

《論文》

フィンランドのネウボラと 子育て世代包括支援センターの比較考察

－日本版ネウボラは成功するのか－

角野 雅彦

フィンランドのネウボラと 子育て世代包括支援センターの比較考察 －日本版ネウボラは成功するのか－

角野 雅彦

和文抄録：近年、日本では子育て家庭の孤立が問題になっている。都市化や核家族化に加え、地域の人間関係の希薄化によって子育て中の母親が孤立化するケースが多い。虐待など不適切な養育に繋がることもある。こうした状況を改善するために2017年4月から、子育て世代包括支援センターの設置が全国市区町村の努力義務となった。参考となったのは、フィンランドのネウボラである。ネウボラは行政が母親の妊娠や出産、家庭の子育て支援をする拠点のことであり、同国ではほぼ全ての妊婦が利用している。担当の保健師が妊娠期から子育て期にわたり継続して家族を支援するのが特徴である。今後、全国で子育て世代包括支援センターを中心に子育て支援事業が運営されていく。子育ての社会化の理念と利用者中心のケアという考え方を推進していくことが求められる。

キーワード：ネウボラ、保健師、子育て世代包括支援センター、子育て支援、子育ての社会化

はじめに

現在わが国の各自治体によって創設が進んでいる「子育て世代包括支援センター」は、フィンランドの子育て支援拠点ネウボラの名をとって、(自治体名)版ネウボラと標榜しているケースがよく見られる。妊娠期から子育て期にわたる、細やかなで切れ目ない支援を提供するフィンランドのネウボラは、先進モデルとして世界に大きな影響を与え続けている。

妊娠・出産・子育ての切れ目ない支援体制を発展させてきたフィンランドでは、ほぼ全ての妊婦がネウボラを利用している。そこでは、利用者一人一人にかかりつけの担当者(保健師・助産師)が割り当てられ、健診、相談、情報提供等が途切れることなく行われる。また、妊婦の状況によって、他の必要な専門機関を紹介することもある。そして、このようなサービスを、利用者が無償(または低負担)で利用することができる。

一方、これまでの日本では妊産婦や乳幼児に提供する公的サポートは、行政の担当部署や施設が異なることが多かった。また、妊娠期の支援は医療が中心で、福祉的支援、たとえば出産後の子育て支援、虐待防止、保育などが後回しにされてきたこともあって、担当機関の連携が不十分になったり、支援が途切れたりする不安があった。

医療的支援はもちろん今後も重要である。だが近年は、公的な子育て支援に対するニーズが大きくなってきている。その背景として、核家族やひとり親世帯、共働き世帯の増加によって、親族や周囲のサポートを得られないまま、家庭が孤立しやすくなっている状況がある。孤立した母親の育児不安が虐待に移行することもしばしばある。したがって、妊産婦や子育て家庭の孤立を防ぎ不安を和らげるために、福祉的支援が求められるのである。

フィンランドのネウボラで中心的役割を担うのは保健師である。そこで働く保健師は、ネウボラにおける対人支援と相談援助に特化した研修を受けてきていて、ネウボラ保健師と呼ばれる。ネウボラ保健師は、妊娠から子どもの就学前まで長期にわたり、担当する母子及び家族に対して相談支援を行う専門職として認知されている。

日本の子育て世代包括支援センターは、今後も本家ネウボラを模範としつつ、日本独自の事情や国民性等を考慮した日本版ネウボラとして発展していくことが予想される。だが、現段階ですでにいくつかの課題が見え始めているのも事実である。そこで本稿では、フィンランドのネウボラと子育て世代包括支援センターの現状及びその比較考察を通して、母親と子ども、家族にとってよりよいサポート体制、日本版ネウボラの進むべき未来について考えていきたい。

1. フィンランドのネウボラ (neuvola)

1) ネウボラの成り立ち

近年、日本では子育て家庭の孤立が問題とされることが増えている。都市化や核家族化に加え、地域の人間関係の希薄化等による子育て中の親（特に母親）の育児への不安感や負担感の増大は、育児の孤立化を招き、虐待など不適切な養育に繋がることも少なくない。また、そうした「子育てのたいへんさ」が強調されることも少子化の遠因になっている。

こうした背景のもと、2016年に母子保健法が改正され、2017年4月から、子育て世代包括支援センターの設置が全国市区町村の努力義務となった。その目的は自治体の子育て支援センターやすべての妊産婦、子育て期の家族の孤立を防ぎ「切れ目のない」サポートを提供することによって、育児不安や虐待を予防することであった。このような包括的にかつ、つながりを持った支援システムを構築する際に、わが国が参考にしたのが、フィンランドのネウボラ事業である。

ネウボラ (neuvola) とは、フィンランド語で相談の場を意味し、行政が母親の妊娠や出産、家庭の子育て支援をする拠点のことである。妊娠から子どもの就学前まで、かかりつけの専門職（主に保健師）が、担当の母子及び家族全体に寄り添いながら支える制度の名称でもある。子育て家庭にとっては、何か家庭上の問題が起こったとき、ワンストップ¹⁾でサポートを得られるもっとも身近な地域拠点であり、必要に応じて他機関や地域の民間グループなどにも繋いでくれる、専門的な技能と力量を持った場所である。

従来よりわが国でも保健センターがこうした役割を担ってきたが、大きな違いは、その地区の妊産婦や家族を、妊娠中から子どもが小学校に就学するまで、常駐している同じ保健師が継続して支援するという点にある²⁾。

ネウボラの特徴は、妊娠の初期から女性「全員」と専門職との個別・対面での対話を積み重ね、「妊婦全員」1人ひとりにていねいに寄り添うことにある。本人（妊婦・親と子ども・家族全体）たちにとっては、ネウボラは、妊婦から就学前までの子育てについて、自分や家族のストーリーを切れ目なく知っていて、疑問や不安に応えサポートしてくれる専門職がいるワンストップの場所である³⁾。

ネウボラのはじまりは、1920年代初頭に遡る。民間有志による母子保健への取り組みがその原点であった。1917年にロシアから独立した当時のフィンランドは、経済的に貧しく福祉制度を整備されていなかった。周産期の妊婦死亡率や乳児死亡率が高く、そのため一部の小児科医とその同僚の看護師や助産師たちは、母子の健康に鑑み、妊婦健診を定着させることに努め、出産前後の栄養や衛生についての啓発・助言指導を行った。

このような状況で、当初の最優先課題は、母子の生命の安全確保であった。そのためには出産前後の妊婦検診は必須であるが、独立直後の経済的貧困のため、一般庶民の検診受診者は少なかった。よって、妊婦健診の受診者を増やすために、民間主導で育児パッケージ給付（母親手当の現物支給）が開始された。

こうして始められた育児パッケージ給付は好評で、未受診率の改善にたいへん効果があった。やがて1937年に、対象を低所得層に限定したものの、全国的に制度化され、1949年には受給についての所得制限が撤廃され

るに至った。さらに助産師による自宅訪問支援事業も開始され、各地域のネウボラは母子が通しやすい場所に開設されることになった。

民間主導で開始したネウボラは、1922年の8か所（ヘルシンキ首都エリア）から1944年には300か所へと増え、そして1944年に制度化されて、市町村自治体には出産ネウボラと子どもネウボラの設置が義務となった。無料で利用可能で、現在は全国に800か所以上の出産・子どもネウボラが存在する。

ネウボラの開設当時は、医療や物資提供の側面が強く、関係者も医療の専門家が主だったが、現在ではネウボラ保健師が運営の中心を占めているように、ネウボラは医療主体から生活主体へと変わっていったといえる。

2000年以降は、支援の連続性と一貫性が求められるようになり、妊娠期から周産期に対応する「出産ネウボラ」と、周産期後から就学前（0～6歳）までに対応する「子どもネウボラ」を統合して、「出産・子どもネウボラ」とする動きが全国に広がった。そして統合により、妊娠中から就学前まで同じネウボラ保健師が、母子及び家族全体の相談支援を担当するようになった。

統合の利点は、同じ保健師であることで、子どものことも自分のことも、夫婦関係のことも相談しやすいという点が挙げられる。また、保健師も妊娠中からカップルのことを知っているのも、何か問題が起こった時に気づきやすい。このように、出産から子どもが6歳までの一貫した担当保健師制は利用者にメリットが大きいといえる。

現在、ネウボラ保健師1名につき、出産ネウボラでは、年間約50名の妊婦（出産を控えた50組のカップル）を担当し、子どもネウボラは年間約400～430人の子ども（乳幼児から就学前）とその親・家族を担当している。

フィンランドでは分娩は公立病院が多く、費用はほぼ無料である。妊娠後期には妊婦が病院・産科を事前訪問する機会が設けられている。そして地域のネウボラは、病院との連携・情報共有することによって、切れ目ない支援を提供することができる。

2) 出産・子どもネウボラ

妊娠がわかった母親は、出産ネウボラを訪れるのが一般的であり、そこで妊娠が確認されると証明書が発行される。証明書を社会保険庁へ提出すると母親手当が支給される。

妊娠経過に問題が無い場合、出産前に8～9回、出産後に2回の妊婦検診や面談がある。その中には医師による検診も含まれる。その他、医師は定期的に担当のネウボラを週1回程度巡回し、検診を行っている。保健師が医師による妊婦検診に合わせて予定を入れるので、同じネウボラで保健師のアドバイスを受けることができる。

保健師が必要と判断すれば、検診や面談の回数を増やすことができる。通常、出産は産院でおこなうが、担当保健師は、妊婦のそれまでの経過について、産院と密に連絡を取りつつ、出産を支援する。出産に至るまでの期間、保健師は定期的に妊婦と会い、1回の面談で30分から1時間半ゆっくりと顔を合わせて話すことで、両者の信頼関係を築く。いつも身近に接している保健師との絆が、妊婦の出産に対する不安や緊張を和らげる。

子どもネウボラでの健診は、1歳までに9回（医師によるもの2回を含む）、1～6歳の間に最低でも6回ある。子どもが1歳になるまでの時期は、母親が精神的に不安定になりやすいこともあって、回数が多く設けられている。さらに、子どもの予防接種や健康チェックをして、必要があれば健診回数を増やしたり、発達などに問題がある場合には医師や言語聴覚士や作業療法士などを紹介したりすることもある。

なお、前述したように、相談支援の一貫性と継続性の観点から、出産ネウボラと子どもネウボラを連結した統合型が増えているが、そうでないところでは、利用者に対応する専門職は出産ネウボラでは助産師または保健師、子どもネウボラでは保健師である。もし出産・子どもネウボラで担当者が変わる場合は、担当者間の入念な引き継ぎが行われる。

3) 総合検診

2000年以降、フィンランドにおいても、両親の離婚やアルコール中毒、うつ病や失業など、さまざまな問題

を抱える家庭が増えている。とりわけ深刻なのが子どもに対するネガティブな行為である。それらの早期発見は、現代のネウボラの大きな課題となっている。

一方、フィンランドでは、1980年代から非暴力的な子育てを普及・徹底させようとする取り組みがあったのも事実である。たとえば、「子どもの養育と面会交流に関する法律（1983）」では、「子どもは理解、安全そして愛情を得られるよう養育しなければならない。子どもは、従属や体罰その他の方法で侮辱してはならない。子どもが自立し責任感のある成人に成長するように支援・助長しなければならない」（第1条3項）とあるように、早くから体罰を法律で禁止していることがわかる。

2010年に「児童保護法」が一部改正され、子どもの保護とは「それぞれの子どもとその家族に個別に対応する子どもの保護」となり、子どもや妊婦だけでなく家族全体を国が支援する方向に拡大された。さらに「予防的な子ども保護」（第3条a）が新たに追加されたことによって、学校、青少年支援施設、保育園、子どもネウボラ等で、親・養育者を含む家族全体への支援が、特別な手続きを経ずとも、一般的業務において可能となった。

これを受けてネウボラでは、家族全体への早期支援を開始し、2011年から「総合検診」を全国的に導入した。これは母子のみならず、家族全体の状況を把握し支援の質の向上を目指した取り組みである。

具体的には、出産ネウボラで1回、子どもネウボラでは子どもが生後4か月、18か月、4歳のときに母子、父親、兄弟姉妹全員と面談を行う。またこのとき、家庭環境や悩みなどを問うアンケート用紙を事前に配布する。これには提出の義務はなく、自分たちが家族の問題について気づくを深めるのが目的である。子どもの就学後は、小学校1年生、5年生、中学2年生で行われる。

総合検診は、担当者が早い時期から家族全員の生活状況や関係を知ることで、家族の全体像を把握するために重要である。また、早くから利用者家族との絆を強めることによって、利用者本人たちもその後の健診で担当者に相談しやすくなる。総合健診で家族間の関係性に注目する理由は、乳幼児の健全な成長には、母子の愛着関係だけでなく家族成員間の安定的関係が不可欠だからである。他にも経済状況、職業の変化、DV虐待リスクの早期発見など、家族の近況や変化は、定期健診や総合健診で継続的に確認される。さまざまなリスクに早期対応するためには家族の全体的理解が必要である。したがって、母子だけでなく家族全員と面談する総合検診の重要度は、近年ますます高まってきている。

4) ネウボラ保健師の養成

ネウボラ保健師は、ネウボラにおける対人支援と相談援助に特化した専門家研修を受けてきた専門職である。フィンランドで保健師になるには、高校卒業後にAMK（ammattikorkeakoulu, university of applied sciences：応用科学大学）と呼ばれる職業訓練高等教育機関で4年間の専門課程を終了しなくてはならない。この機関は日本の大学学士レベルの課程に相当する。保健師の履修科目は看護師より多く、病気の治療・予防といった医療知識だけでなく、人間の発達段階に関する知識、健康促進のための知識、国民の健康状態についてなど、広い範囲を学ぶ。現在では、実際の相談援助場面に備えた検診シミュレーション演習などが重視されているように、健康予防の知識技能の習得から、対人支援と相談援助力の向上に力点が置かれている。

ネウボラ保健師になってからも、ネウボラ研修は継続される。こうした専門職研修の継続と整備によって、かつてはその力量に個人差のあった全国のネウボラ保健師は標準化することができ、そのことがネウボラ保健師の専門性の社会的評価に繋がったといえる。

ネウボラ研修では、医療的な専門性ととともに、利用者の立場と目線に接近するためのカウンセリング的な技能が重視されるようになった。以前は個別サポートにつきまとう相性の問題、すなわち利用者と担当者の性格が合うか合わないかが、援助において重視されていたが、ネウボラ保健師の対話力の向上によって、相性に関する懸念が減少したという。

現在のネウボラでは、利用者本人とその家族との信頼関係を築くことを、何よりも優先して考えているが、そのポイントは、以下のこととされている。

- ①初回の検診でのやりとりがスムーズにできること。
- ②かかりつけ（保健師）が利用者にとって話しやすい存在であること。
- ③保健師が利用者本人に共感し敬意を持って接すること。
- ④保健師と利用者本人とが協力し合えること。

保健師と利用者相互の信頼関係が不足していると、どんなに保健師が優秀かつ熱心であっても、逆に親と家族は萎縮してしまい、いっそう相談しにくくなる。対話を通じた信頼関係から全ては始まるのである。また、フィンランドでは、地域の利用者から親しみを込めて「ネウボラおばさん」と呼ばれているように、来室する人たちがリラックスしてこの制度を利用していることがわかる。

2. 子育て世代包括支援センター（日本版ネウボラ）

1) 切れ目ない支援体制

わが国では、子育てをはじめ家族のケアは家族親族で行うのが原則であった。だが、核家族化、経済状況、働き方の変化などにより、家族だけに子育てを委ねることは、子育てそのものが大きな困難に直面する事が多い。子育て家族を支える親族間のつながり、地域の互助・共助の力は大きなばらつきがあるが、親の負荷が高まりやすい乳幼児を抱える家庭には、支援の手を差し伸べてくれる他者の存在が尚更重要である。

誰もが子育て中に十分な支援を提供してくれる親族や地域を持っているわけではない。よって、健全な親子・家族関係を築けるようにするためには、子育て世代を身近な地域で親身に支える社会的な仕組みを整備することが急務である。しかし、これらの支援の重要性や、その実態についての情報は、子育て家庭にも地域住民に分かりやすく伝わっていないのが現状である。重篤な問題やリスク、医療的なケアを必要とする場合以外で、個別の利用者に寄り添い不安を払拭するような予防的な支援も十分ではない。さらに支援側の連携が不十分であり、そのため支援が一貫性を欠くという課題があった。

妊娠初期から子育て期において、それぞれの段階に対応した支援や、サービスの情報や助言が、子育て家族に伝わり理解されるよう、現状の支援の在り方を利用者目線で再点検する必要がある、との認識の下、平成26年度から「妊娠・出産包括支援事業」が実施された。

平成27年度には、「妊娠・出産包括支援モデル事業」の一事業である「母子保健相談支援事業」の取組を更に進めることとし、妊娠期から子育て期にわたるまでの切れ目のない支援を実施する観点から、①様々な機関が個々に行っている支援について利用しやすくなるよう、ワンストップ拠点としての「子育て世代包括支援センター」を立ち上げ、②そこにおいて、保健師等のコーディネーターが全ての妊産婦等の心身の状態や周りからの支援の状況等、健診（妊婦健康診査・乳幼児健康診査等）の結果や保健指導等の内容を継続的に把握し、様々な母子保健サービスや子育てサービス等を実施する関係機関へつなぎ、③特に手厚い支援が必要な方に対しては、関係機関と連携してオーダーメイドの支援プランを策定することとし、妊産婦等の方に対して一層のきめ細かい支援を実施していくこととしている。切れ目ない支援をワンストップで提供するという理念は、フィンランドのネウボラと全く同様であることから、このセンターの設立をもって、わが国においてネウボラ制度の導入が始まったとみなすことができよう。

こうして、子どもの成長という時系列的な縦の連携、そして関係諸機関の情報共有等を通じた横の連携、いずれも切れ目のない支援を実施する方向に舵を取るようになった。また、平成母子保健法の改正により、平成29年4月から、「母子健康包括支援センター」を市区町村に設置することが努力義務とされた。さらに、「ニッポン一億総活躍プラン」（平成28年6月2日閣議決定）においては、平成32年度末までに子育て世代包括支援センターの全国展開を目指すこととされた。

なお、センターの設置に当たっての課題も明らかになりつつある。子育て支援推進調査研究事業の成果として発表された、厚生労働省の「子育て世代包括支援センター業務ガイドライン」（平成29年8月）によると、平成28年4月1日時点でセンターを設置しておらず、調査に協力のあった市区町村849か所中、予算・人員の確保

(70.1%)、適切な場所の確保(40.3%)、対応の難しい事業がある(32.3%)等を課題としてあげている。予算と人員、適切な場所の確保の困難は、いずれも新しい事業において予想されることではある。対応の難しい事業の内訳は、支援プランの策定(77.7%)、保健医療または福祉関係との連携調整(37.6%)、妊婦等の実情把握(11.3%)、必要な助言・保健指導(9.9%)となっている。これらの内訳を見ると、ソーシャルワーク、相談支援の専門家が少ないことがわかる。

自治体からの調査結果を受けて、ガイドラインには、「これらの課題があることを踏まえ、センターの役割として、妊産婦・乳幼児等の状況を継続的・包括的に把握し、妊産婦や保護者の相談に保健師等の専門家が対応する」とあるように、相談支援の専門家、とりわけ保健師への期待が大きいことがわかる。また、「必要な支援の調整や関係機関と連絡調整するなどして、妊産婦や乳幼児等に対して切れ目のない支援を提供する。このような取組により育児不安や虐待の予防に寄与することができる」とするなど、諸機関を繋ぐ関係調整力が求められている。

センターには、子どもを安心して産み育てることのできる「地域づくり」の役割も課せられており、「地域子育て支援拠点事業所など、地域の子育て支援事業等を提供している関係機関との連絡調整、連携、協働の体制作りを行うとともに、地元の自治会や商工会議所、地域住民を含む、地域の子育て資源の育成、地域課題の発見・共有、地域で必要な子育て資源の開発等に努める」としている。

2) 格差是正に向けて

近年、子どもの学力格差の問題がクローズアップされている。親の社会的格差がそのまま継承されてしまうことが危惧されている。このような風潮の中では、子どもを安心して産み育てることがいっそう困難になってくる。

では、子どもの学力格差はなぜ生まれてくるのだろうか。一般には、子どもがどのような学習環境で育つかに関係しているという。そして、格差が発生する要因の一つとして、「親の収入」が最もよく挙げられる。学習塾等に通う費用、その他の習い事にかかる資金的余裕のある家庭の子どもの学力が比較的高くなる、という指摘はよく聞かれる。

収入以外の要因も親の影響が大きいとされている。具体的には、親の子どもに対する期待値の大きさや、親の学歴、教育に対する態度等が挙げられる。また、親の影響力は子どもが幼い時期ほど大きいことから、幼少期の家庭における学習環境がきわめて重要であることがわかってきており、それを裏付けるさまざまな調査結果がある。

その中でも、お茶の水女子大学による、平成29年度全国学力・学習状況調査の結果及び保護者に対する調査(及び、過年度の調査)をもとに、家庭状況等が児童生徒の学力等とどのように関係しているのかを分析した報告⁴⁾は、家庭における諸要因のうち、どの項目が学力等と深い関係にあるのか、また、それらの関係は家庭の経済状況等を統制しても有意な関係は残るのか、学力格差(家庭の社会経済的背景による学力差)はどのように変動しているのか、経済面等で困難を抱えながらもそれを克服している家庭はどのような特徴があるのか、について検討した興味深いものである。

しかし、親、家庭以外に格差要因が存在することもわかってきている。毎年実施されている「全国学力・学習状況調査」の結果からは、明らかな学力の地域差が見て取れる。このテストは、子どもの学力状況を把握するために、文部科学省が2007年から実施している小6と中3生を対象とした全国学力テスト(2019年は全校を対象に調査。私立校は2007年以来任意参加)である。

2019年の都道府県別全国学力テストを見ると、小学生正答率⁵⁾の全国平均は65.2%。正答率が最も高いのは秋田県で72.0%(偏差値79.1)。2位は石川県で72.0%。3位以下は福井県(70.5%)、青森県(68.5%)、富山県(68.5%)の順。一方、最も正答率が低いのは愛知県で62.0%(偏差値33.3)。これに大阪府(63.0%)、奈良県(63.0%)、長崎県(63.0%)、滋賀県(63.0%)と続いている。

この結果は、親の年収が格差の主な要因であるという定説を支持していない。なぜなら、都道府県別の世帯

収入の平均は、東京都を筆頭に首都圏、大都市圏の地域が上位を占めているからである。地域単位でみた場合には、収入と学力の間には関係があるように見えない。

では、この結果に繋がる要因とは何だろうか。

家族関係については、都市部では核家族化、共働きという世帯が多いのに対し、東北、北陸地域では比較的三世帯世帯が多い、ということが想定される。そして、子どもが家庭で学習したり、生活したりする上で親や周囲の大人のサポートはとても重要になる。だが、核家族、共働き世帯の多い都心部ではその余裕がなく、逆に三世帯世帯のような、誰かが子どもの話し相手になったり、しっかり見守ることができる環境が、学力を押し上げる要因になっている可能性が考えられる。

学力の地域差は、親の収入以外の要因により発生していることから、家庭での学習環境が重要であるということが、あらためて認識される契機になったといえる。

アメリカのラリーュー（Antte Lareau, 1952-）の研究^{6）}は、親の階級ごとの子育てスタイルの違いを論じたものであるが、乳幼児期の家庭生活と学習環境の大切さを示唆している。ラリーューは、中産階級の子育ての特徴は「熱心な子育て」（concerted cultivation）にあり、労働者階級及び貧困階級のそれは「自然な成長」（accomplishment of natural growth）である、と述べる。また、中産階級の親たちは、学校の諸活動への参加に熱心であるのに対して、労働者階級・貧困階級の親は非協力的でかつ学校任せが目立つ、ともいう。そして、親たちのこうした行動を見て、中産階級の子どもたちは、社会にコミットすることの大切さを学び、「やればできると」という感覚を養う。一方、労働者・貧困階級の子どもは「何をやっても無力でうまくいかない」という考え方に至ることが多い、という。

フランスの社会学者ブルデュー（Pierre Bourdieu, 1930-2002）は、「文化資本」^{7）}という概念を提示した。文化資本とは、個人、家族、社会集団等が所有する「文化的に価値あるもの」の総体を意味する。中産階級の熱心な子育ては、文化資本と相性が良く、子どもの公正な態度や一貫した信念、高い学力等、後年の成功と結びつきやすい。

「社会関係資本」もブルデューの提唱した説である。社会関係資本とは、人と人とのつながりを表す用語である。家庭内及び家庭外での地域コミュニティにおけるつながりの豊かさが、子どもの学力形成や将来に関して大きな役割を果たすことが指摘されている。

保健師らが、妊婦とその家族を切れ目なく継続的に支援し、孤立させないフィンランドのネウボラは、社会関係資本を提供することで、家庭生活に情緒的なゆとりが生まれ、子育てが改善することで、文化資本を高める効果を持っている。それゆえに、ネウボラの理念を引き継いだ子育て包括支援センターは、それぞれの家庭が所有する文化資本及び社会関係資本の違いが、子どもたちの間に学力格差を作り出す状況に対して、一定の歯止めになることも期待されている。

3) フィンランドと日本の母子保健制度の比較

フィンランドの母子保健制度は非常にわかりやすいのが特徴である。妊娠と同時にネウボラに行き、妊婦とその家族は定期的にネウボラを受診する。担当保健師が、出産前から出産後も家族全員の相談に応じ支援を行う。こうしたシステムのため保健師の知名度は高く、保健師の役割が一般に知られていない日本とは対照的である。

フィンランドと日本の保健制度を比較した表1を見ると、ネウボラが一カ所で全てのサービスを提供するワンストップ拠点になっていることがわかる。そして、日本では検診対象が主に母子に限定されているが、フィンランドでは家族全員が対象になっているので、他の家族成員とも関係づくりができ、信頼関係を構築しやすいという利点もある。

フィンランド同様、わが国でも保健師は、日本の母子保健制度を現場で支え続けてきた存在である。保健師は、地区担当制、業務担当制、あるいは地区担当と業務担当が相互に連携する重層型といった体制の中で活動してきた。地域密着型という点において、母子保健に特化した地区担当制のフィンランドと同様である。

しかし最大の違いは、これまでの日本では、母子保健サービスが継続的でなかったため、担当保健師に気軽に相談できる関係構築ができていなかったことにある。母子保健に関するさまざまなサービスが用意されていても、相談体制がないと現実のサービスを受けるまでに至らない。日本においても、フィンランドのように保健師の知名度を高めるとともに、担当保健師に気軽に相談できるということを周知させていくことが必要である。

横山（2018）⁸⁾ は、そのためには、先ず母子健康手帳交付時の妊婦面接の対応を強化することが大切であると主張する。日本では自治体により母子健康手帳の交付場所がさまざまで、これまで事務的に母子健康手帳が配布されることが多かった。だが、母子健康手帳配布時は最初に保健師と妊婦が対面できる機会であることから、子育て世代包括支援センターで交付されることが望ましいといえる。

フィンランドの妊婦とその家族が、ネウボラに勤務している担当保健師と繋がっているように、日本でも担当保健師と気軽に相談できる関係づくりをすることが重要である。母子健康手帳交付時の面談と情報提供を契機として、全ての妊婦には担当保健師がいて、子どもやその家族の健康相談や育児相談を保健師が担うことを説明して、保健師が気軽に相談できる存在であることを認識してもらわなければならない。

そのためには、母子健康手帳に妊婦面接時の担当保健師からその後の担当保健師の名前を明記することも有効な手段である。担当保健師の配置転換や移動、または妊婦の地区移動などで、妊婦面接時の保健師とその後の担当保健師が同一人物でなくなっても、名前を記載することで心理的な繋がりを継続することができる。また医療の上でも、担当保健師を母子健康手帳に記載することで、出産のために入院した医療機関で勤務する助産師等、他の専門職との連携を強化することに繋がる。

表1 フィンランドと日本の母子保健制度の比較⁹⁾

	フィンランド	日本
保健師の制度	担当保健師制（母子保健に特化した地区担当制）	地区担当制、業務分担制、重層型
妊娠が判った時	ネウボラを受診	医療機関を受診
母子健康手帳の交付	ネウボラの担当保健師	各自治体の窓口（保健師による妊婦面接時）
乳幼児健診の対象	妊婦とその夫（パートナー）	妊婦
妊娠中の検診	・ネウボラの担当保健師を受診 （初産婦15回、経産婦11回） ・医師の診察3回	病因・診療所・助産所に受診（計14回）
乳幼児健診の制度	ネウボラにおける担当保健師のクリニックを家族全員で受診。	集団検診で多くの場合、子どもと母親が受診
乳幼児検診の対象	家族全員	ほとんどの場合、子どもと母親
乳幼児検診の頻度	・就学前まで担当保健師により全15回 ・医師により5回の健康診査	就学前までに3回～5回の集団検診
保健師との信頼	妊娠中から出産後も担当保健師と頻繁に関わりがあるため、信頼関係を構築しやすい。	担当保健師と関わる機会が少ないため、多くのケースで信頼関係を構築することが難しい現状がある。
母子保健制度全体	シンプルで国民にわかりやすい	各自治体の裁量に任されているところが多く、複雑でわかりにくい
保健師の認知度	全国民に認知されている	国民が保健師の役割を知らない

3. わが国でネウボラが定着するには

1) 日本の子育て家庭の特徴と母親ネットワーク

どの国にあっても、家庭は、子どもが親や家族との絆を形成し、愛情ある生活を通して人に対する基本的な信頼感や倫理観、自立心などを身に付けていく場所である。

わが国では近年、家庭や地域社会の子育て力が、以前よりも低下しているものと考えられている。乳幼児を抱えた若い夫婦が、周囲から適切な支援を受けられない場合、とくに母親が育児に対して孤立感や疲労感を強く感じている場合には、育児ノイローゼや児童虐待等の望ましくない結果に繋がることもある。

かつて1960年代のように3世代同居世帯が多く、子ども自身もきょうだい数も多く、地域社会でも子どもの数が多かった時代と比較をすると、現代は家族規模が縮小し、親と子の核家族世帯が中心で、母親に育児負担が集中しやすいのが特徴である。

また、日本では、父親が育児にかかる時間が他の先進国と比較して突出して少ないことがしばしば指摘されており、妻の就労の有無にかかわらず、父親が親としての役割を積極的に果たすことが、子育て家庭の育児ストレスや不安の解消のみならず、子どもの健全な育ちのためにも重要になっている。必ずしも父親がおむつを替えたりしなくても、子育ての悩みの聞き役になるだけでも、母親の孤立感は軽減される。したがって、父親の育児協力の不足は日本の子育て家庭の特徴であると同時に、大きな課題であるといえる。

もう一つの特徴は、母親自身の社会的ネットワークが狭いことである。母親自身が、育児関連や仕事、趣味等で、他の大人と交流する機会があり、孤立していないことは育児不安を軽減する効果がある。だが、結婚して子育てが始まると、母親の交際範囲は狭くなる傾向がみられる。これは専業主婦だけでなく、職業を持った母親でも同様である。

ただし、ネットワークは母親に支援を与えてくれるだけの存在ではなく、負の効果をもたらすこともある。近隣で形成される育児仲間が、特に密度の高い場合、サポート資源を提供する一方で、心理的な負担をもたらすことが少なくない。

1990年代、親族に頼れなくなった母親たちが、近所の人たちと助け合い、子育てのための新しいネットワークを生み出すことへの期待から、「公園デビュー」¹⁰⁾という言葉が生まれて久しい。当初は肯定的な意味で使われていたが、やがて育児をめぐる近所づきあいのストレスが指摘されるようになった。

先輩ママからアドバイスがもらえるという肯定的な見方がある一方で、コミュニティへの参加に失敗して地域に馴染めずストレスを被る可能性や、感情的なもつれや保護者コミュニティの中の特定人物の発言権が強く暴君のように振舞っているケース等の否定的な意見、事例が取り上げられることが増えていった。それを決定的にしたともいえる事件が、公園デビューで知り合った母親どうしの感情的行き違いにより、相手の子どもを殺害するに至った、1999年の音羽少女殺害事件である。

また、そのネットワークの特徴は、母親自身の階層的な位置づけや居住地域の影響から自由ではないとする研究もある。大和(2000)¹¹⁾は、通常のネットワーク研究が対象としてきた「交際のネットワーク(社交・相談・軽い实际的援助)」と「(身体的)ケアのネットワーク」を区別しながら、ネットワーク構成の多様性について検討した結果、前者の場合は男女とも、後者の場合も女性においては、階層が高いほどネットワーク構成が多様であることを明らかにしている。松田(2008)¹²⁾は、母親の年齢が高かったり、フルタイム就業や自営業であったり、世帯収入が低い(400万円未満)場合にはネットワークの規模が小さくなり、逆に、地域に6歳未満の子どものいる世帯数が多く、居住年数が長いほど規模が大きくなることを明らかにした。

子育て家庭の中には、親族からの十分な物心的サポートが期待できる家庭、そうでない家庭があるのも事実である。仮にそうでない側の母親にとって、最も身近な存在である父親の協力的な育児態度はいっそう重要になる。それには父親の育児休暇等の制度的充実に加えて、子育てにまつわる技術的、心理的支援も必要になってくる。親族サポートを補うための、母親の自発的なネットワーク形成にも肯定否定の両側面があり、母親自身が現在までに置かれた状況や階層によって、ネットワークに質的かつ量的な格差が生じる。

親族、地域のネットワークは依然重要ではあるものの、それだけではまかないきれないのが現代社会であり、公的機関による相談支援に対する期待は高い。

母親のパーソナルネットワークが子育てにもたらす影響について検討した荒牧(2018)¹³⁾は、母親に対するサポート機能の特徴を3点挙げている。第一に、人手や経済面の支援は主に親族によってもたらされる点。第二に、相談相手としては非親族が重要な役割を果たしており、一部ではメディアも利用されている点。そして

第三に、非親族（相談相手）と公的機関（相談相手と経済的支援）に対して相対的に強い支援ニーズがある、という点である。最後の非親族と公的機関への強いニーズとは、家族、親族、あるいは地域社会から、子育てを社会化していこうとする動機として理解することができる。

2) 子育ての社会化

社会化とは、一言で言えば社会で子育てに責任を持つことである。そして、この言葉が最初に使われ始めたのは、第一次世界大戦後のことであるという。その当時、工業労働者と共働き家庭の数が増加し、これに大正デモクラシーの風潮が重なったことから、各地で労働運動が激化した。さらに1918（大正7）年の米騒動が契機となり、福祉政策の充実を余儀なくされた政府は、1919（大正8）年に大阪府、1920（大正9）年に京都市、1921（大正10）年には東京市にも公立託児所を開設した。

一連の行政施策として子育て事業を遂行していく過程には、国家のための人的資源を開発するというねらいがあり、それが戦争に結びついた側面は否定できないが、同時に指導者による、啓蒙主義・人道的見地からの社会的使命感が反映されているのも事実である。

吉長（2008）¹⁴⁾ は、現代における政府や財界の主張する子育ての「社会化」とは、低コストで効率的に多様なメニューを提供する保育サービスを親が賢く使いこなせる社会にすることなのだ、と主張し、子育ての「社会化」を「共同化」ととらえて保育所づくり運動を起こし、保育に対する公的保障の拡大を求めてきた保護者、保育者、保育・教育研究者が考えていた、かつての子育て・保育の「社会化」とは、全く質が違う、と述べている。

かつての社会化は、その啓蒙主義・人道主義的見地から、家庭の基本的な教育力の向上のために、親にきちんとした育児教育の機会を提供し条件を整えるべきという、家庭の教育力強化型の発想に力点が置かれていた。それに対して現代は、今日の家庭すべてに行き届いた育児を期待することはそもそも無理である。したがって必要なのはうまく育てきれないでいる家庭に対して社会の方が支援する、という社会的支援型の発想に特徴がある。

ネウボラ及び子育て世代包括支援センターは、前者、家庭の教育力強化を促すというねらいを持ちつつも、社会の方から子育て家庭を支援しようとする後者の性格を受け継いでいるのが特徴である。ネウボラ保健師との継続的關係、切れ目のない支援、ワンストップ拠点等、これらの支援サービスに共通しているのは、利用しやすさ、わかりやすさ、そして、保護者と家庭に何事も強制しない非指示的態度である。

保護者が社会的資源（ソーシャルキャピタル）を利用するようになると、子育ての社会化意識が高まるという研究もある。山口ら（2013）¹⁵⁾ は、「子育ての社会化」意識・行動に影響する要因として、母親や地域住民の「ソーシャルキャピタルの認識」が関連していることを明らかにした。その中でも「つながり・交流」の影響が大きいと述べている。

このことから、子育て包括支援センターはまず利用者に足を運んでもらう、つながりを強め、人的交流を活発にすることが大切であるといえる。保護者が子育ての社会化意識が高まれば高まるほど、ソーシャルキャピタルの利用機会は増えて、子育ては家庭のみで行うという観念から離れることができる。

現代家族の機能は脆弱化する傾向にあり、子育ての社会化の意義は高まる一方である。だが、それが市場原理に基づく家庭サービスとして消費されるならば、そこに育つ子どもへの視点が希薄になるのではないか、という危惧も当然出てくる。子どもの育ちの視点から子育ての社会化を考えることも大切であろう。

3) 社会と協働する子育て—これからの課題—

日本では子育て、親の介護は家で行うべきという考えがまだ根強い。フィンランドでもかつては同様であったが、キリスト教文化圏であるため「家」の観念は儒教の影響を受けた日本より緩く、血縁や婚姻関係のない者が「契約」で家族をつくるという形態も存在した。

フィンランド、そして隣国のスウェーデンもまた、こうした契約観念をさらに広げて「国家は一つの大きな

家族である」という理念を打ち出し、育児と介護を国や自治体が負担するという政策を時間をかけて実施してきた。その代償として国民に高い税金が課せられるようになったが、育児や介護の負担が家族だけにかからない社会を実現できたのである。

船橋 (2018)¹⁶⁾ は、育児を構成する基本的な4つの要素として、「扶養」「世話」「規範の伝達」「交流」を挙げているが、わが国では、広義の「家」すなわち親族や地域社会のなかでこれらの要素を営んできた歴史がある。しかし、家族や地域が変容した今日においては、これらの要素を社会的な国や自治体レベルの枠組みで行う制度が必要になってくる。したがって、育児の社会化とは、これらの4つの要素を狭い核家族の中だけで完結させようとするのではなく、社会全体で様々な社会制度をもって実現していくことであると考えられる。

今後も家族は子育てにおいて大きな役割を果たすが、次世代の育成を家族頼みではなく、社会全体として子どもに保障していくことが大切である。これまで述べてきたように、フィンランド社会で育児の社会化が機能する上でネウボラが果たす役割は大きい。そして、わが国の子育て支援包括支援センターもネウボラ制度から多くを取り入れようとしている。

実際は、包括支援センターとフィンランドのネウボラとではシステムが異なる点もある。フィンランドのネウボラは、①利用者が無償（または低い負担）で利用できる。②ワンストップで他機関との連携が可能。③担当する家族を一貫、継続してみていくという、均一のサービスを国内どの自治体でも提供できるが、日本ではそうっていない。包括支援センターは、体制や支援内容が自治体ごとにそれぞれであり、先述した「子育て世代包括支援センター業務ガイドライン」にも、市区町村の実情に応じること、という記述がある。

その結果、大阪市のように担当保健師制を強化する自治体がある一方で、担当保健師制のない自治体の方が多いのが現状である。大阪市では、母子健康手帳を交付する際の妊婦面接から担当保健師を紹介し、母子健康手帳にその保健師の名前と連絡先を記入する欄を設け、「いつでも相談に応じます」と妊婦に伝えるという取組みが、2019年4月にスタートした。また、出生届を提出した父親に、父子手帳「パパと子手帳」を交付するなど、父親の育児参加を促す取り組みも行っている。

同ガイドラインは、フィンランドのネウボラ保健師に相当する専門家を単に「職員」としており、専任なのか非常勤なのか、ケースを継続的に見ていくのかどうかの規定がない。これでは、同じ支援者による切れ目のない相談支援の場を提供するというネウボラの理念が成立しにくくなる。

職員の必須業務として、①妊産婦・乳幼児の実情把握、②妊娠・出産・子育ての相談に応じ、必要な情報提供・助言・保健指導を行う、③支援プランを作成、④保健医療または福祉関係者との連絡調整を行う、の4つが挙げられていることから、専門職として期待されていることがわかる。さらに、支援対象者を面接によってスクリーニングして、①特別な支援ニーズが顕在化していない「一般層」、②一般的な支援よりも手厚い支援を必要とする「中間層」、③関係機関との連携により、より専門的な支援が必要な「要介入支援層」に分けて、異なる対応をすることを推奨している。児童虐待防止を視野に入れ、面談の結果の個人情報をしっかり記録し、複数の支援者間で共有できるようにすることも強調されている。

フィンランドのネウボラと比べると、このガイドラインの特徴は、相談者を管理する印象が強いのも事実である。そのため、単に福祉サービスをコーディネートする窓口になる恐れもある。ネウボラの理念の一つである「顔の見える支援」を提供するには、一対一の信頼関係と継続的な人間関係を大切にする支援者の態度はもっと重視されるべきである。

ともあれ今後、全国で子育て世代包括支援センターの窓口を中心に、子ども・子育て新制度のもとで子育て支援事業が運営されていくのであるが、センターには、育児の社会化の理念と当事者中心のケアという考え方を推進していくことが求められる。フィンランドと同じく日本でも、専門家には医療だけでなく、継続的に母親と家族の言葉を傾聴し、成長を支え見守るための対人援助技術が求められている。なお、具体的な仕組みは、地域の実情にあわせて各自治体に任されているので、今後は、優れた実践モデルとなるような自治体の出現にも注視しつつ、日本版ネウボラの発展を見守りたい。

【注】

- 1) 妊娠中・出産後の健診・相談・手続きといった複数のサービスをすべて一カ所で行える拠点のこと。
- 2) 高橋睦子 (2015) ネウボラ フィンランドの出産子育て支援. かもがわ出版. p.12.
- 3) 高橋. 前掲書. pp.92-93
- 4) お茶の水女子大学 (2018) 保護者に対する調査の結果と学力等との関係の専門的な分析に関する調査研究. 文部科学省ホームページ
- 5) 都道府県別統計とランキングに見る県民性. <https://todo-ran.com/t/kiji/16232>. テストの内容は、小学生は国語と算数、中学生は国語、数学、英語である。
- 6) Lareau, A (2002) 'Invisible Inequality', *American Sociological Review*, Vo67, No.5.
- 7) P, ブルデュー & J,C, バスロン著 宮島喬訳 (1991) 再生産. 藤原書店
- 8) 横山美江 (2018) ネウボラで活躍しているフィンランドの保健師と日本の保健師活動の未来. 大阪市立大学看護学雑誌. 第14巻. p34
- 9) 横山. 前掲書. p33
- 10) 母親が近所の公園によちよち歩きを始めた幼児を連れ出して、そこに集まってくる他の母子連れの仲間入りを果たすこと。90年代よりマスコミで使用されるようになった。
- 11) 大和礼子 (2000) “社会階層と社会的ネットワーク” 再考：〈交際のネットワーク〉と〈ケアのネットワーク〉. *社会学評論*. Vol.51.
- 12) 松田茂樹 (2008) 何が育児を支えるか：中庸なネットワークの強さ. 勁草書房.
- 13) 荒牧草平 (2018) 子育て環境に関する母親のパーソナルネットワークの機能—サポート資源と準拠枠—. 日本女子大学紀要 人間社会学部. 第29号
- 14) 吉長真子 (2008) 日本における〈子育ての社会化〉の問題構造—教育と福祉をつらぬく視点から—. 東京大学大学院教育学研究科 教育学研究室 研究室紀要. 第34号.
- 15) 山口のり子・尾形由起子・樋口善之・松浦賢長 (2013) 「子育ての社会化」についての研究 ソーシャル・キャピタルの視点をを用いて. *日本公衆衛生雑誌*. 60巻 第2号.
- 16) 船橋恵子 (2018) 「子ども・子育て支援新制度」に見る子育ての社会化の特徴—ヨーロッパの先行事例と比較しつつ. 大原社会問題研究所雑誌. No722.

【参考文献】

- 大橋喜美子編著 (2012) 保育のこれからを考える保育・教育課程論. 保育出版社.
- 志水宏吉 (2014) 「つながり格差」が学力格差を生む. 亜紀書房.
- A, シュライヒャー著 鈴木寛・秋田喜代美監訳 (2019) 教育のワールドクラス—21世紀の学校システムをつくる—. ベネッセコーポレーション.
- 横山美江・Hakulinen Tuovi編著 (2018) フィンランドのネウボラに学ぶ母子保健のメソッド—子育て世代包括支援センターのこれから—. 医歯薬出版株式会社.

Comparison of Finland's Neuvola and Comprehensive Support Centers for Families with Children : Will the Japanese version of Neuvola succeed?

Masahiko KAKUNO

It has become serious for families rearing children to be isolated from community in recent years. In addition to urbanization and nuclear families, there are many cases in which mothers rearing children are isolated due to the weakening of local relationships. Social isolation often leads to inappropriate care such as child abuse. In order to improve this situation, from April 2017, the establishment of Comprehensive Support Centers for Families with Children has become an obligation for municipalities nationwide. The model for the centers was "Neuvola" in Finland. Neuvola is the one-stop center where the government supports mothers' pregnancy, childbirth, and family child-rearing. Almost pregnant women use Neuvola in Finland. The feature is that the public health nurse in charge of a family continuously supports the family from the pregnancy period to the child-rearing period. In the future, child-rearing support projects will be operated nationwide, centered on Comprehensive Support Centers for Families with Children. It is necessary to promote the idea of socialization of child-rearing and user-centered care.

Key Words: Neuvola, Public health nurses, Comprehensive Support Centers for Families with Children, Child-rearing Support, Socialization of Child-rearing