

特集：子育てのジェンダー平等を問い直す  
——子ども・子育て支援の多様性の視点から

## 母子保健・福祉における子育て支援

——日本とフィンランドの比較を通して

太田 由加里

本稿では、日本の母子保健・福祉における子育て支援の現状と今後を「子育てのジェンダー平等」の視点からフィンランドとの比較を通して考察する。日本では妊娠、出産、乳幼児期をめぐる法制度は、母子保健法、母子及び寡婦福祉法（2014年10月から父子が付加）等や妊婦健診、乳幼児健診に見られるようにその対象は母子単位であり、乳幼児期に限定されている。従来の母子保健・福祉においては、子育ての主体は母親であり、母親が子育てを行うことを前提としたうえで施策が設計されてきた。

一方、フィンランドのネウヴォラ（出産・育児相談所）では、妊娠、出産、乳幼児期の支援対象は、子どもを中心とした父母（登録したパートナーも含む）であり、乳幼児期にとどまらない長期的な支援と専門機関の連携が特徴といえる。日本とフィンランドの比較を通して、ジェンダー平等に基づいた視点で、多様な家族の子育て支援ができる社会の仕組みが緊急に求められていることを示唆した。

キーワード：子育て支援，子育てのジェンダー平等，子育て支援の多様性

## 1. はじめに

本稿では、日本における母子保健・福祉を子育てのジェンダー平等の視点から見直すことにより、日本の子育て支援に包含される考え方や今後の方向性などを明らかにする。また子どもの誕生前から乳幼児期、それ以降に及ぶ切れ目のない子育て支援を行うフィンランド・ネウヴォラの実態を把握し、その比較から日本の今後の子育て支援を考えることを目的とする。

2015年4月から子ども・子育て支援法及び子ども・子育て支援制度が始まる一方で、子どもや保護者に十分な子育て施策が用意されているとは言い難い。例えば、安心して出産のできる産科の整備や妊婦が定期的に妊婦健診に通う、あるいは健診や出産費用を捻出できる通院保障など、里帰り出産が望めない、またそれを希望しない妊産婦の産前・産後ケア、妊娠・出産・子育てに伴う相談機関の周知不足や機関の少なさ、保育所不足による待機児童の存在、産休・育休の取得が必ずしも保障されていないなど、妊娠や出産には困難な状況が依然として山積している。

また日本では「子育て支援」（保護者の負担軽減など）が中心で「子育て支援」（子どもの発達支援・促進）が不十分と指摘されている。例えば、特別な支援（重症心身障害児や医療的ケアが必要な子ども）を必要とする子どもの支援が不十分なため、その子育てに不安を抱えた母子に心中や虐待などがおきている（厚生労働省 2014）。

2014年、東京都杉並区が障害児専門の保育園を開設したが、障害児を育てる保護者からの問い合わせも多く、そのニーズの高さが改めて明らかになった。多様な子育て支援という視点から、例外のない子育ての生活保障や今後の支援の方向性を検討することが求められている。

## 2. 子育て支援をめぐる社会的動向とその施策

2015年3月、国は2020年までの少子化対策の指針となる「少子化社会対策大綱」を閣議決定した。この大綱は、5年に一度の見直しがあり、今回は「個々人が結婚や子どもについての希望を実現できる社会をつくる」ことを基本目標と定め、男性が配偶者の出産直後に有給などの休暇を取得する割合を80%にする、男性の育児休業取得率を約2%から13%に上げるなどといった新たな数値目標も組み込まれた。

大綱では、現在の少子化を「社会経済の根幹を揺るがしかねない危機的状況」とし、今後5年を「集中取り組み期間」と位置づけた。その上で、子育て支援

策の充実や子どもが3人以上の多子世帯への配慮、男女の働き方改革などの項目を重点課題に掲げた。また、妊娠や出産の医学的・科学的に正しい知識について「学校教育で教材に盛り込む取り組みなどを進める」と明記し、新たな数値目標として「正しい知識の理解割合」も加え、70%にするとした（内閣府 2015）。

国は、今回も少子化を社会経済をも揺るがす危機的状況として男女の働き方改革を重要視しているが、4で述べる産後ケアなどの新たな試みは現在の男性の働き方を前提に構想されている。子育てを担う家族の生活や働き方を、改めてジェンダー平等の視点で見直し、それを実現することが子育て支援や少子化対策にもなることを検討したい。

### 3. 妊娠・出産・乳幼児期の子育て支援——虐待予防の観点から

子育て支援といってもその内容は多様である。子どもの育ちを支援すること、子育てを担う保護者や家族を支援すること、また子育て支援の主体をどう考えるかによってもその支援内容は異なってくる。子育て支援を子どもを幸せに育てることと考えるならば、その対極が、子どもの虐待ともいえる。子どもが家庭で虐待を受け、それが死にいたる過程でいつ誰がどのようにその虐待を防ぐかは、子育て支援においても緊急の課題である。

特別な支援を要する子どもの支援機関である児童相談所の虐待相談件数は、増加の一途をたどっている。特にひとり親家庭における父子家庭の割合が増加するなど、新たな傾向も見られる。

『子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について 第10次報告書』（厚生労働省 2014）によれば、死亡した子どもの年齢は0歳児の割合が43%で年齢別で最多である。0歳から2歳までの死亡人数の割合では虐待死事例の62.7%を占めている。これはこの統計が発表された2003年から2014年に至る間に変化が見られないこと、虐待を未然に防ぐための施策や子育て支援がこれらの危機的状況を変えるまで届いていないことをも意味している。

またこの虐待死報告には心中によって死亡した子どもも含まれているが、特に0歳児の心中動機は「育児不安や子育ての負担感」で子どもの障害で悩んでいたとみられる事例、また産後うつと育児ノイローゼであった事例も報告されている。虐待では「実母」が最多で次に「実父」、そして「実母と実父の両方」の順になっている。虐待で死亡した子どもの多くは0歳未満であり、加害者は実母や実父であることが把握された。

虐待死に0歳未満児が多く、主たる虐待者が実母であるということは、妊娠期、出産期の母親支援、言い換えれば子どもを含む子育て支援に課題があることを示

している。また心中事例に子どもの身体疾患や発達の遅れが理由として挙げられていた。この事象も早期の発見や対応によって子育ての孤立化や母親の孤立感、疎外感を軽減でき、心中を防ぐ可能性もあったかもしれない。

虐待報告の結果から虐待死する子どもの年齢や加害者を把握したが、それに対する予防策となる子育て支援はどうであろうか。一般的にいえば胎児期・乳幼児期の子どもについて外部から情報を得ることは不可能に近い。しかしながら妊娠時、胎児である子どもの状況を外部から把握する方法として妊婦健診があり、担い手は産婦人科の医師、看護師等の医療職である。同様に乳幼児期の子どもを外部から把握する機会として乳幼児健診があり、担い手は保健師である。胎児期・乳幼児期に外部から母子の状況が把握できる分野としては、この医療・保健領域に限定されている（中井 2008）。虐待・虐待死を予防することを通して子どもの福祉や子育て支援を増進しようとするならば、これらの妊婦健診、乳幼児健診を担う医療や保健、さらにその専門職と連携をはかることは必須である（太田 2011）。

日本で行われている妊婦健診や乳幼児健診結果を福祉・保健・医療など一つに統合し、ワンストップサービスとしての子育て支援として活用するために様々な取組が行われているが、虐待の状況を変えるまでにはいたっていないのが現状である。

#### 4. 産後ケアから見る子育て支援

出産直後に体調不良を訴える母親を支援するための「産後ケア」については、少子化対策にもつながると民間団体の取り組みに加え、国の補助を受けて市町村も支援に力を入れ始めた。ただ、父親が産後ケアに参加する割合は低い。「産後ケア」のための入院の申し込みは、出産前からの予約は難しく、出産直前や産まれてからの申し込みでないと受け付けない機関もあり、妊娠期から安心して出産を迎えられる制度ではない点、制度の利用や周知についても課題が指摘される。

最近では、核家族化や近隣との交流の少なさに加え、里帰り出産を望んでも祖父母世代も働いている、あるいは遠方に住んでいるなど、家族や地域で産後の子育てを家族を支える機会や場所が少ない現状がある。

東京都杉並区では、2015年7月からこれまでの産後ケアを出産前の妊婦にも拡大し、産前から産後5ヶ月程度までショートステイやデイケアなどの支援をすることになった。妊婦も対象とするのは東京23区では初のことである。ここでは、妊娠届を出した母親に周囲に支えてくれる人の有無や既往疾患についてアンケートを実施しているが、その結果、「夫が仕事で深夜まで帰らない」といった子育

ての孤立化やストレス、マタニティブルーなど生活上の困難の状況が明らかになったという（毎日新聞 2015）。

民間団体の産前・産後ケアもあるが、費用が1日3万円に設定されるなど経済的な負担が大きい。杉並区では、助産所や病院でのデイケアやショートステイは食費相当分を負担するだけで利用できるよう検討しているという。産前ケアでは助産師や看護師、臨床心理士が相談に応じ、産後ケアも家事援助や助産師の訪問回数を増やすなど拡充するという。これは産後の母親の子育て負担や不安を軽減する、また子どもを虐待するなどのリスクも軽減する有用な施策である。しかしこの産前・産後ケアも「夫が深夜まで帰宅しない」ことを想定した、その働き方を肯定、前提とした施策である。夫が父親として子育てに参画することのできる時間や精神的な余裕、そのために働き方を変えていく、男女が共に子育てに参画できるジェンダー平等な視点は見られない。

## 5. 子育て支援を取り巻く教育・保育の支出などの社会的動向

子育てにおける教育・保育の支出やそれに伴う経済的負担はどうか。子育てにおける日本の教育費の現状を見ると、初等・中等・高等教育においては在学者一人当たりの教育支出は OECD 各国平均を上回っているが、就学前教育においては、OECD 各国平均を下回っている。私費負担の割合はどの学校段階も OECD 平均を上回っている。特に就学前と高等教育段階の私費負担割合が高い。私費負担の割合において特に日本は家計負担割合が高くなっている（OECD 2012）。これは就学前、言い換えれば乳幼児期における教育・保育の費用支出が他国に比べて高く、家計の負担が大きいことを示唆している。これに関連して日本は子どもの乳幼児期における ECEC（Early childhood education and care）分野への公費投入の少なさが指摘されている。特にこの ECEC（乳幼児期における教育と保育）については、世界においても重要課題として設定されており、ECEC において公費投入が少なく、教育費の家計負担の負担が高いという事実を子育て支援という視点でどう考えるかである。

日本では子どもが相対的貧困に陥っている率が高いことから、2015年、文部科学省は幼児教育の無償化を要求した。その内容は、年収360万円未満世帯の5歳児から幼稚園と保育所の利用を無償化し、最終的には所得制限もはずし、3歳児まで対象を広げるといったものであった。が、結果的には見送られた。これが実現すれば経済的困窮家庭に生まれ育ったとしても幼稚園や保育所における教育や保育が保障されることを意味していた。それは子どもや保護者にとって将来の生活への保障にも繋がる。今後は、子育てにおいて「例外のない生活保障」「すべ

ての子どもと家族を包摂する生活保障」という考えに基づいた制度設計が求められる（宮本 2015）。

## 6. フィンランド・ネウヴォラ（Neuvola ; Maternity and child health clinics）の実践

### 6-1. ネウヴォラ誕生の経緯

フィンランドのネウヴォラとは、妊娠指導から出産、子育て支援などを含めた家族支援活動である。フィンランドのネウヴォラ活動は、1920年、小児科医によって始められた。スタート時の1920年代はまだ自宅出産がほとんどで、家族に保健福祉制度や衛生の知識などを周知する必要があったため、自宅出産の母親を手伝う訪問看護と類似した形態で始まっている。1970年代には父親もネウヴォラに足を運ぶようになり、今日ではほぼすべてのフィンランド人の母親が妊娠中の健康管理と幼児ケアのために利用している。

現在は、健康福祉施策の一つとして、市内の子どものいる家庭、看護師、助産師などと連携し子どもを育てる家庭を支え、保健部門などと共に病気の治療を強化するということが役割の一つとなっている（Mikko Koivumaa 2013）。

ネウヴォラは、妊娠時から基礎学校就学前の6歳児までを対象としており、基礎学校入学後は学校の保健師がネウヴォラで蓄積された情報を基に子どもたちの健康を見守ることとなっている。健診、予防接種、子育てに関する相談や他機関との連携など、ワンストップの家族支援の地域拠点となっている点が特徴である。

ネウヴォラの重点項目を見ると①子どもを育てる家庭の保護者のアルコールや薬物使用の減少と予防、②父親と母親が二人で心身共に良好な状態で子育てができるための支援、特にメンタルケアと虐待防止、③ネウヴォラのサービスを受けていない家庭や特別な支援を必要としている家庭への支援の強化などが挙げられている。フィンランドではアルコール依存症や薬物使用の割合が高いことから、ネウヴォラを機会に両親の健康状態を把握するという目的もうかがえる。

ここで注目されるのは子どもを育てる両親が良好な状態で子育てができるかを基準にしている点、アルコールや薬物使用、メンタルケア、虐待防止、特別な支援を必要としている家庭、サービスを受けていない家庭などリスクの高い項目を明確にしている点、それらの家族に重点的支援を行う点、それらを専門職が連携してワンストップサービスが提供されている点に特徴がある。

### 6-2. ネウヴォラの担い手と支援内容

ネウヴォラは地域のヘルスセンター内にあり、保健師と医師が常駐し、ソーシャルワーカー、ファミリーワーカー、心理士、精神科や薬物中毒専門の看護師、

栄養士、理学療法士、言語療法士などがある。福祉事務所の基本的サービス、児童保護、家族の初期支援、在宅支援などのサービスも受けることができる。個別に相談が行われるため、すべてが予約制である。

妊娠中は健康診断や両親への指導、カウンセリングが保健師によって定期的に行われ、予防接種や歯科検診も無料である。この健診プログラムは日本の乳幼児健診にあたるものであり、日本でも無料である点は共通している。

子どもを持つ地域住民のほぼすべての人がネウヴォラを利用しており、Kela（フィンランド社会保険庁）が支払う産前休暇及び育児休暇手当が支給される。妊娠初期に健診を1回以上受診している場合には、妊娠手当（Maternity grant; 手当額と育児グッズの詰め合わせ）が支給される。

子育て支援の社会保障の一環として、1937年にスタートした世界で唯一の「母になる人への贈り物パック」（育児パッケージ）がある。これは赤ちゃんの服や必要なアイテムである布おむつ、ガーゼタオル、肌着、帽子、カバーオールなどが支給されている。定期的な健康診断と家庭訪問がなされ、1歳未満の乳児は年に8回、1～2歳児は年4回、その後基礎学校入学前の7歳までは年1回訪問することが奨励されている。

ネウヴォラの特徴として、母親、胎児、乳幼児、父親など家族全員の健康と健康になるための支援について相談ができることが挙げられる。例えば4歳児健診には親だけでなく子どもが通う保育園の先生からも子どもの情報を得るなど、第三者からの情報も併せて子どもの健康をチェックするようになっている。この4歳児健診には父親の参加も促して家族全員の健康状態を把握するしくみにしている（Mikko Koivumaa 2013）。

また特別支援を要する子どもには早い段階で迅速に家族を把握して支援を始めることになり、初めての子どもを育てる場合や特別支援の子どもなどには両親学級を組み込んだファミリートレーニングを専門職間で連携し実行している。

ネウヴォラの役割は、①母親と胎児の経過を観察すること、②父親、母親の健康状態や良好な夫婦関係が継続するように支援すること、③生まれてくる子どもが安心して人生をスタートできるように支援すること、④妊娠中の異常をできるだけ早い段階で把握すること、とされている。また必ずしも同居の父親だけでなく、多様な夫婦や家族形態に応じられるよう同居のパートナーの支援を行うことも含まれている。

パートナー関係はDVの有無や親らしさ（例えば、子育てが可能な健康状態であるか、生まれてくる子どものために両親学級を定期的受講しているかなどである）に重点が置かれている。その他は栄養、運動、メンタルヘルス、ドラッグ、喫煙、アルコールも含まれ、栄養指導もまず両親から始まっている点は注目した

い。

### 6-3. 家族支援とその期間

ネウヴォラでファミリートレーニングとして実施される内容は授乳や出産のことであるが、産後はソーシャルワーカーから新生児を育てる生活や子どもの泣き声から欲求や状態を知る、さらに産後うつへの対応などの指導が計画されている。日本で言えば、「産後ケア」に相当するものである。

ネウヴォラの費用はすべて税金で賄われており、対象となる児童がいる家族には無料で健康診断と予防接種、健康相談が行われる。利用するか否かは家族が選択するが、対象者の97%が利用しており、外国人であっても住民登録をしていればサービスを受けられる。

日本の場合、公費で実施される乳幼児健診は原則として3ヶ月あるいは4ヶ月、1歳6ヶ月、3歳の3回である（自治体によっては4ヶ月から1歳6ヶ月までの間隔が長期にわたることからその間に6ヶ月、そして9ヶ月などの健診が用意されている場合もある）。しかし多くても5回であるのに比べ、フィンランドの乳幼児健診は全15回にわたって実施されている。この健診については、ネウヴォラ法令により15回中5回は医師が行うことになっており、最初の1年目は9回でその後6歳児になるまで平均して年に1回、健診を行うシステムである。

日本の場合には母子保健法に基づいて乳幼児健診が実施されるが、それは3歳児健診までで終了し、3歳から小学校就学始期前までは、公費による健診機会はない。しかしフィンランドでは、基礎学校就学始期に至るまで健診が実施され、健診に保育園や幼稚園の先生方の意見を取り入れるなど、子育てを支援する専門機関からの意見も参考にしている。子育ては親だけが行うものではなく、子どもの成長に関わる人々の意見を重視するなど、地域や社会による子育ての社会化が実現している。

### 6-4. 特別な支援が必要な子どもへの対策

乳幼児健診の目的の一つに特別な支援が必要な子どもの迅速な早期発見がある。支援が必要な場合は、すぐに医師の診察を受ける。子どもとその家族と共に支援計画が作成され、看護師、理学療法士、作業療法士、言語療法士などの専門職種の連携で支援が迅速に実施される。家族の状態を知るために家庭訪問も行われる。

特別な支援におけるフィンランドの連携は、保育園で子どもの言語の遅れなどを把握した際はネウヴォラに連絡、必要に応じて専門のサポートが行われるようになる。ネウヴォラに蓄積されたデータは、就学前から就学後まで活用される。

そのデータは学校の保健センターに移され、子どもの心身のケアのために活用されていく。個人のデータは当事者の了解を得て、病院や保育園、学校へと他機関との連携に活用される。

特別に支援が必要な子どもや家族への重点的支援と他職種連携は、子育てする家族を社会的にエンパワーメントすることに繋がり、子育て負担の軽減や精神的安定をもたらす。両親と共に地域や社会が子育てするという認識が子育て負担を軽減していくのである。

#### 6-5. 父親の子育て参加促進

フィンランドでは、パパ・ママ学級や両親教室、ネウヴォラや病院での出産の立ち合いが勧められている。出産後は、父親の子育て参加を促すために家族向けの講習会や医師の健康診断、父親用の部屋、または家族全員で寝泊まりできる特別な部屋が用意され、赤ちゃんと家族がゆっくり対面できる時間と空間が保障される。日本でも父親の両親学級の参加や出産の立ち合いは増えているものの、出産に際して父親用の部屋や家族全員が寝泊まりできる部屋などの用意はまだ多くはないのが現状である。

また両国とも父親が育児休業を取得することは勧められている。しかしその間の手当の支給が定着しているのはフィンランドであろう。一概に育児休業取得率だけで両国を比較できるものではないが、2012年におけるフィンランドの父親の育児休業取得率は約47%、日本の男性育児休業取得率は約1.89%であった。

### 7. 今後の方向性——日本とフィンランドの子育て支援の比較を通して

まず日本の場合は、妊娠・出産・乳幼児期をめぐる子育て支援ということで、両親が平等に子育てするというよりは母親が中心で父親がそれに参加、手伝うという意識が強いこと、例えば妊婦健診や乳幼児健診に妻や子どもと訪れる夫、父親は非常に少なく（太田 2011）、乳幼児健診についてはほぼ100%が母子であることなど、健診を中心とした日本の母子保健、さらに社会福祉の対象もひとり親への支援など母子に限定されている傾向が強くと、それが前提となった施策が展開されている。

一方、フィンランドの子育て支援対象は、子育てをする家族である。母や父という性別や役割を超えて、子育てする家族を地域や社会で支援するという考えに基づいている。さらに特別な支援が必要な子どもを早期に発見し、支援につなげる仕組みやパートナー関係ではDVの有無や親らしさなどにも注視している点に注目したい。

現在、日本では少子化対策や子どもの虐待予防、さらにすべての子どもが健やかに育つことをめざした子育て支援が打ち出されている。しかし一方で虐待件数は減少せず、少子化傾向に変化はみられない。育児不安、産後うつなどの言葉も依然として聞かれ、0歳未満の子どもが虐待死で亡くなる率も、主たる虐待者が母親である点も変わらない。

今後の子育て支援において、妊娠、出産、乳幼児期の一貫した、切れ目のない支援プログラムがいかに重要であるか、さらに就学前から就学にいたるまで、そして就学後の専門機関の連携が子育てにいかに有効であるかをフィンランドの現状から示唆を受けた。日本における母子保健は、世界初の妊産婦登録制度から始まり、きめ細やかな手厚い支援を行ってきたが、その対象や期間が限定されている。今後は、子どもの成長に合わせた専門機関の連携や子育てする男女（父親、母親、登録したパートナー関係も含む）のジェンダー平等な支援の在り方が求められる。

現在、日本では保育園から小学校への連携が重要ということで子どもの個人シートなどが作成されているが、ネウヴォラのように生まれる前から学校に入学するまでの子どもの情報が本人や家族の了解のもとに病院、保育園、学校と共有されていくなれば、関係者の話し合いは円滑に進み、それが子どもの福祉を守ることに繋がり、子育て支援ともなる。

日本において子育ての主体である母親は、妊娠、出産、子どもの乳幼児期を通して保健福祉センターや病院などの社会資源に繋がる可能性が高い。しかし父親は子育て支援の場で社会資源に繋がる機会が少ない。つまり子育てする父親の生活上のリスクを把握する機会も少ないことになる。

フィンランドでは、子どもを育てる両性の健康を守ることを考え、子育てを機にアルコール依存症や薬物依存、喫煙、メンタルケアなど国民の健康回復を願ったシステムを作っている。子どものために家族の健康を守る仕組みとして機能している点は興味深い。

今後は、法、制度、サービスの狭間にあってサービスから排除された家族の発見が求められ、日本及びフィンランドでも健診に繋がらない未受診者をどのように包摂していくかが課題として挙げられる。フィンランドの場合、ネウヴォラを利用しなければ子育て手当を受けられない、子どもの贈り物パックを支給されないなどの不利が生じる点も併せて参考にしたい。特に、育休制度の取得は、出生率に対して正の効果があるとされている（Ronsen 2004）。2012年における両国の合計特殊出生率は、日本が1.41に対しフィンランドでは1.8であった。フィンランドでは、ここ数年、社会経済的状况に関わらず、出生率は安定している（国立社会保障・人口問題研究所 2011）。フィンランドの場合は、男性の育児休業の

取得率が日本に比べて高く、在宅育児手当も支給されている。これは母親だけに限らず、父親の子育て環境を整え、子育てする家族に経済的な支援が行われている点が日本と異なる。日本においても、子育てする家族を対象としたジェンダー平等の視点で、男女共に育児休業を取得できること、さらに就学前の教育・保育の経済的な負担を軽減するための支援を行っていくことが、これからの子育て支援には求められよう。

(おおた ゆかり 田園調布学園大学)

#### 【引用文献】

- 厚生労働省 2014『子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について』社会保障審議会児童部  
会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会 第10次報告
- 国立社会保障・人口問題研究所 2011「日本の将来推計人口」
- 毎日新聞（東京版）2015年2月1日付「杉並区：出産前も妊婦ケア、7月開始へ、23区で初／東京」
- Mikko Koivumaa 2013『フィンランド流イクメン MIKKOの世界一しあわせな子育て』かまくら  
春秋社
- 宮本太郎 2015「経済観測：幼児教育無償化の実現のために」『毎日新聞』（2015年1月17日付）
- 中井章人 2008「妊産婦健診を企画するにあたって」『母子保健情報』, 58
- 内閣府 2015「少子化社会対策大綱（概要）」<http://www8.cao.go.jp>（2015年3月20日閲覧）
- OECD 編著 徳永優子他訳 2012『図表でみる教育 OECD インディケータ』明石書店
- 太田由加里 2011『子どもを虐待死から守るために——妊婦健診・乳幼児健診未受診者から見ること』ドメス出版
- Ronsen M. 2004 Fertility and family policy in Norway-A reflection on trends and possible connections. *Demographic research*, 10, 265-286.
- 昭和女子大学人間社会学部福祉社会学科 2013『人間社会学部福祉社会学科 第1回、第2回国際交流セミナー、シンポジウム報告書——親支援 フィンランドの出産育児相談所「ネウボラ」と情報を交換する子育ての夢と希望、親の自覚をはぐくむ産産期からの子育て支援』

## **Parenting Support in Maternal and Child Health and Welfare: A Comparative Study of Japan and Finland**

OTA Yukari

(Den-en Chofu University)

This paper considers the current status and future of parenting support in maternal and child health and welfare in Japan from the perspective of gender equality in parenting through a comparison with the situation in Finland. The target of the system of legislation surrounding pregnancy, birth, and early childhood in Japan is the mother-child unit, as can be seen in the Maternal and Child Health Act, the Act on Welfare of Mothers with Dependents and Widows (fathers with dependents were included in October 2014), as well as in prenatal and child health checks. Support under this system is limited to early childhood. In conventional maternal and child health and welfare, the primary caregiver of the child is the mother. Moreover, welfare policies have been designed based on the assumption that it is mothers who provide care for disabled children who need special support, even when they are single parents due to divorce or death of the husband.

In contrast, at Finland's *neuvola* (maternity and parenting advice centers), the targets of support during pregnancy, birth, and early childhood are both the mother and the father (including registered partners) with a focus on the child. This system features long-term support not limited to early childhood, and collaboration with specialized agencies. This comparison of Japan and Finland suggests that from the standpoint of gender equality, social mechanisms that can provide parenting support for diverse families are urgently needed.

**Keywords** : Childcare support, gender equality in child-rearing, diversity of childcare support