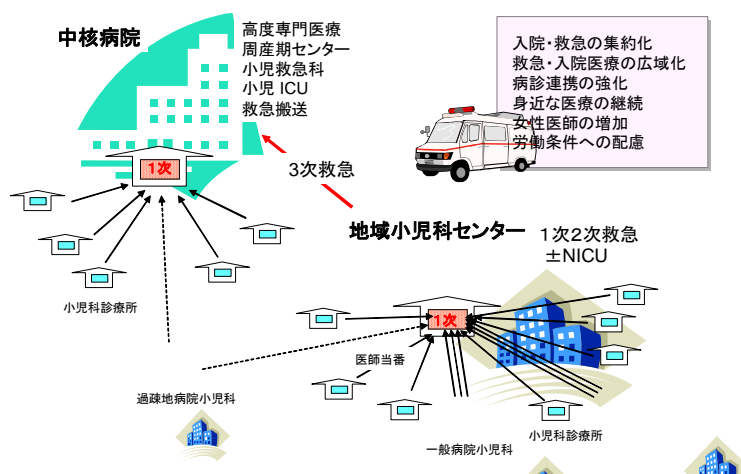
そこで小児医療・救急医療・新生児医療体制の改革ビジョンの目的として、次の3つのポイントを掲げている。

1. 効率的な小児医療提供体制へ向けての構造改革としては、
 - (ア) 入院小児医療提供体制の集約化
 - (イ) 身近な小児医療の提供は継続
 - (ウ) さらに広く小児保健、育児援助、学校保健などの充実を図る。
2. 次に広域医療圏における小児救急体制の整備を進める。その主な内容は、
 - (ア) 小児時間外診療は24時間、365日をすべての地域小児科医（注1）で担当し、
 - (イ) 小児領域における3次救命救急医療の整備を進める。
3. それらの改革を進めるに当たって、労働基準法等に準拠した小児科医勤務環境の実現を目指す。また医師の臨床研修・卒前・卒後教育に必要な場を提供する。

（注1）「地域小児科医」とは、日常的に一般小児科の診療を担当している医師。小児科認定医、専門医に加えて、いわゆる内科・小児科など小児科標榜医を含む。

具体的なモデルとしては、二次医療圏（いくつかの市町村で構成）に1～数か所の「地域小児科センター」を整備し、ここに医師を10名以上配置して小児救急・新生児集中治療の機能を備える。

既存の病院小児科は規模を縮小して3名程度の医師数で外来診療を中心とした身近な小児医療を提供することとし、小児救急は担当しない。一般病院小児科と「地域小児科センター」をグループとして位置づけて医師の交流をはかり、定期的な人事交流もはかる。また、「地域小児科センター」内に「夜間・休日急病診療所」を設置し、一般病院や診療所の小児科医が交替で出務する形をとる。三次医療圏（都道府県全域）には大学や小児病院を中心に少なくとも1か所の中核小児科を整備し、高度な小児医療を提供するとともに、教育・研究を担うこととする。



3) 子育て中の女性医師への支援

子育て中の女性医師の離職を防ぐため、勤務時間を軽減したり、病院駐車場の使用权を認めるなどの支援策がいくつかの病院で始まっている。

- ① 厚生労働省：医療施設に従事する主な診療科別の女性医師の割合、平成 18 年医師・歯科医師・薬剤師調査 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/06/index.html>
わが国の小児科医に女性が占める割合は、病院では 32.5%、診療所では 29.5%であり、年齢が若いほど、女性が占める割合が高くなっている。
- ② 大阪厚生年金病院 <http://www.okn.gr.jp/>
女性医師が働きやすい環境をつくるため、小学生までの子育て中の医師の勤務時間を短縮するなどして、週 30 時間程度勤務すれば正職員として雇用している。また、病児保育室を設置し、子育て中の女性医師には病院駐車場の使用权も認めている。
- ③ 丸山裕美子、新居隆：医師の子育てを支援する病院内規の制定について—医師の QOL 向上をめざして。日本医事新報 No. 4375 (2008 年 3 月 1 日) :97-100。
富山県黒部市民病院では、医師の過重労働による疲弊を防ぎ、医師の QOL を保つため、2006 年 11 月に「医師の子育て支援に関する内規」を制定し、妊娠中や子育て中の医師の勤務を軽減するなどの方策を講じている。
- ④ 休職中の小児科医への再教育システム
子育てのために小児医療の第一線から退いている女性医師を対象に、再教育システムがいくつかの地域で開始されている。
- ⑤ 東京女子医科大学女性医師再教育センター <http://www.twmu.ac.jp/CECWD/index.html>
東京女子医科大学では、子育てなどのために一旦臨床を離れた女性医師が再度臨床現場で働けるよう再教育するシステムを、いくつかの病院と連携して構築している。
- ⑥ 日本医師会女性医師バンク <https://www.jmawdbk.med.or.jp/app/PZZ000.MAIN>
日本医師会は 2007 年 1 月に女性医師バンクを開設し、一旦臨床を離れた女性医師の再就業を支援している。

3-5-2 子どもの病気時の情報提供・親のケア能力育成の場の必要性

少子化・核家族化により現代の子育て世代は、子どもと接し、世話することを学習する機会がないまま親となっている。乳児をもつ母親は、特に子どもの体調不良時に対応の困難を感じている。

1) 育児困難感

子どもを養育する親の養育力の低下、育児に対する知識や技術がなく、育児困難感が高いことが指摘されている。

①2004 年子ども未来財団調査

社会から隔絶され、自分が孤立しているように感じる人が約半数。子育て中の母親の約 8 割が子育てに自信喪失になる、母親 8 割、父親の 7 割が子育てについての不安や悩みを持っている。母親の不安は、子どもの病気や発育のこと、経済的な負担 4 割、他は子どもとの接し方に関する事であった。また、男女ともに 7 割が親自身が未熟であることが多くなった。

②大沼珠美他：乳幼児を持つ母親及び父親が体験する育児困難と育児支援サービスへの要望、宮城大学看護学部紀要、6(1), pp. 83-96, 2003.

3, 4 ヶ月児の育児教室に参加した母親 336 名とその父親、1 歳 6 ヶ月児健康診査を受けた母親 346 名とその父親を対象とした調査。

育児困難では、4 ヶ月児の母父ともに「児の泣きに関すること」「児の病気や症状に関する知識

や対応」が上位。18 ヶ月母親では「育児・家事・仕事の両立」「育児ストレス」が多かった。

- ③堂前有香他；乳児の母親の育児上の困難—育児や健康管理に関するアンケートより—, 千葉大学看護学部紀要 26, pp. 11-18, 2003.

病院 20 施設の外来を受診した 1 歳未満乳児の母親 337 名を対象とした調査。

乳児の母親は子どもの体調不良時の対応について困難が高い。公的な保健福祉領域の知識や今後の見通しについて情報を求める母親が多かった。体調不良時の対応についても、現在外来で看護師が行なっている情報提供や育児支援では不十分であり、予測的、具体的なかかわりを持った支援が必要である。

- ④内田忍他；育児支援に関する検討—赤ちゃん同窓会を試みて, 神奈川母性衛生学会誌, 5(1), pp. 25-28, 2002.

産後 3~4 ヶ月目の母子 10 組を対象に、母親同士の交流や育児のふり返り、赤ちゃん体操、離乳食、の指導を内容とした赤ちゃん同窓会を行なった。結果想像した以上に閉鎖的な環境で生活している母親が多く、育児相談や情報交換の場が少ない事が明らかとなった。相談窓口を置くことで、不安や悩みを話す場ができて安心したとの意見が多かった。

- ⑤柳川真里；周産期保健指導に関する 1 考察, 香川母性衛生学会誌, 3(1), pp. 32-44, 2003.

対象は妊婦 198 名。妊娠・出産・育児に際して、妊婦が最も影響を受けたのは「育児雑誌・育児書」、2 番目が「医療従事者からの助言」、3 番目が「友人」及び「実母」であった。実母・義母に対しては、母親としての自分が認められた上で適切に援助してくれることを望んでいた。育児情報の入手は、「育児雑誌・育児書」「マスメディア」が多く、人を介さずサポートを得にくい。また、情報を入手しても有効に使えない場合もある。

- ⑥國分真佐代；母親の育児情報の活用に関する研究, 聖隷クリストファー大学看護短期大学部紀要, 26, pp. 53-59, 2003.

対象は 4 ヶ月時乳児健診を受診した母親。取得した育児情報を実行群は、非実行群よりも情報に関して積極的な関心を持ち、育児への期待、や取得した情報の量やタイミングに関する満足度が有意に高く、主体的な保健行動をしていると考えられた。非実行群は実行群よりも「マスメディア」を中心とした情報源が有意に多く、取得した情報に関する満足度も低く、育児情報の取得から実行までの過程に混乱があると考えられた。つまり主体的な保健行動をとれない群ほど、有用な情報を得にくく、有用な行動をとりにくい。

- ⑦林真紀子, 大川洋二；現代家族の子育ての特徴とケア—小児社会学的アプローチ—, 小児看護, 30(10), pp. 1395-1400, 2007.

大田区内に開設された電話相談、「じっくり外来」「すくすく外来」「発達心理外来」「病児保育室」等さまざまな活動を行っているクリニックからの報告。麦茶を飲ませる量から、発熱時の受診タイミング等、電話相談にはさまざまな悩みが寄せられる。また、採血、浣腸など処置時に母親が泣き崩れ、児だけではなく母親にも個別にサポートが必要な状況である。さらに、浣腸後、排便習慣の形成について具体的な方法を提示するなど、母親への説明、ケアが必要である。著者らは、母親の不安が増長する、不安と同時に様々な判断を医療従事者に委ねる傾向があり、育児不安と母親としての責任から苦しむ母親の姿があることを指摘している。そのため、小児について専門性を持つ看護師の外来診察前の問診、アセスメント、トリアージが必要であり、母子ともにコミュニケーションをとり信頼を形成して継続支援することの重要性が述べられている。

- 2) 小児救急電話相談など現在行われている取り組みとその課題

親の養育力の低下が重症度を度外視した小児医療へのアクセスにもつながり、小児医療の疲弊を招いている。従来の外来や保健センターの相談体制では不足であり、親のケア能力を育成する場づくりとして取り組む必要がある。現在、救急電話相談など、医療関係者の努力により様々な取り組みが行われている。成果を上げている取組もあるが、サービスの量や質の確保など課題点も多く、根本的な解決策にはなっていない。小児救急に限定した対応だけでなく、病気時の判断やケア方法について日常的に情報提供や支援を行い、親が子どもをケアする力を養う場が地域の中に必要である。また、併せて救急外来などの場で、子どもと家族の状況を把握し、その家族に

合わせて家庭における対応能力を高める、小児救急認定看護師等の育成の推進、活用が必要となる。

現在、次世代育成支援対策が進行中であるが、子どもの体調不良時の対応を含む親のケア能力支援は盛り込まれていない。

① 小児救急電話相談事業実施状況 <http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/10/tp1010-3.html>

全国で3県を除き小児救急電話相談が実施されているが、深夜の実施は3県のみで十分機能しているとは言えない。

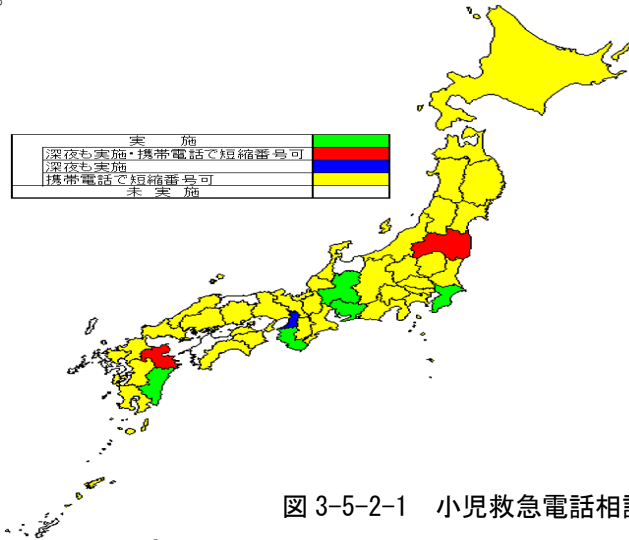


図 3-5-2-1 小児救急電話相談事業実施状況

② 小迫幸恵. 片田範子他. #8000 小児救急電話相談の実態と看護サポートシステムの構築, 平成17年度兵庫県立大学特別研究助成金研究報告書.

兵庫県健康局医療課で2005年3月～8月に行った電話相談記録(4796件)による分析調査、電話相談員へのグループインタビュー調査。

電話相談件数は土日が全体の45.5%を占める。時間別相談件数では、平日の相談件数は時間による差がみられないが、日祝日は19時台から21時台の夜間が多い。(22時以降、深夜の時間帯は、実施されていない。)電話相談で相談対象となる子どもの年齢については、2歳以下の子どもに関する相談が59%を占めていた。

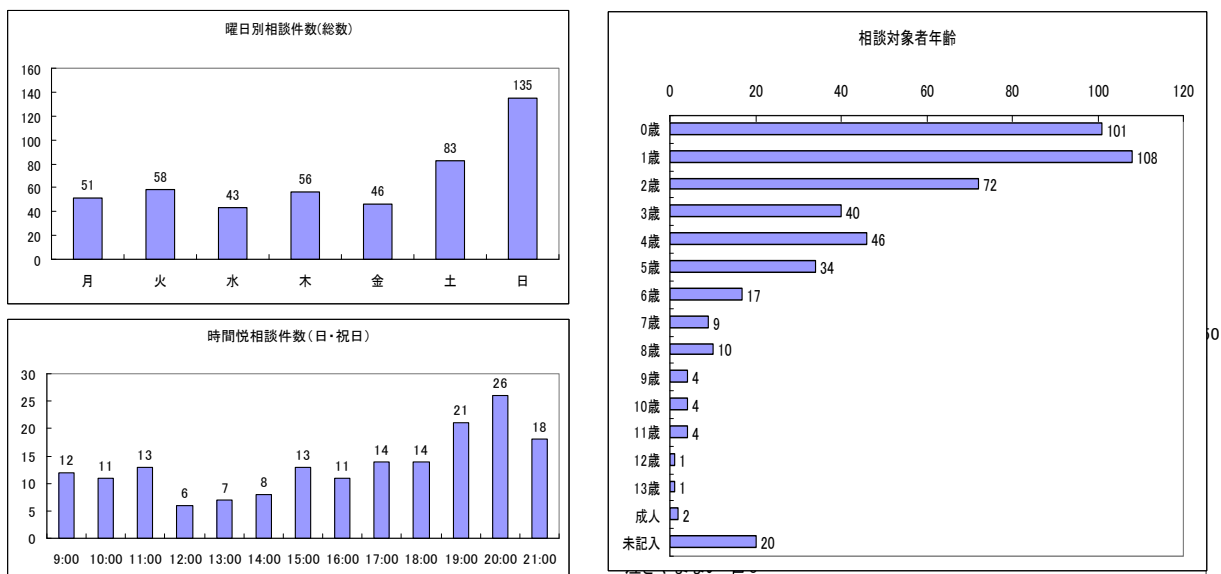
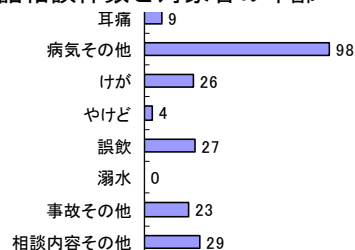


図 3-5-2-2 小児救急電話相談件数と対象者の年齢

相談の内容については、発熱が最も



多く、嘔吐、下痢等の症状、けが、誤飲などに関する相談が多かった。これらは症状そのものに関する相談だけでなく、処方された内服薬や薬品の使い方、「様子を見ていても大丈夫か」など対処方法や判断の確認、受診できる施設に関する情報収集などが相談内容として挙がっていた。また、「相談内容その他」については、言葉の遅れや自閉傾向など発達に関する相談、育児相談に該当するケースもあった。

電話相談の転機としては、「助言で解決した」276件（57.6%）、「昼間にかかりつけ医を受診するようにすすめた」111件（23.2%）、「心配ないが、何かあれば医療機関を受診するようにすすめた」95件（19.8%）であった。また、「医療機関を紹介した」95件（19.8%）であった。相談内容から重症度や緊急性が高いと相談員が判断した「医療機関を受診するように勧めた」51件（10.6%）、「119番をするよう勧めた」0件であった。この結果より、約9割の相談に関しては緊急性が低く、電話相談による対応で解決できるものであることがわかった。

図 3-5-2-3 小児救急電話相談の内容

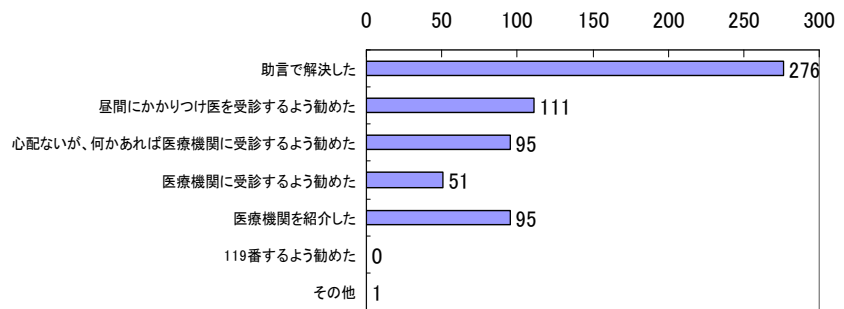


図 3-5-2-4 小児救急電話相談への対応

電話相談員へのグループインタビューから、電話相談利用者の様子として、子どもの状態についてある程度は判断でき対処できているが、本当にそれでよいのか、最後の判断や確認を求めてくる利用者がいる。一方、複数回の利用者には、相談をするうえで適切など

ろと判断して利用している者もいるが、中には他に相談する場所がないと思われるケースも含まれていることがわかった。電話相談利用者のニーズは小児救急にとどまらず、子どもに関する相談全般に及んでいる。しかし、電話相談員はそのような電話相談利用者の状況を、そのときの電話相談利用者にとっての「救急」だと捉え対応しようと努力していた。

また、現在、兵庫県#8000における電話相談員は、看護師、保健師など看護職の免許を有し、かつ小児看護の経験を有する者が担っている。が、小児看護の経験としては様々であった。電話相談員は経験の中で接したことのない知識や技術に関しては不安があり、自分で学習し補っていることがわかった。また、相談員は保健師と看護師など異なる職種と組むことでお互いにフォローしあえるのではないかと考えていた。電話相談業務を行うにあたって研修等はなく、相談員は自己研鑽により電話相談利用者のニーズに応えようとしていた。

課題として、①#8000が気兼ねなく小児医療の専門家に相談できる窓口であることを、子育て中の親や家族に、さらに周知していくことが必要である。②相談を務めるための研修等はなく、相談員の経験と自己研鑽をもとに対応しており、研修や継続教育の必要性が示唆された。また、電話相談は相談員のボランティアとして成り立っているため、研修の実施方法などについても課題が残る。④相談の中には、発達障害や自閉症など、継続してフォローが必要と思われるケースもあり、匿名性の高い電話相談から専門機関につなげる連携システムの必要性も視野に入れることが必要である。

③ 小迫幸恵. 片田範子. 特集合理的で質の高い小児救急医療, 小児救急看護認定看護師の育成, 日本医師会雑誌 134 (5), pp. 837-840. 2005.

片田らが2002-2003に300床以上の小児救急を受け入れている施設(87施設)の小児救急に携わっている看護師長、看護師、医師を対象に行った調査。救急外来に専従できる看護師数は平均15.9人だが、そのうち小児看護の経験を有する看護師は2.3人であった。救急外来を受診する小児や家族への対応が「うまくいっている」と答えた看護師は16.3%にとどまり、64.5%が「うまくいっていない」と答えていた。「うまくいっていない」理由としては、「時間がない」「人手が足りない」のほかに、「小児に関する知識がない」「患者・家族の意識の変化」があがっていた。また、救急外来に携わる看護師に小児救急に対するオリエンテーションを行ってい

る施設は 35.9%、継続教育を行っている施設は 12.8%であった。看護師に行った調査では小児の救急に関する知識の獲得は各自の自己研鑽にゆだねられており、救急外来に携わる看護師は現場において個々の体験をもとに小児とその家族に対応しているのが現状であった。これらから救急外来において小児の患者・家族と対応する看護師たちは、不安を抱えながら対応していると言える。

小児救急看護に関する体系的な教育プログラムがあれば、スタッフを参加させたいと考えている看護師長は 87.2%、看護師は 77.8%が参加したいと述べた。医師に行った調査からも、小児看護、小児患者・家族への対応に精通した看護師の必要性を望む声が多かった。

小児外来を受診する小児患者と家族のニーズに応えるためには、小児に関する救急の専門知識及び技術を習得し、救急現場において小児に携わる看護師としての役割を明確にし、責務を果たすことを可能にする体系的な教育システムの導入が必要である。このため日本看護協会認定看護師制度において 2004 年に「小児救急看護」分野特定がなされ、2005 年から 6 カ月間の教育研修が始まっている。小児救急看護認定看護師教育のカリキュラムには、教育目標として認定看護師が、救急外来を通して、虐待の早期発見、家庭における初期対応能力を高める役割を担い子どもと家族の置かれている環境の改善に取り組むことも含まれている。

小児救急看護認定看護師は、現在 35 名が認定されている。今後、小児救急看護認定看護師の育成を進めるとともに、小児救急医療システムにおける位置づけや評価を明確にすることが必要である。

④ 「県立柏原病院の小児科を守る会」 <http://www.mamorusyounika.com/index.html>

兵庫県立柏原病院小児科を利用する患者の保護者が中心となり、2007 年 4 月 20 日に設立された会で、「コンビニ受診を控えよう」「かかりつけ医を持とう」「お医者さんに感謝の気持ちを伝えよう」という 3 つのスローガンを掲げて活動している。設立のきっかけは、県立柏原病院の小児科医が疲弊のため退職を希望し、小児科が廃止されそうになったことで、それに対して保護者の有志が上記のスローガンを掲げ、「小児科医の負担を減らして医師を守ろう」と呼びかけを始めたものである。さらにこの会では、救急受診が必要か否かを判断するための、保護者向けのチャートも作成して配布している。これらの活動の結果、小児科救急の受診患者数が半数以下に減少し(ただし、救急からの入院数は横ばいのため、軽症患者が減少したことがわかる)、小児科医も定着して病院小児科が存続しているだけでなく、医師と患者との信頼関係が高まったとして高く評価されている。

⑤ 伊藤龍子. 小児救急医療における看護師のトリアージ, 小児保健研究 66(4), pp509-515, 2007.

小児救急医療は、患者家族中心型ですべての患者の需要に応じた体制と効率的に医療を提供するための小児医療の専門家による確かな院内トリアージが不可欠である。看護師によるトリアージは、緊急度の判断となる診療の必要性を迅速に見極めて加療場所に誘導し、かつ待機患者の再評価と看護的ケアの提供を含めた一連看護ケアであると捉えられる。トリアージには、トリアージガイドライン、トリアージ教育プログラムが必要であり、それらの上にトリアージシステムの構築、トリアージの質の評価を行っていくことが必要である。

⑥ こどもの救急ホームページ (小児科学会) <http://kodomo-qq.jp/>

子どもの状態を親がチェックすることで受診するべきかどうか判断することができるチェックリストと情報の案内。地域救急情報とのリンクあり

⑦ 中野照代他; 幼児健康診査における育児機能評価のためのアセスメントツールの開発(その1) 1歳6ヵ月児・3歳児健診における問診票項目の全国実態調査, 日本地域看護学会誌, 5(2), pp. 95-100, 2003.

乳幼児健康診査において、発達遅延や疾病や障害の早期発見のための質問は 90%以上と多いが、「教育的機能」, 家族状況についての質問は少ない。母親へのサポートや、両親の心身の反応について聞いている問診票は 30%以下と少なく、育児不安に直結するような親の感情や行動を聞いているものは 10%以下。又、親自らがどのように育てられたかや、育児の知識技術などは 0%であった。よって、乳幼児健診で育児不安感、家族機能や育児機能低下の早期発見をより確実に行うためには、問診票に育児と関連する心理・社会面をアセスメントするための質問を設定することが必要であった。

⑧ 厚生労働省次世代育成支援対策推進法行動計画策定指針

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/koudou-zenbun.html>

平成15年3月には、地方公共団体及び企業における10年間の集中的・計画的な取組を促進するための「次世代育成支援対策推進法案」が成立した。

次世代育成支援対策推進法（以下「法」という。）においては、次世代育成支援対策に関し、市町村にあっては、法第8条第1項の市町村行動計画（以下「市町村行動計画」という。）を策定することとされ、都道府県にあっては、法第9条第1項の都道府県行動計画（以下「都道府県行動計画」という。）を策定することとされている。このため、主務大臣はこれらの行動計画の策定に関する指針（以下「行動計画策定指針」という。）を定めることとされている。この行動計画策定指針は、市町村行動計画、都道府県行動計画、一般事業主行動計画及び特定事業主行動計画の指針となるべき、[1]次世代育成支援対策の実施に関する基本的な事項、[2]次世代育成支援対策の内容に関する事項、[3]その他次世代育成支援対策の実施に関する重要事項を定めるものである。

次世代育成支援対策行動計画の指針は定められているが、計画の内容は各自治体に任されている。財源の補助もないことから、自治体によってはこれまでの施策の組み換えにとどまることも多い。特に子どもの医療や健康づくりについては、一自治体でできることは限られており、対策が立ち遅れていると言わざるをえない。

また、現在、行動計画の進行管理として厚生労働省は、ホームページ上に全国自治体の行動計画公表割合を調査掲示している。各自治体の次世代育成支援対策推進行動計画は、平成21年度に上半期を終了するところが多い。個々の自治体ごとの評価修正はもちろん必要だが、我が国全体では、対策がどのように進んでいるのか、法設立の理念に照らして不足な点の軌道修正を検討することが重要である。

3-5-3 入院中の子どもの生活・遊び環境の課題

入院中の子どもは回復に必要な癒しや発達に必要な刺激を遊びから得る事が難しい。しかし、病気や治療に立ち向かっている入院中だからこそ安心できる生活や遊びが重要である。また、入院中の子どもは、病気や障害、治療により生活や遊びに制約がある。制約の中で安心して生活し遊ぶには大人の介入が重要である。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。子どもの欲求に答えられず疲弊しやめる看護師も多い。看護師の配置数は、診療報酬の入院基本料の看護職員配置基準をもとに配置される。入院基本料は病院の機能、看護職員配置、入院期間によって定められており、病院の機能として一般病棟、療養病棟、結核病棟、精神病棟、特定機能病院、専門機能病院などの区別がある。小児の入院病棟は機能として分類されていないため、成人と同じ割合で看護師が配置されている。子どもの日常生活・発達には大人の支援が必要なが考慮されていない。

現在、小児病棟に保育士が配置されている医療施設は2割程度である。平成18年から条件を満たす小児病棟に診療報酬の保育士加算が認め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。入院中の子どものうち約半数の子ども達は子ども向けの生活環境がない、または少ない場で闘病している。成人中心の混合病棟の看護師は、子どもへの対応に困る割合が高い。また、混合病棟や、小児科以外の診療科病棟には保育士加算は認められていない。つまり、子どもの療養環境として、「場」も、「方法」も整備されていない状況といえる。

入院している子どもの遊びを専門的に支援する人は、呼称も確定しておらず、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。さらに、今後も少子化が続き、成人の病棟への子どもの入院の割合は減少しないと想定されるため、混合病棟での子どもの療養を支援する小児看護専門看護師の活用が必要である。

① 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。また、看護観察度が高く、生活自由度が低い、遊びが困難なグループにおいても、遊び行為数、時間数は、1~3 割を占めていた。病棟内での遊びは、行為当たりの遊び時間が 15 分未満が大半をしめかなり短く、遊び集団は小規模で、一人が 52.7%であった。遊び相手は約半数が他の入院児、約 3 割が母親であり、看護師が 1 割を占めていた。数量化 I 類による行為数の要因分析からは、遊び行為数が入院児属性、周囲の人の条件および病棟計画の要因により、かなりの程度説明可能であることが明らかになった。

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）。

表 3-5-3-1 入院しているこどもの遊びに対する看護職の認識

病児にこそ遊びが必要	81.7%
遊びへの配慮がないと多動や無気力になる	90.8%
安定した人的・物的環境を与えると子どもはいきいきと遊べる	88.4%
活動的な状態と静かな遊びは子どもに喜びをもたらす	78.9%
病児は健康な子どもよりも遊びの多様性に欠ける	49.2%
病児への遊びの提供は NS の役割	82.3%
遊びを提供するには NS は多忙すぎる	94.6%
病児を遊ばせるには場所が不足している	79.3%
病児を遊ばすには玩具・遊具が不足している	68.6%

③ 谷村雅子；小児看護に時間と人員を要する理由-小児看護 24 時間タイムスタディー, 小児看護, 27(4) : 495-508, 2004.

患者一人当たりの看護業務量を成人と小児で比較したところ、小児では 1 日の総看護業務時間の平均値は 5 時間 7 分、内訳は身の回りの世話 1 時間 53 分、与薬・治療・処置など 1 時間 29 分、行事・連絡・会議など、1 時間 44 分であった。成人では 1 日の総看護業務時間の平均値は 2 時間 34 分で、内訳は身の回りの世話 56 分、与薬・治療・処置など 32 分、行事・連絡・会議など、66 分であった。1 日の総看護業務時間で、小児は成人の 2 倍の時間を使っていた。特に与薬・治療・処置などは 2.8 倍と差が最も大きくなっていった。小児患者は自ら確認や事前の準備を行うことに対しても発達に合わせた支援が必要となり、安全な治療や処置を実施するためには、医師との協力のもと複数のスタッフが必要となる。これが小児看護の特徴であり、実際に人員を要していることが検証された。コード別の各看護が必要な割合は、小児の割合が多く、幅広いケアが求められ、内容も多彩であった。さらに小児患者の 4 割は、危ない行動がみられ、事故を防止するために大人の観察が重要である。さらに発達過程への援助も必要となる。これらから、小児患者には成人よりも多くの人員配置が求められる。

④ 大西文子, 浅田加代子；全国調査による子どもの療養環境の現状について-小児病棟と混合病棟を比較して, 日本小児看護学会誌, 10(1), pp. 73-79, 2001.

全国小児科診療を有する医療施設のうち調査承諾の得られた 312 施設の調査。

プレイルーム あり 93%、食堂 35%、学習室 21.3%、面会室 26.7%。

プレイルームの配置率が高いが、食事に約 70%、学習に約 80%兼用されており、純粋に遊びの為のスペースとは言い難い。また、プレイルームの面積は 4~1200(m²)、保育教材の種類 2~60、玩具遊具の種類 1~70 と格差が大きい。保育士の配置は 20.5%であり、8 割が保育士を配置していない。

- ⑤ 山村由枝；子どもと大人の混合病棟の現状（第1報），日本看護学会論文集-小児看護, 37, pp. 23-25, 2006.

関東を除く全国9地区200床以上の病院209施設のうち、28施設13%の小児病棟が閉鎖されていた。大人と同じフロアに子どもが入院している混合病棟の形態は、開設時からの混合病棟72%、元の小児病棟に大人が入院している16.2%、成人病棟に子どもが入院している11.8%であった。

- ⑥ 大西文子, 浅田加代子；全国調査による子どもの療養環境の現状について-小児病棟と混合病棟を比較して, 日本小児看護学会誌, 10(1), pp. 73-79, 2001.

混合病棟では学習室の配置、教育設備が有意に少なく、保育士の配置が26%で、小児病棟よりも物理的環境とともに、子どもの育成に見合っていない。

- ⑦ 片田範子；混合病棟と小児専門看護師の必要性, 小児看護, 22(10), pp1351-1355, 1999.

混合病棟では、看護体制や人員の少なさ、小児への個別なかわりが難しい状況を示していた。このような状況で、特に年少の子どもを一人にできないことから、母親が付き添うことを前提としている。付き添う環境が整備されているわけではなく、母親の負担を増加させる結果に至っている。また、成人と子どもの生活の仕方から生じるずれが、双方に負担をかけている状況が見られている。このような状況で混合病棟の看護職が困難ととらえていることは、子どもの生活全般の介入の仕方、精神面の支え方、発達段階に沿って求められる特有な援助方法やかわり方、説明のしかたなどがあり、混合病棟では看護を自信を持って行っていくことの難しさが伺える。子どものケアは、基本的に小児についての知識・経験があり、どのように介入し、環境を整えるべきかについて知識ある人がケアをするべきである。また、入院・治療・処置などについて、子どもの発達年代に応じ、十分な説明がなされることが必要である。

- ⑧ 渡邊輝子；小児看護専門看護師の活動, 小児看護, 28(6), pp660-665, 2005

専門看護師は日本看護協会の認定制度による資格で、小児看護専門看護師は、複雑で解決困難な看護問題を持つ子どもとその家族に対して、水準の高い看護ケアを効率よく提供することを目的とし、併せてその活動を通して看護学の向上をめざす。相談、実践、調整、教育、研究、倫理調整の役割をそれぞれ組み合わせ活動し、子どもとその家族の問題、小児を看護するうえでの組織の課題を解決に導く。現在22名が認定され活動している。

- ⑨ こどものケアドットコム http://www.kodomo-care.com/site_info.html

慢性疾患の子どもと子どもの健康についての情報提供ホームページ

慢性疾患の子どもたちが、医療処置を継続しながら、また医療機器を装着しながら、自宅での療養や保育園・学校、地域活動に参加していくことができるよう、子どもたちを取り巻く人々の理解と協力を得るための支援ホームページ。子ども向けの情報。相談の対応あり。厚生労働省科学研究費補助金事業「小児慢性特定疾患患者の療養環境向上に関する研究」

- ⑩ 杉藤徹志；入院患児の遊びを援助する専門職員の配置について，小児保健研究, 62(2), pp. 224-226. 2003.

日本小児総合医療施設協議会の加盟施設（25施設）への調査。入院中の患児の遊びを援助する専門家として保育士を配置している施設は回答24施設中8施設であり、そのうち4施設では非常勤などの雇用であり、身分が保障されていなかった。

- ⑪ 田中恭子他；小児の療養環境における遊び・プレパレーション・その専門家の導入について，小児保健研究, 66(1), pp. 61-67, 2007.

我が国でのチャイルドライフの存在は、チャイルドライフスペシャリスト（米国）、ホスピタルプレイスペシャリスト（英国）を合わせ、現在12名である。田中は、専門家の導入の課題について、以下の課題を指摘している。

- ・保育士配置による高次機能病院での保険点数の加算がない。
- ・専門家の呼称が異なり、別個の活動をしている、概念が統合されない。
- ・それぞれの活躍が統合されない。

- ・日本の文化にあった専門家の養成が必要。

3-5-4 子どもの健康を守るための無煙環境づくり

1) 子どもの受動喫煙の防止

タバコの煙は子どもたちに様々な健康被害を及ぼすことが明らかになっており、子どもたちの健康を守るためには、子どもたちが受動喫煙の被害を全く受けずに生活できる環境を整える必要がある。

現状では家庭内で受動喫煙の被害を受けている子どもが多いため、受動喫煙の害に関して保護者への啓発を充実させる必要がある。保護者向けの啓発パンフレットや医療機関向けの指導マニュアルが必要と考えられる。

特に小児科の外来は、子どもと共に両親や祖父母などが来院することが多いため、喫煙・受動喫煙の害に関して情報を提供しやすい環境にあり、また、子どもの健康に配慮して禁煙を促すなど、保護者の禁煙への動機付けを行う機会に恵まれていると考えられる。したがって、全国の医療機関の小児科外来において、このような情報提供ないし禁煙支援が実施できるような体制を整えることが望ましい。

子どもたちの受動喫煙を防ぐために、学校をはじめとする教育関連施設は、完全に禁煙（敷地内禁煙）とする必要がある。敷地内に喫煙場所が存在すれば、子どもたちの受動喫煙を防ぐことができないだけでなく、「大人になれば喫煙してもよい」というメッセージを子どもたちに発することになるからである。「大人になっても吸ってはいけない」と教えることが本当の健康教育である。

また、商業施設や飲食店、遊園地をはじめ、タクシーなどの交通機関についても、子どもを受動喫煙から守るために完全禁煙とする必要がある（分煙では受動喫煙を完全に防ぐことはできない）。

① Children and Secondhand Smoke Exposure –Excerpts from The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General, 2007

<http://www.surgeongeneral.gov/library/smokeexposure/>

「2007 年米国公衆衛生総監報告書」である。受動喫煙によって子どもが受ける健康被害について、これまでの世界各国からの研究データをレビューして、エビデンスに基づいて記述している。

② 日本学術会議 要望「脱タバコ社会の実現に向けて」

<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t51-4.pdf>

2008 年 3 月に日本学術会議から提出された要望書である。わが国におけるタバコ対策の著しい遅れを指摘し、国民をタバコの害から守るために以下の 7 点を提言している。(1)タバコの直接的・間接的健康障害につき、なお一層の教育・啓発を行う。(2)喫煙率削減の数値目標を設定する。(3)職場・公共の場所での喫煙を禁止する。(4)未成年者喫煙禁止法を遵守し、次世代の国民を守る。(5)タバコ自動販売機の設置を禁止し、タバコ箱の警告文を簡潔かつ目立つようにする。(6)タバコ税を大幅に引き上げ、税収を確保したまま、タバコ消費量の減少をはかる。(7)タバコの直接的・間接的被害より国民を守る立場から、タバコに関する規制を行う。

2) 子ども自身の喫煙の防止（タバコ自動販売機の撤廃）

わが国の未成年者の喫煙率は、近年低下傾向にあるものの、依然として高率で、たとえば中学 1 年生でも喫煙経験率は男子 13.3%。女子 10.4%にのぼり、高校 3 年生では男子 42.0%、女子 27.0%に達している。

子どもたちの喫煙を防止するためには、喫煙防止教育の充実とともに、社会全体での喫煙規制の強化が必要である。

現在わが国には 50 万台以上のタバコ自動販売機があり、子どもたちが簡単にタバコを入手できる要因となっている。タバコ自動販売機のもう一つの問題点は、タバコの派手な広告塔になっていることで、タバコが魅力的な商品であるかのようなイメージを、幼い時期から子どもたちに刷り込む役割を果たしている。現実には総務省の調査によれば、喫煙している未成年者の約 70%が自動販売機からタバコを購入していることから、タバコ自動販売機は撤廃することが望ましい。

タバコ業界は現在「成人識別機能付き自動販売機」の導入を進めているが、この装置は購入者の年齢を識別する機能は持たないため、未成年者によるタバコ購入を防ぐことは困難である。子どもたちの健全育成を最優先に考えて、タバコの自動販売機は撤廃すべきであり、たとえ一斉撤去が困難であっても、少なくとも通学路や学校周辺のタバコ自動販売機は、速やかに撤去すべきである。

- ① 平成 16 年度厚生労働科学研究「未成年者の喫煙実態状況に関する調査研究」班（主任研究者：林謙治）：2004 年度未成年者の喫煙および飲酒行動に関する全国調査（確定版）報告書, 2005

全国の中学生・高校生の喫煙実態調査の結果、喫煙経験率（一度でも吸ったことがある者の率）は、中学 1 年生では男子 13.3%、女子 10.4%、高校 3 年生では男子 42.0%、女子 27.0%、また、毎日喫煙する者の率は、中学 1 年生では男子 0.4%、女子 0.2%、高校 3 年生では男子 13.0%、女子 4.3%であった。

- ② 総務庁青少年対策本部「青少年とタバコ等に関する調査研究報告書」

<http://www.health-net.or.jp/tobacco/more/mr280300.pdf>

喫煙している中学生・高校生のタバコ入手先を調査した結果、自動販売機が 71.1%と最多で、次いで「友達からもらう」が 39.7%であった。

3) 妊婦の喫煙防止

わが国の妊婦の喫煙率は 10%近い高率であり、出生児全体に占める低出生体重児の割合が年々増加して、今では 10%近くに達している。

妊婦の喫煙は胎児に重大な健康被害を及ぼす。流産・死産・早産などの危険性が高まるだけでなく、低体重出生を招きやすく、様々な周産期合併症を生じる危険性が高まる。低出生体重児は様々な健康上、発育上のリスクを抱えやすいのみでなく、将来生活習慣病に罹患する危険性が高くなるといわれている。

また、喫煙する妊婦から生まれた子どもは、知能が低下するだけでなく、注意欠陥多動性障害 (ADHD) や様々な問題行動を起こす危険性が高まるとの報告も相次いでいる。

妊娠中の喫煙は生まれてくる子どもの一生を左右しかねない重大な問題であり、妊婦の喫煙を防ぐことは喫煙の課題である。妊婦の喫煙に対しては法律で禁止することも考慮すべきである。

ちなみに、台湾では「煙害防制法」により、妊婦の喫煙を禁止している。

- ① The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General, 2004

<http://www.surgeongeneral.gov/library/smokingconsequences/>

「2004 年米国公衆衛生総監報告書」である。妊婦の喫煙によって胎児が受ける健康被害について、これまでの世界各国からの研究データをレビューして、エビデンスに基づいて記述している。

- ② 大井田隆、他：わが国における妊婦の喫煙状況 日本公衆衛生雑誌 54(2):115-121, 2007.

全国調査の結果、妊娠前に喫煙していたが妊娠が判明してからは喫煙していない妊婦の比率は平成 14 年 24.6%、平成 18 年 25.7%、妊娠中も喫煙を続ける妊婦の比率は、平成 14 年 10.0%、平成 18 年 7.5%であった。

- ③ 台湾「煙害防制法」 http://www.0800531531.com.tw/rule_content/law_20070912_120047.pdf

台湾の「煙害防制法」(2007 年 7 月 11 日公布)では、妊婦の喫煙を禁止しており、喫煙した妊婦は禁煙教室を受講するよう定められている。また、妊婦に喫煙を勧めた者も 1 万元以上 5 万元以下の罰金に処せられる。

(6) 健康生活のための環境基準の整備

3-6-1 教室内環境と学習効率の測定事例

村上周三、伊藤一秀、ポールワルゴッキ著：教室の環境と学習効率：建築資料研究社、2007
(ISBN978-4-87460-956-9)

20代から50代の年齢層を対象とした介入調査を実施した結果、一人当たりの換気量と学習効率には対数関係が確認され、換気量が低下する場合には学習効率が著しく低下する。また室温と学習効率には凸型の二次曲線の関係が確認され、室温が24℃～25℃付近で学習効率が最大となり、室温の上昇もしくは室温低下と共に学習効率は低下する。

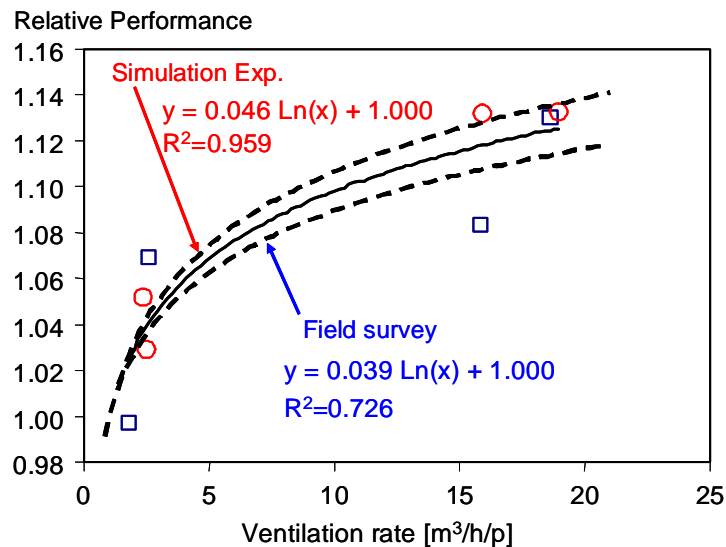


図 3-6-1-1 一人当たりの換気量と学習効率(相対値)の関係

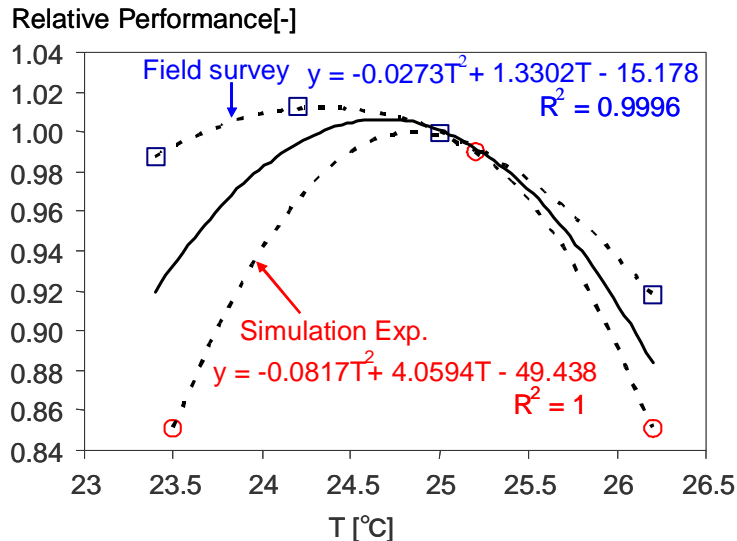


図 3-6-1-2 室温と学習効率(相対値)の関係

3-6-2 夏期の教室内温湿度ならびに炭酸ガス濃度の測定事例

学校の学習環境を考える—室内環境の改善と省エネルギー—、文教施設協会平成20年3月首都圏の学校の普通教室を対象として教室内ならびに外気の温湿度測定を実施した結果を図1に示す。測定対象日の7月14日には15:00から16:00に外気温がピークとなり33℃程度まで上昇する。夕方の時間帯を除き、教室内温度は常に外気温より高いレベルとなっており、南側の教室では13:00頃に室温のピークを迎え、その温度は34℃に達している。また、東京都の都立高校教育環境改善検討委員会報告書によれば都内の公立高校の普通教室を対象とした室温測定結果が示されており、ピーク時には室温が35℃を越える事例も紹介されている。

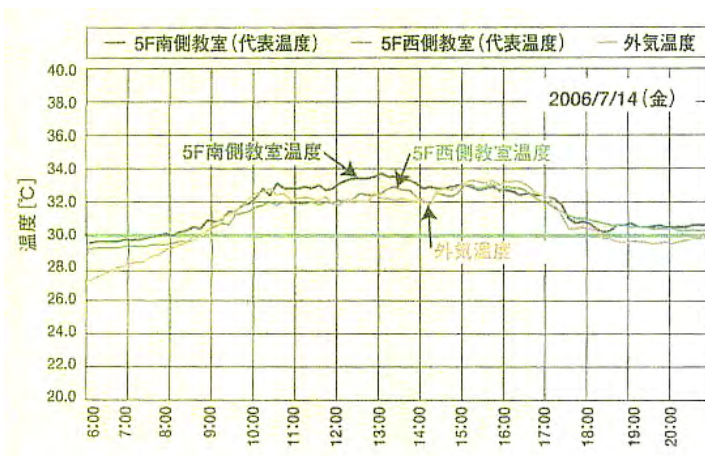


図 3-6-2-1 首都圏の学校(普通教室)での温湿度測定結果

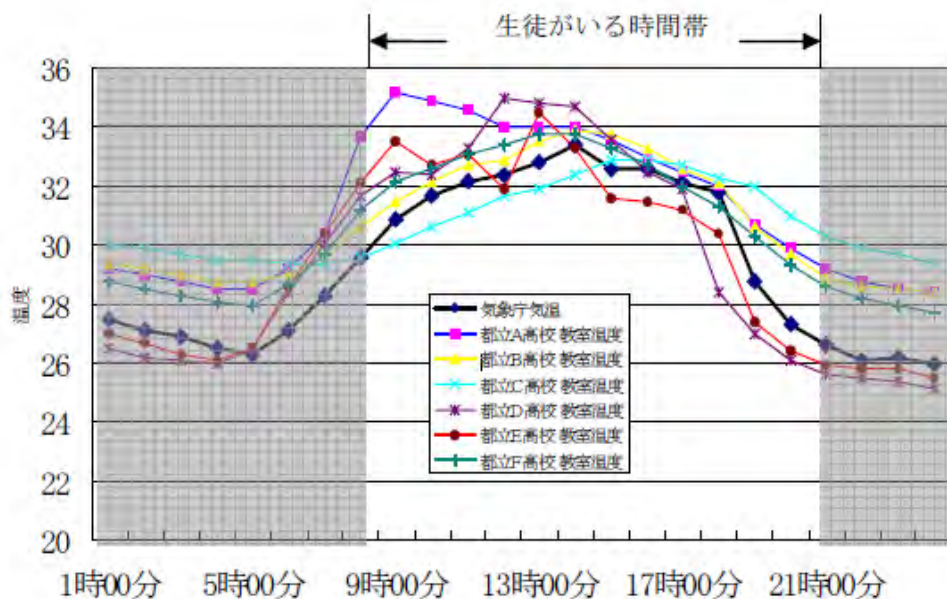


図 3-6-2-2 気温と教室内温度の変化 (2005年7月19日・東京都教育委員会調べ)

図2に首都圏の学校の普通教室で炭酸ガス濃度の時間変化を測定した結果を示す。教室を使用していない朝晩の時間帯には外気の炭酸ガス濃度レベルと同一となっているが、教室の使用時間帯、とくに昼頃をピークに最大2500ppmを越える濃度が観察されている。

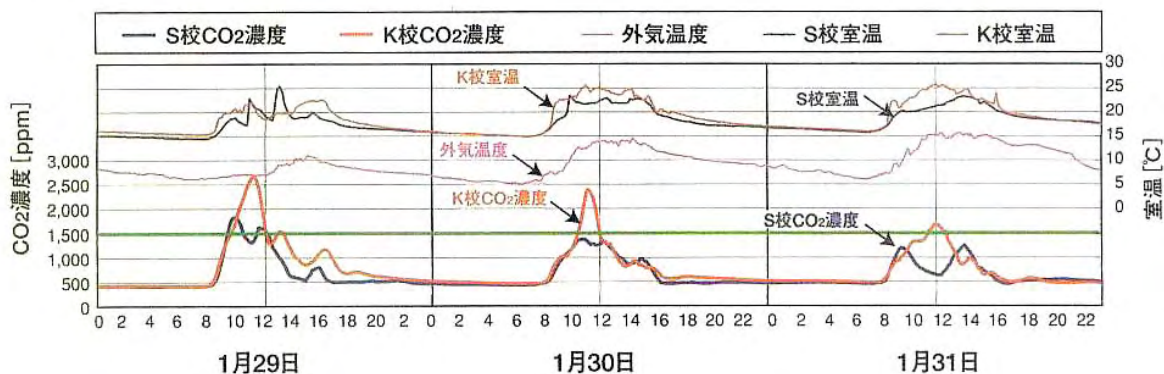


図 3-6-2-3 首都圏の学校 (普通教室) での炭酸ガス濃度測定結果

3-6-3 公立学校の冷房普及率

平成 19 年 1 月に示された東京都の都立高校教育環境改善検討委員会報告書によれば、東京都では地球温暖化やヒートアイランドの影響により夏期の教室内温度が教育に望ましい限界を超えているとして、全ての都立高校に冷房設備を設置する方針を定めている。平成 17 年度の調査報告では、都立高校普通教室の冷房導入状況は 29%に留まっている。その他の冷房普及率に関する調査データは十分ではないが、例えば東京都多磨地区の小中学校の冷房設置率は一部設置を含めても 37%と大変低い状況である。



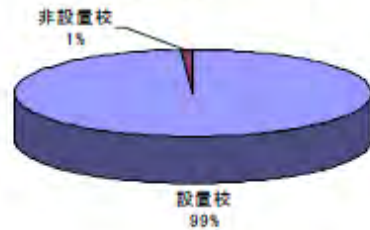
図 3-6-3-1 都立高校普通教室の冷房導入状況 (2005 年度 201 校対象)

◆参考1 他教育施設の冷房化の状況

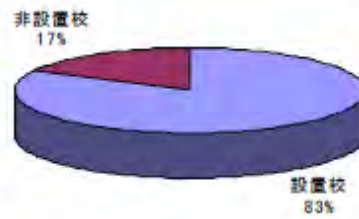
(1) 都内の状況

- ・ 都内にある私立高校では 99%が、国立高校では 100%が全普通教室に冷房設備を設置しています。
- ・ 多摩地区の小中学校では普通教室の冷房化は進んでいませんが、23 区内の公立小中学校においては 83%が全普通教室に冷房設備を設置しています。
- ・ 都内に立地する大学のキャンパスの冷房化率も 100%となっています。

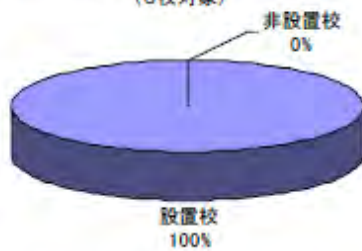
都内私立高校普通教室の冷房設置状況
(207校対象)



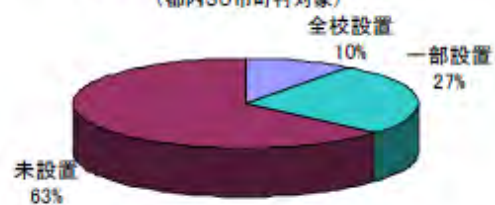
区内小中学校普通教室の冷房化状況



都内の国立高校普通教室の設置状況
(6校対象)



多摩地区小中学校普通教室冷房化状況
(都内30市町村対象)



都内の大学キャンパスの冷房普及率
(162施設対象)

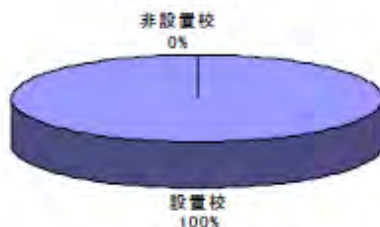


図 3-6-3-2 都立高校以外の都内教育施設における冷房設置状況 (2006 年度)
(東京都教育委員会調べ)

3-6-4 シックスクールの実態の顕在化

事例：江東区元加賀小学校でのシックスクール問題

1. 全体概要および経緯

平成15年4月20日に東京都環境科学研究所に依頼して行った室内空気濃度の測定結果が4月30日に報告され、4階の教室で基準値の3.5倍を超えるトルエン濃度が検出された。

区教育委員会は元加賀小から近くの旧白河小に引越しを行うなどの策を講じるとともに、元加賀小のシックスクール問題解決のため、5月以後、使用した材料のMSDS（化学物質等安全データシート）の調査や、東京都健康局及び健康安全研究センターの協力を得て発生源調査などを行い、発生源の究明と対策に努めた。

2. 元加賀小学校シックスクール問題内容及び経過の詳細

<問題内容>

江東区立元加賀小学校において平成14年6月28日～15年2月28日に実施した校舎及び体育館（RC造4階建て）の耐震補強工事・内装外装工事と屋上プール等の改修耐震補強工事後、都健康安全研究センターからの室内空気濃度測定（平成15年3月6日）において

- ・測定箇所7箇所の内6箇所でトルエンが基準値を超える（基準値の1.2～7.5倍）
 - ・測定箇所13箇所の内、校長室のトルエンが基準値を超える（基準値の1.5倍）
 - ・測定箇所13箇所の内、3,4階普通教室等のトルエンが基準値を超える（基準値の1.4～3.6倍）
- という問題点が報告された。

<経過>

- ・平成15年5月1日、新聞各紙等による報道
- ・平成15年5月12日都健康局の協力による発生源予備調査
- ・平成15年5月19日都健康安全研究センターのボックス法による発生源調査
- ・平成15年5月23日都健康安全研究センターによるトルエン定期測定調査
- ・平成15年6月5日江東区立元加賀小学校シックスクール対策連絡協議会を設立
- ・平成15年5月12,13日田辺会長指導によるサンプリング（発生源）調査（ADSEC法、FLEC法、チャンバー法等による建材測定）
- ・平成15年5月14日保護者説明会開催
- ・平成15年5月24日都健康安全研究センターによるモニタリング空気測定
- ・平成15年5月30日第2回連絡協議会での調査結果にて、合成樹脂調合ペイント（SOP）と窓枠等シーリング材裏側のプライマーにトルエン発生の原因の可能性ありと報告された
- ・平成15年7月10日第3回連絡協議会ではチャンバー法等の測定結果について報告され、初期に高濃度で放散したものが、室内の建材に吸着、拡散し、再放散している可能性について報告された
- ・平成15年7月下旬～8月中の改善策について協議
- ・平成15年7月22日4階掲示板撤去等、一部改善策開始
- ・平成15年7月23日都健康安全研究センターによるモニタリング空気測定
- ・平成15年7月31日第4回連絡協議会ではモニタリング結果が報告され改善策とそのスケジュールについて報告
- ・平成15年9月3日第5回連絡協議会ではスポットモニタリング結果が報告され、モニタリング結果報告（測定の全教室で基準値以下に）
- ・平成15年10月9日第6回連絡協議会ではスポットモニタリング、全居室のモニタリングを行うことを決定
- ・平成15年10月30日全居室のモニタリング実施
- ・平成15年11月17日第7回連絡協議会ではスポットモニタリング測定結果を報告し、江東区立元加賀小学校シックスクール対策報告書（案）を策定

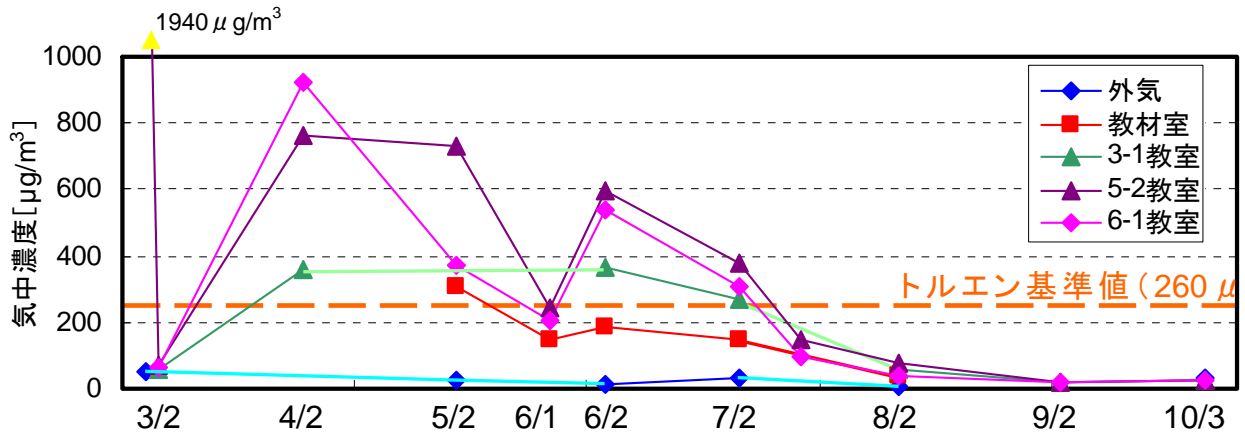


図 3-6-4-1 江東区立元加賀小学校でのトルエン濃度の時間変化

3-6-5 様々なアレルゲンの健康影響の顕在化

日本建築学会「生物・化学要因による空気汚染の健康障害に関する建築学、医学、化学などの多領域からの予防、診断、治療、対策に関する研究報告書、2008年3月、日本建築学会 生物・化学汚染による健康障害の建築的対応特別研究委員会、P. 71-72

疫学的手法により全国調査を実施した結果、各都道府県における児童のアレルギー性疾患の有病率は50%前後と高いこと、その中で、アレルギー性鼻炎の有病率が高い。原因として、花粉、ダニ、ハウスダストの割合が高いことが明らかとなった。

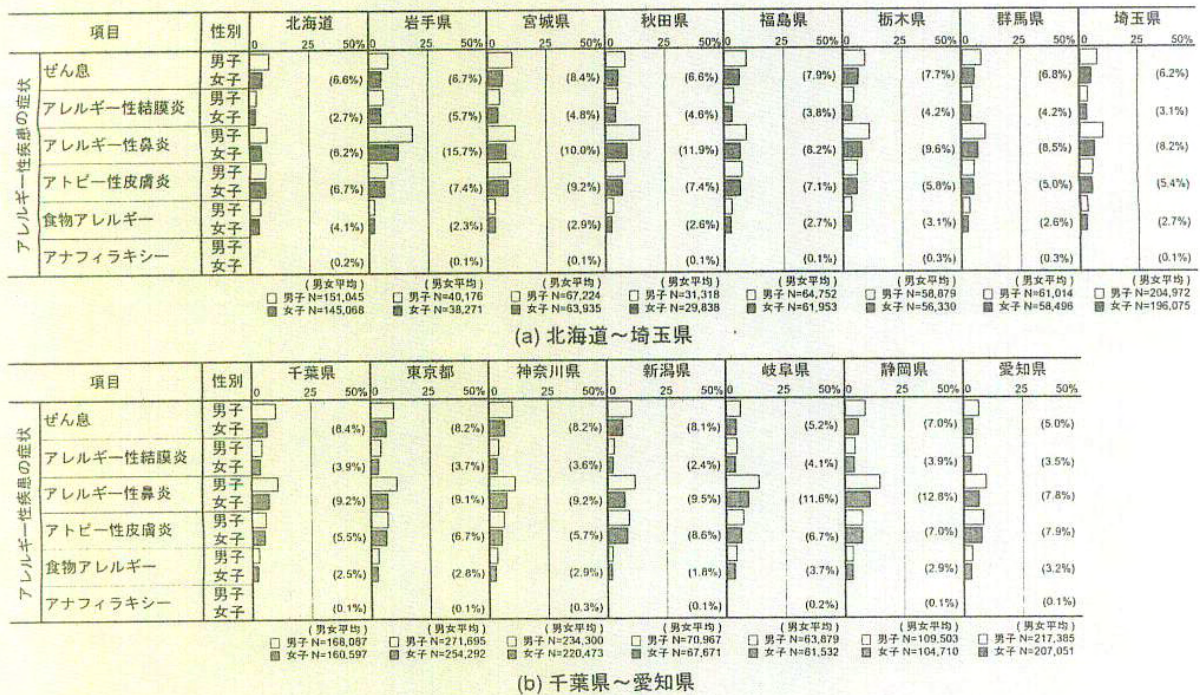
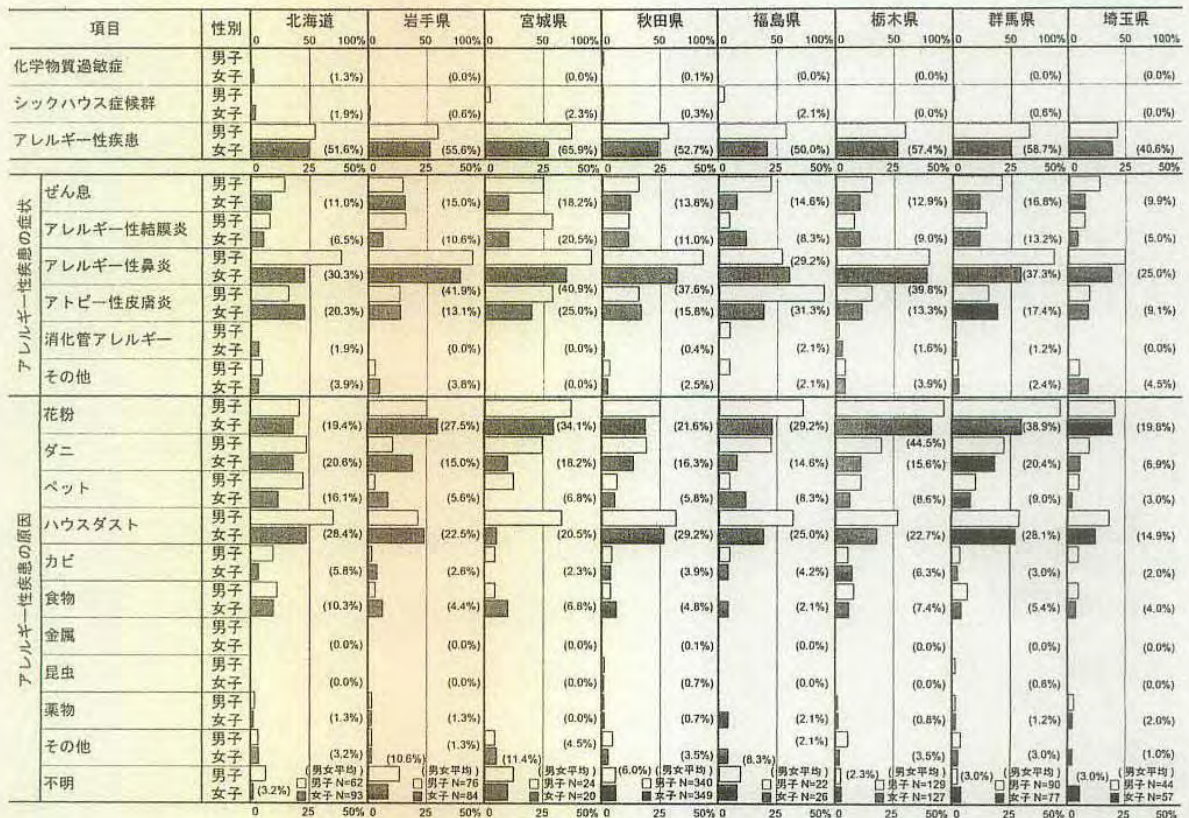
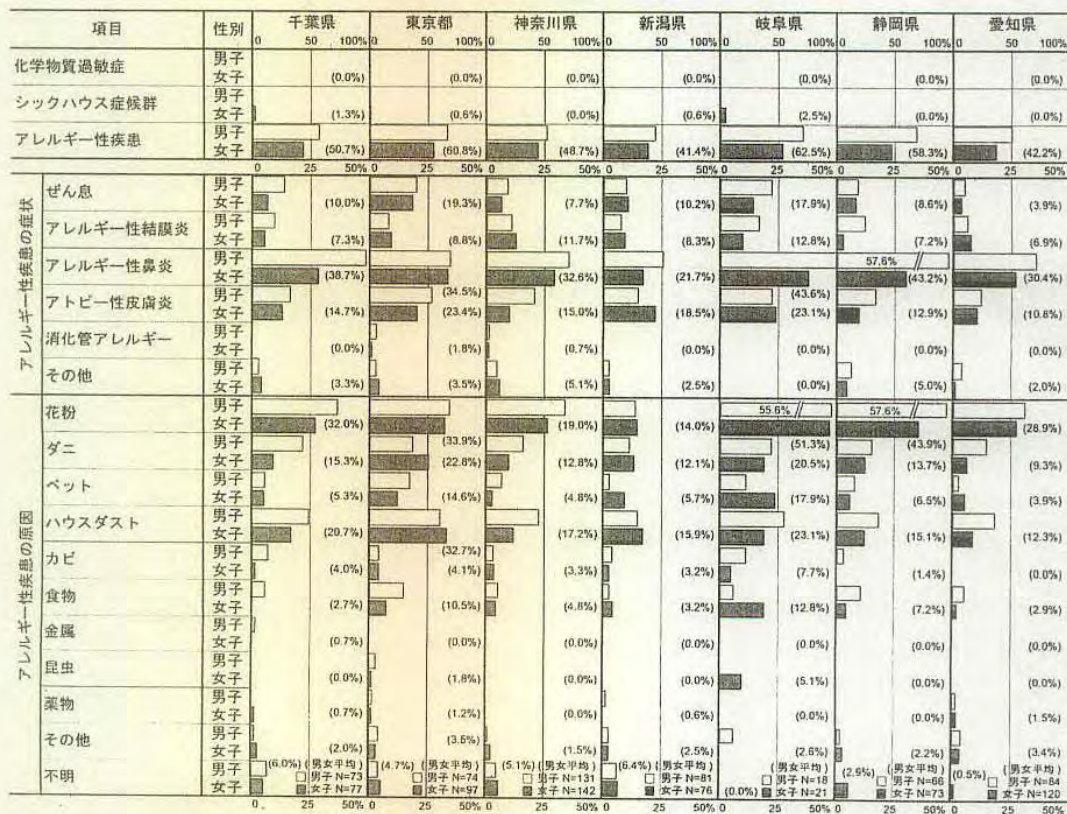


図 3-6-5-1 児童のアレルギー疾患の有病率 (文部科学省・2004年度調査)



(a) 北海道～埼玉県



(b) 千葉県～愛知県

図 3-6-5-2 児童のアレルギー疾患の有病率 (Phase1 の単純集計結果・2008 年 2 月上旬までの回収分)

3-6-6 教室内の音環境基準

「学校環境衛生の基準」では、教室（窓を閉じた状態）の騒音レベルは中央値で50dB以下であることが望ましいとしている。諸外国の基準では、指標としては等価騒音レベルが用いられており（注）、たとえば35dB（イギリス、アメリカ）、30-35（オーストラリア、ニュージーランド）、30-40（ドイツ）など、35dBを中心に30-40dBの範囲で設定されている。すなわち、諸外国における室内騒音の基準値と比較してわが国の基準値は高い騒音条件となっている。言語能力の発達段階にある子どもの学習環境としては、静粛な教室環境を確保することがきわめて重要であり、学校環境衛生の基準の見直しを行うとともに、学習環境における騒音影響の検証及び改善を促進させる枠組みの検討が必要である。

（注）等価騒音レベル及び中央値を同時に計測した場合、騒音の変動の度合いにより程度は異なるが、通常等価騒音レベルの方が中央値よりも値が大きくなる。

3-6-7 幼児施設の光環境

汐見稔幸・小西行郎・榊原洋一編著：乳児保育の基本，pp. 244～247（執筆担当：志村洋子），フレーベル館，2007

理想的な保育室は、自然光がたっぷり差し込む場所であると同時に、光の届かない奥の壁には間接照明を配置するとしているが、「明るすぎる照明」にしないことも大事なポイントであると指摘している。生後2ヶ月～5ヶ月で、すでに大人と同じレベルで明るさへの感度を持っているとされているため、明るいと暗いところの差がですぎないようにすること、朝と夕方は白熱灯などの穏やかな光、昼間は高い位置からの白い光とするなど、使い分けができると良いとも言及している。

3-6-8 幼児施設における保育室内の音環境

志村洋子：保育と保健 平成16年7月・10巻2号・72～73頁

保育園内の音についての研究報告も散見する。埼玉大学教育学部幼児教育講座の志村洋子教授は保育室の「音をデザインする」と題して保育室内の音を測定している（保育と保健 平成16年7月・10巻2号・72～73頁）ので引用させていただく。

「測定した平均的な保育室内の音量を3歳児室についてみると、午後の午睡時間帯である12時30分から3時頃までは50～60dB（デシベル—音圧のレベル）であり、登園後から降園までは70～85dBの範囲で推移している。時には瞬間的に最大値が90dBを超える測定値もみられた。この結果は「騒々しい」といえる音量であり、一般的に会話が十分に成り立つと言われる40～60dB（静かな事務所内）を大きく上回っている」とある。参考までに40～60dBは事務所内の音量、80～90dBは電車の中や工場の音量、100dBは電車の通るガード下で、正常耳で聞きやすい会話音は50～60dB。

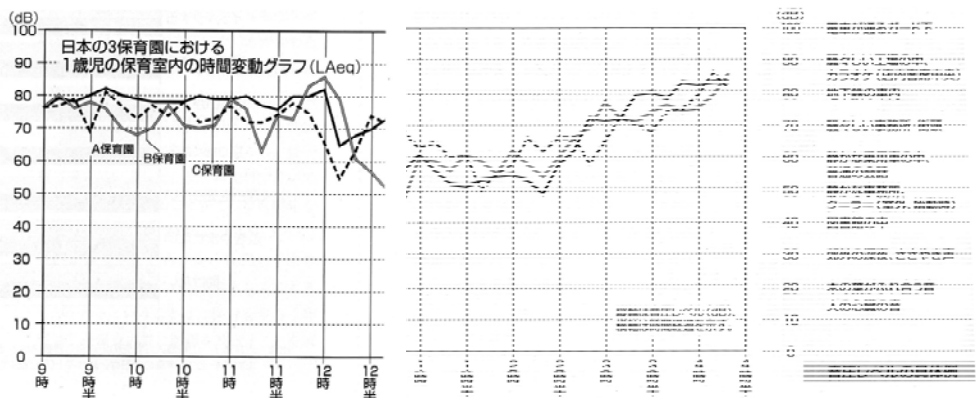


図 3-6-8-1 保育園における1歳児室内の音圧レベル（時間変動）

出典：志村洋子「幼稚園・保育園における保育室内の音環境」第27巻2号、2003

(7) 地域コミュニティの拠点としての教育・保育環境整備

3-7-1 学校施設の放課後有効活用推進

文部科学省生涯学習政策局生涯学習推進課 放課後子どもプラン連携推進室HP

<http://www.houkago-plan.go.jp/>

平成19年度より、「放課後子どもプラン」がスタートしました。
「放課後子どもプラン」は、地域社会の中で、放課後や週末等に子どもたちが安全で安心して、健やかに育まれるよう、文部科学省の「放課後子ども教室推進事業」と厚生労働省の「放課後児童健全育成事業」を一体的あるいは連携して実施するものです。
具体的には、放課後や週末等の子どもたちの適切な遊びや生活の場を確保したり、小学校の余裕教室などを活用して、地域の方々の参画を得ながら、学習やスポーツ・文化活動、地域住民との交流活動などの取組を実施します。
現在、多くの市町村において、小学校や公民館、児童館などを活用し、地域性を生かしつつ「放課後子どもプラン」に取り組んでいただいております。本事業が全国で取り組まれるよう、皆様のご支援を心よりお願い申し上げます。

3-7-2 学校施設の高層化の問題

1) 仙田考・井上寿(2004)：校庭改善が地域・学校コミュニティ活性に果たす役割-坂田小校庭整備計画の事例から、ランドスケープ研究 Vol. 68 No. 1、25-27

中・高学年の教室が3、4階にあり、特に4階の小学校5、6年生が休み時間に外で遊んでいないことがわかった。これを改善するためにオリジナル遊具や水辺空間などを児童、PTA参画のもと、整備を行った。その結果、特に高学年の外に出る比率が高くなり、外部空間の魅力創出が効果的であることを指摘できる。しかし、このような魅力に乏しい一般的な学校では4階で明らかに外に出る率が下がっていることから、できる限り3階以内とすることが望ましいといえる。

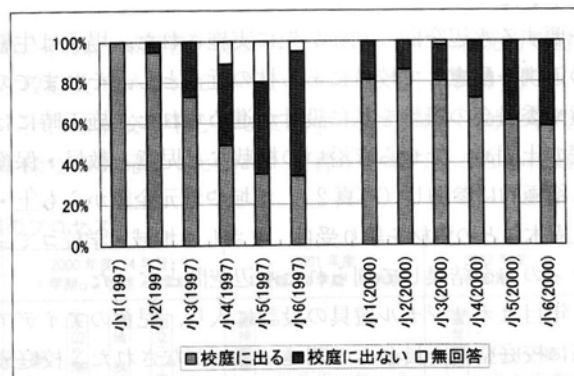


図 3-7-2-1 校庭改善前と後の校庭遊び利用率（休み時間）

2) 文部科学省、小学校施設整備指針、第2章施設計画、第2 校舎・屋内運動施設

http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shisetu/001/toushin/03082201/002.htm

校舎等の建物は、3階以下の建築とすることが望ましい。ただし、やむを得ず4、5階建規模の小学校校舎、又は5階建以上の複合施設の小学校校舎を計画する場合には、低層の校舎における計画上の優位性を基盤にし、その上で、優れた立体化の手法により、周辺地域との関係、施設の計画・管理・運営上の諸課題に配慮することが重要であると教室の低層化を勧めている。

3-7-3 幼稚園設置基準・保育園最低基準

保育所：厚生労働省、児童福祉施設最低基準(昭和 23 年 12/29 厚生省令第 63 号)

<http://www.hoiku-fubo.net/cont/st1/saiteikijunn.html>

幼稚園：文部科学省、幼稚園設置基準(昭和 31 年 12/13 文部省令第 32 号)

http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/youji/gyosei/index.html

3-7-4 幼児施設と補助金

小濱綾子：男女共同参画社会の形成に向けて、日本大学大学院総合社会情報研究科紀要 No. 5, 147-158 (2004)

共働きと育児を両立させるための施策の中心になるのが保育園である。国はその必要性を認めながら、措置費の補助金制を廃止し一般財源化したり、民営保育園の認可規制を緩和したりして経費節減を図ろうとしている。

子どもの豊かな成長発達を保障するには現在の児童福祉施設最低基準はあまりにも低い。

3-7-5 学童保育の子どもが小学校で過ごす時間

全国学童保育連絡協議会、2007 年実態調査

<http://www2s.biglobe.ne.jp/~Gakudou/2007kasyosuu.pdf>

低学年生の場合（1 年～3 年）、平日は 1 日あたり 5 時限の授業が基本なので年間約 1140 時間、学童保育に通う子どもは学校より長い約 1650 時間を学童保育で過ごす。

● 児童が学校にいる時間(1年生～3年生の平均) 年間約1140時間

平日は 5 時間授業が基本なので、在校時間は、8:30-14:30=6 時間

学年毎に授業時間が少しずつ異なることを考慮した。

平日 198 日 × 6 時間 = 1188 時間 + (-79 + 40 + 40) ÷ 3 = 1142 時間

(1年生は週 2 日 4 時間授業 -1 時間 × 79 日 = -79 時間)

(2年生は週 1 日 4 時間授業 40 日 = -40 時間)

(3年生は週 1 日 6 時間授業 40 日 = +40 時間)

● 児童が学童保育にいる時間(1年生～3年生の平均) 年間約1630時間

(平日) 198 日 × (14:30-18:00=3 時間30分) = 693 時間 + 79 + 40 - 40 ÷ 3 = 719 時間

(長期休業日) 47 日 × (8:30-18:00=9 時間30分) = 446.5 時間 小計 1165.5 時間

(土曜日) 49 日 × (8:30-18:00=9 時間30分) = 465.5 時間

合計 1631 時間

3-7-6 学童保育施設の整備規模の問題

1) 全国学童保育連絡協議会、2007年実態調査

<http://www2s.biglobe.ne.jp/~Gakudou/2007kasyosuu.pdf>

1997年の児童福祉法改正により法制化されて10年目を迎えた学童保育において、学童保育数は法制化後の10年間で7000ヶ所が増えたものの、入所児童数は急増し学童保育の適正規模・環境の整備が追い付いていない。

- ・ 学童保育数は1万6,652か所(2007年5月1日現在)
- ・ 1997年の児童福祉法法制化後の10年間で7000か所増加
- ・ 2006年度と比べて794か所の増加
- ・ 入所児童数は、2007年5月現在74万人。2006年に比べ6万人が増え過去最高増加率であるなど(2003年と比べては21万人増加)、急増している。共働き・一人親家庭の増加やこどもの安全対策を考えて学童保育を必要とする家庭がますます増えていく傾向である。
- ・ 学童保育数は急増していても設置数が必要とされる数に追いついていない。したがって学童保育の「大規模化」が進み、適正規模など運営基準が定められていない。

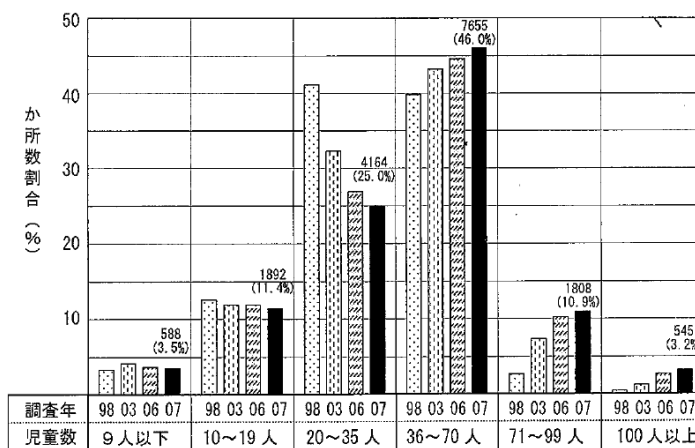


図 3-7-6-1 規模別の学童保育数の推移

- ・ 全国学童保育連絡協議会からは、学童保育の「適正規模」、「設置・運営基準」と「保育指針(案)」をまとめ、これをもとに国および地方自治体に公的な責任で学童保育の設置・運営基準をつくり、拡充を図ることを要望している。
(適正規模においては、1学童保育の上限は40人とし、40人を超える大規模化施設においては、2か所目を設置するようにする)

2) 全国学童保育連絡協議会、2007年実態調査、学童保育に関する実態調査

<http://www2s.biglobe.ne.jp/~Gakudou/2006kasyosuu.pdf>

2003年実態調査では、施設の平均床面積(生活する部屋、トイレ、台所等すべて含んだ広さ)が児童1人当たり2.73㎡とたいへん狭い。室内のあそび場がない学童保育が4割弱もある。

設備	専用あり	他施設と共用	なし
生活室	83.2	14.5	2.3
台所設備	63.6	21.7	14.7
トイレ	50.0	45.1	4.9
電話	74.5	19.6	5.9
かばん置き場(個人ロッカー)	93.6	3.6	2.8
手洗い場	61.6	34.8	3.6
足洗い場	34.9	35.8	29.4
静養できる部屋またはコーナー	37.6	18.6	43.8
ホールなどの室内遊戯室	22.9	28.6	48.5
指導員の事務スペース	53.2	21.8	25.0
クーラー	55.8	10.2	34.0

図 3-7-6-2 毎日の生活の場として必要な部屋の設置状況(%)

3-7-7 運動・自然・あそび3要素が体験できる学校の屋外空間

仙田満、環境デザイン講義、彰国社、2006、P128

日本のこどものあそび空間は小学校の校庭か公園に集中している。そのために、小学校の校庭はより多様なあそび場、体験の場にならなければならない。運動場は体育のための運動スペースとして考えているが、自然の体験の場所を含めてあそび体験の場として改善していくことが必要である。

3-7-8 同年齢、異年齢、異世代の交流の場

仙田満、環境デザイン方法、彰国社、1998、P251

年齢構成よりあそび集団の変化をみると、同年齢とよくあそんでいることが認められた（1955年より約20%増加し、1995年約80%）。これは少子化にともなう注目すべき変化である。

3-7-9 教育施設の整備の方向性：木材材料の資料

環境を考慮した学校施設に関する調査研究協力者会議、環境を考慮した学校施設（エコスクール）の整備について（平成8年3月）、第2節 やさしく造る

http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shisetu/006/toushin/020301/c.htm

学校建築に使用する材料は、人体や環境に対し、有害でない材料であることはもちろん、再生産やリサイクルの可能な材料を選択すること、生産から最終処理までを含め、環境に大きな負荷を与える材料の使用を抑制する必要がある。また、特定地域の環境破壊につながらないような配慮が望まれる。

3-7-10 保護者や地域住民の参画による自主・自律の学校運営システム及び教育実践システムの構築

文部科学省、学社融合 http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/community/06030203/002/004.htm

学社融合による教育活動の開発実践を図るため、学校支援ボランティアや地域の高齢者、秋津コミュニティや公民館で活動しているサークル等による教育活動推進システムを構築した。このシステムは、【学習支援システム】【遊び支援システム】【環境支援システム】【安全支援システム】の4部門で構成している。これらの活動は、子どもと保護者や地域住民とが目標を共有し、活動の協働化を図ることで、学校教育・生涯学習ともに充実・活性化しつつあり、より一層地域の風がいきかう学校となってきている。モットーとして心がけているのは、“できる人が、できる時に、無理なく、楽しく”である。また、ボランティアの中には、以下の役割を担ってくれる方もいる。

3-7-11 地域の子育て支援機能

保育白書、全国保育団体連合会・保育研究所編、2007、P84

地域子育て支援センター事業は、地域全体で子育てを支援する基盤の整備の形成を図るために保育所などにおいて保育士などの職員を配置し、子育て家庭などに対する子育て不安などについて相談指導、子育てサークルなどへの支援などを実施することにより、地域の子育て家庭に対する育児支援をすることを目的とする事業である。

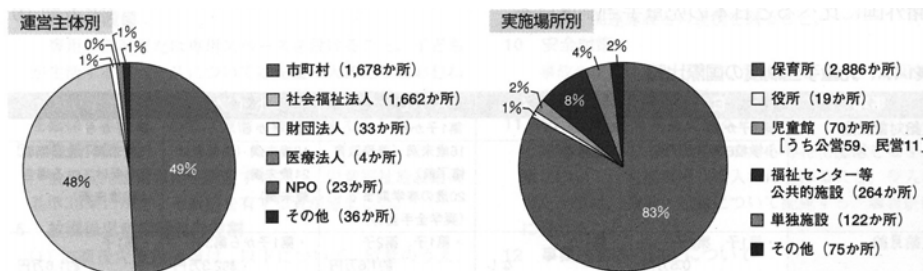


図 3-7-11-1 地域子育て支援センター事業実施状況（2006年度）