

フィンランドの福祉社会と改革の力 ～ネウボラ, オープンダイアログ, ラヒホイタヤ から見えてくるもの～

#10「世界の実験・日本の挑戦
～医療福祉改革を巡って」
国際医療福祉大学大学院
乃木坂スクールin青山

2017年7月13日(木)
19:45-21:15

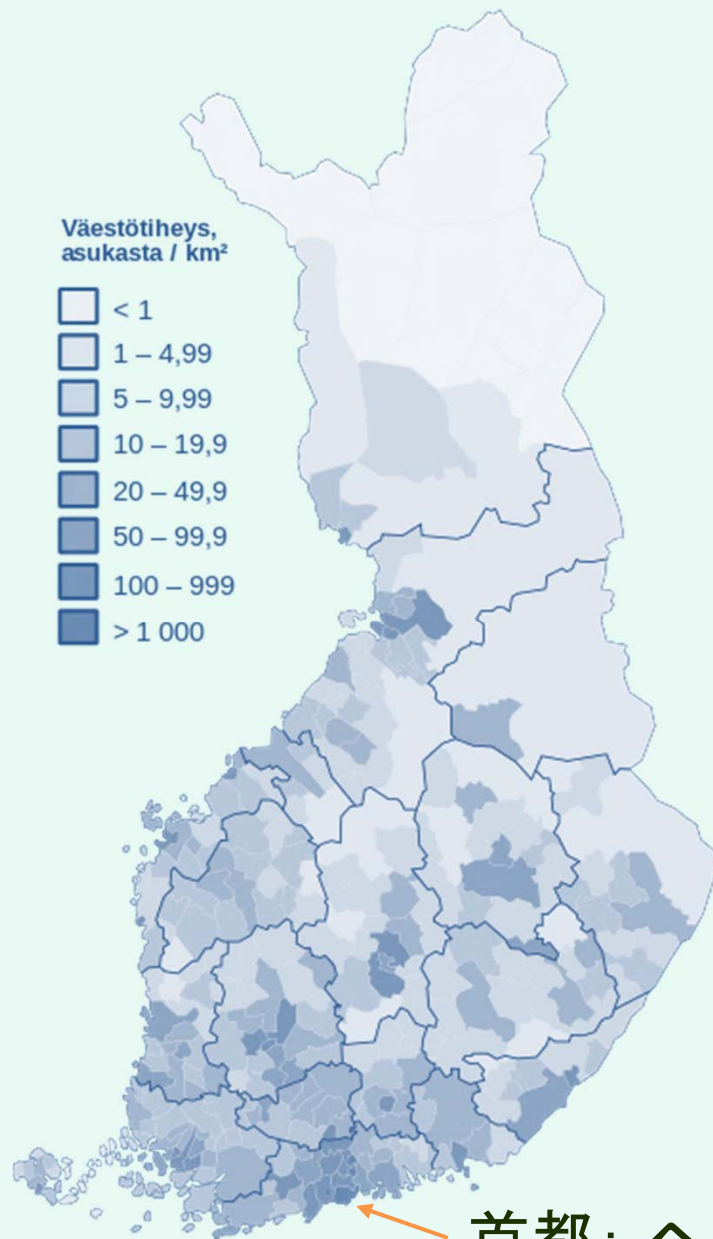
高橋睦子, 吉備国際大学

概要

1. フィンランドの福祉社会
 - ・ ネウボラ
 - ・ オープンダイアログ
 - ・ ラヒホイタヤ
2. 「見えてくるもの」
3. 改革の力

1. フィンランドの福祉社会





フィンランド共和国

総人口

5,503,347人 (2016年11月末, 速報値)

人口密度 16.2人/km²

人口は国土の南西部に集中

首都: ヘルシンキ Helsinki / Helsingfors

北欧の福祉国家

市町村自治体が大きな役割を担う

kunta/クンタ：「福祉自治体」

2017年：計311クンタ

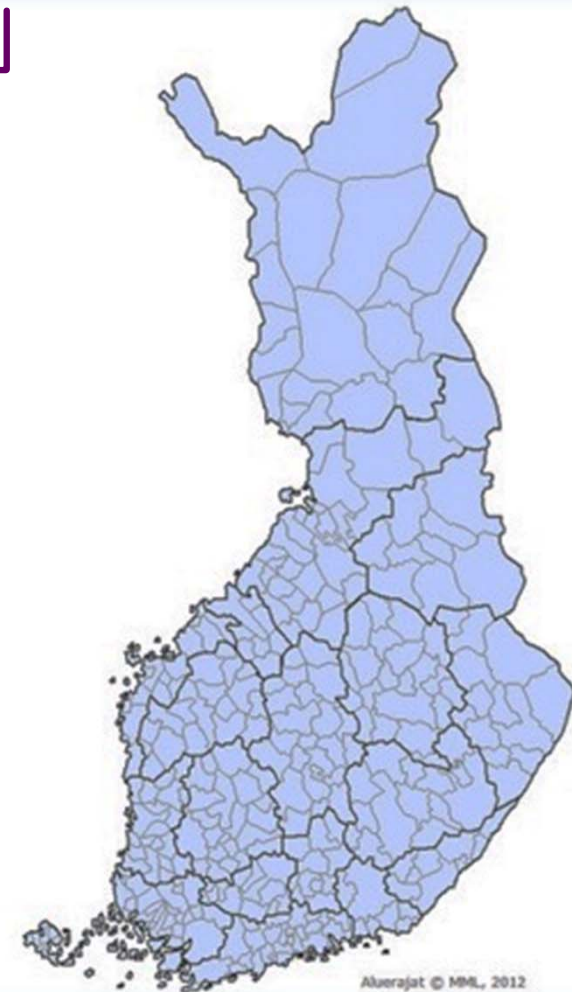
（本土295 + オーランド16）

311のクンタのうち、半数以上の自治体は、「市」（"city"）は107. 人口規模6千人未満

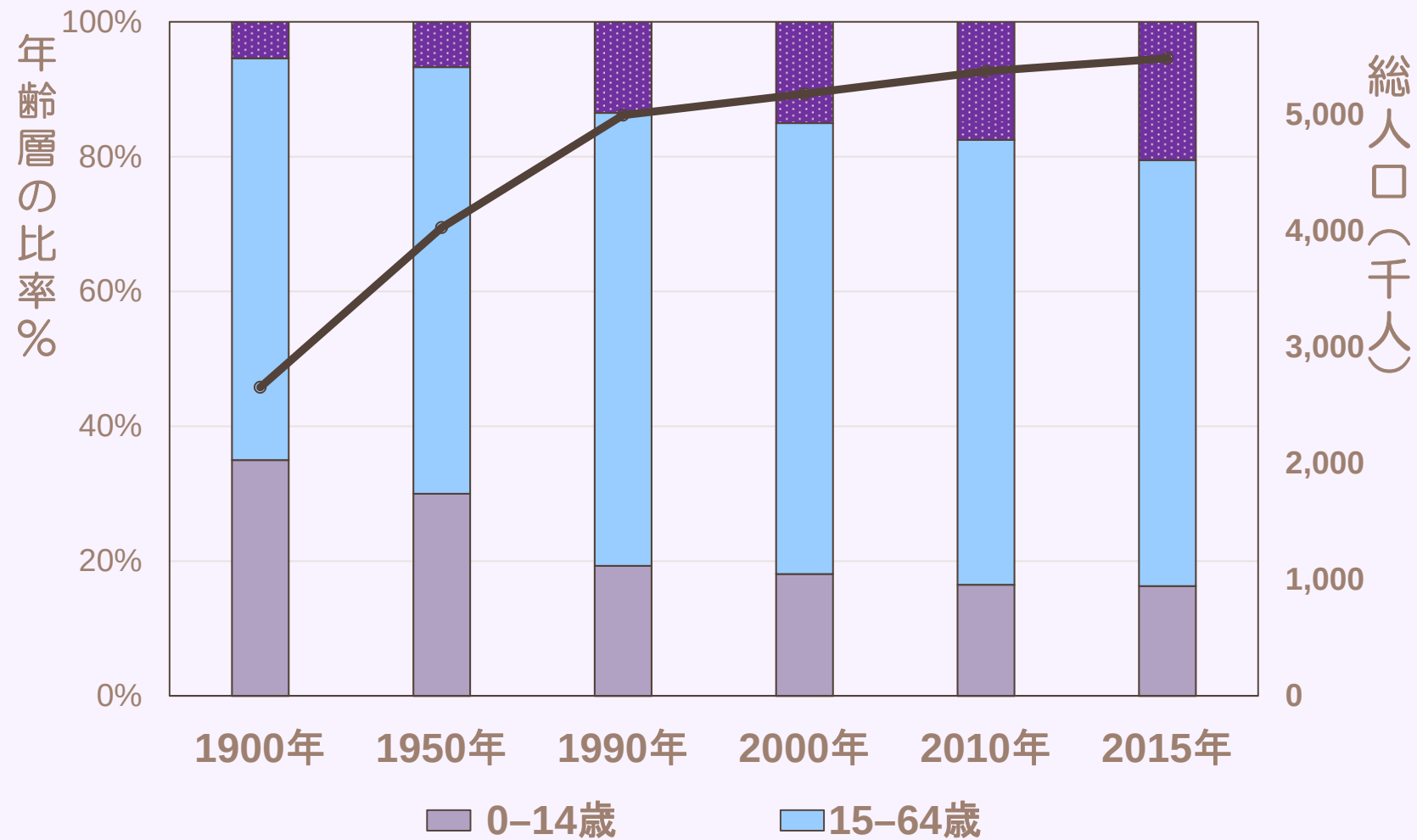
自治体の人口規模(2015年12月):

最小は Kaskinen 1,285人

最大は Helsinki 628,208人

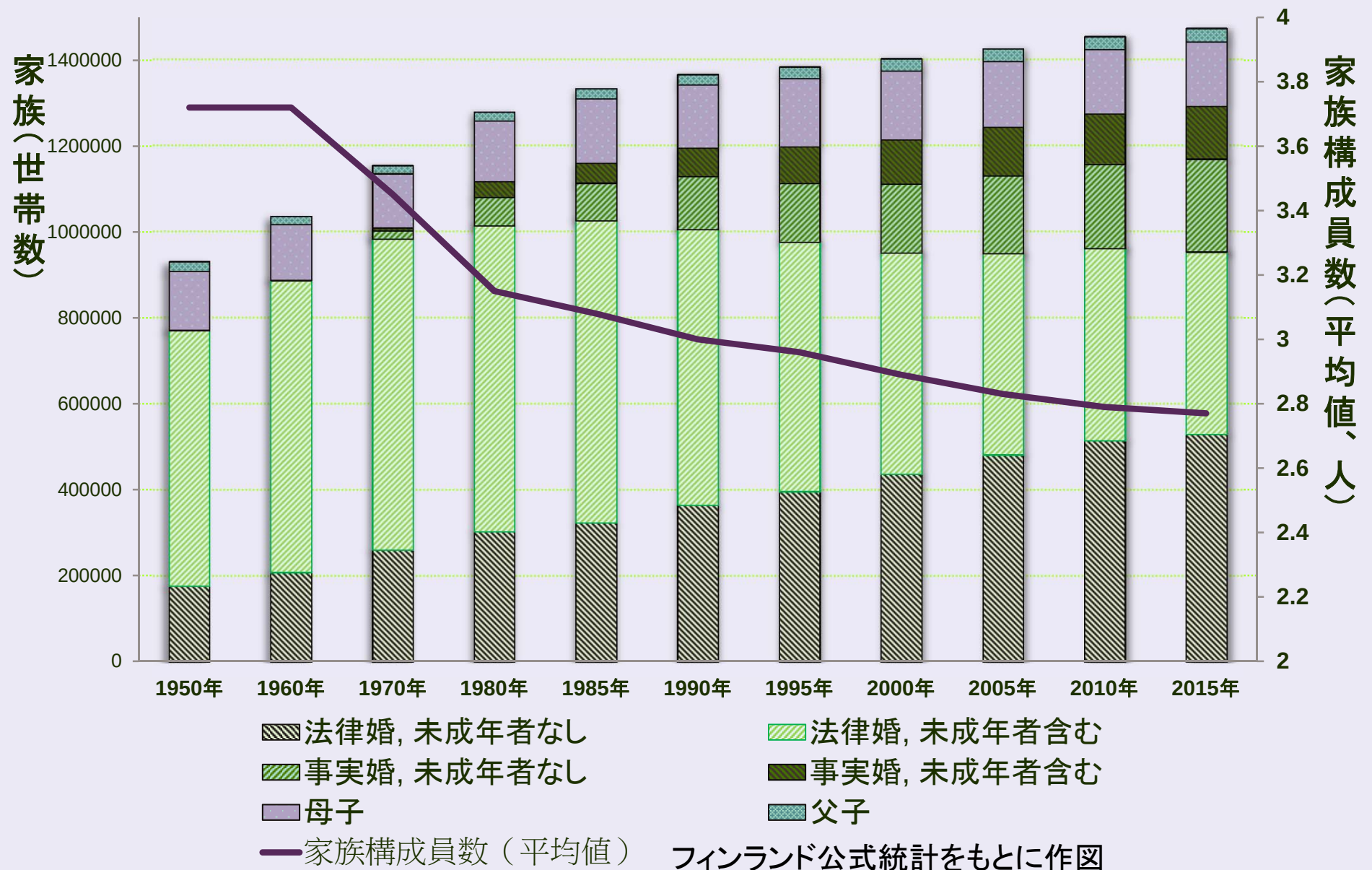


フィンランドの総人口・年齢層比率の推移（1900年～2015年）



出典 Statistics Finland, 2016年4月1日付

フィンランドの家族 (1950-2015年)



「健康で文化的な生活」への公共投資

大人にも子どもにも！

例)

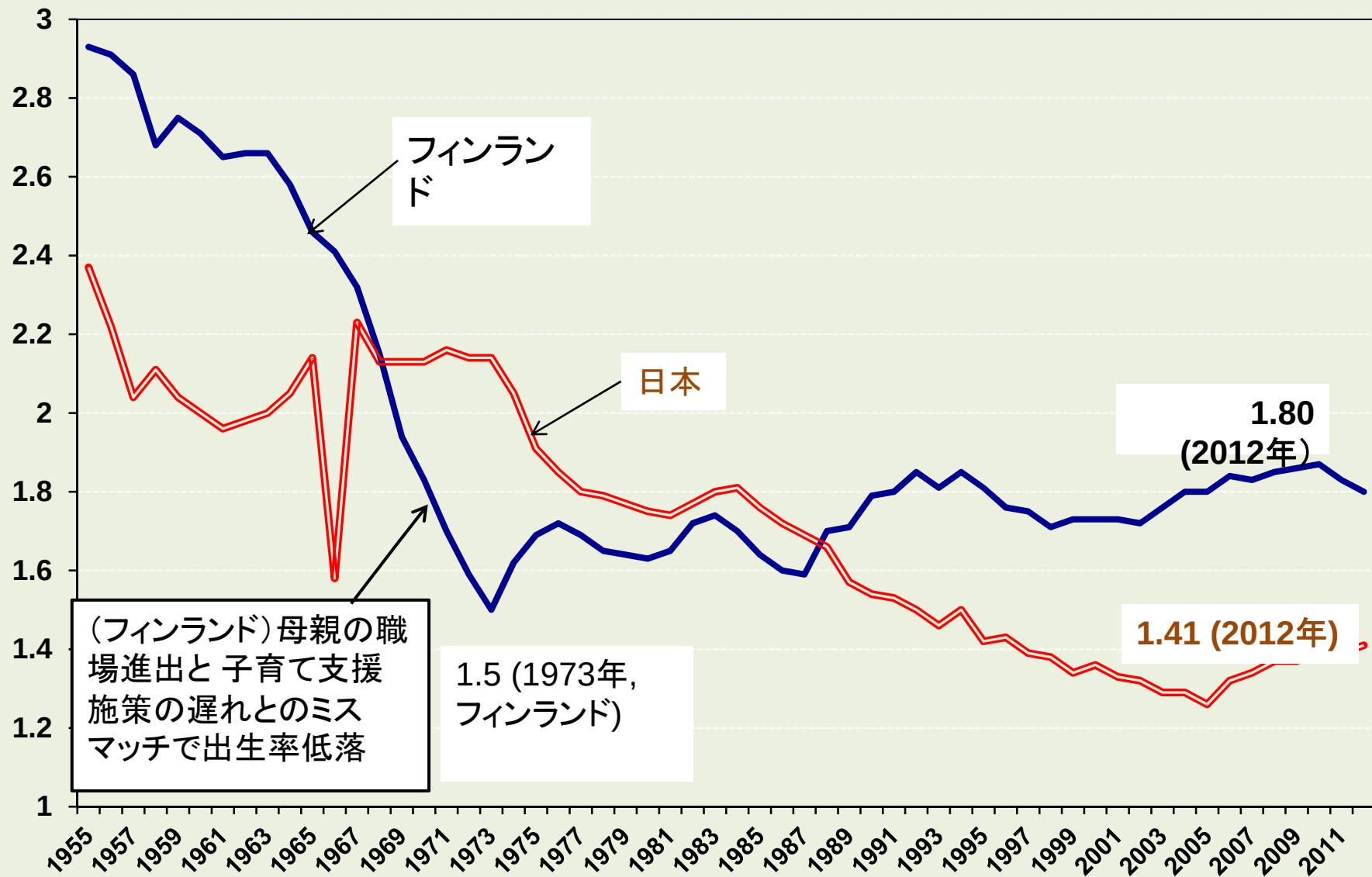
学校教育(就学前教育から
中等教育(高校)まで授業料と
給食は無料。

大学も授業料は無料
(ただし,
EU圏外からの留学生は
有料)

生涯学習(市民学校)や
スポーツ施設も廉価で
活用されている。



合計特殊出生率の推移（日本とフィンランド, 1955～2012年）



日本の今・・・

さまざまな困難・危機, 言説と現実の錯綜

経済と時間：何に価値を見出すか？

貧困と虐待問題：負の世代間連鎖リスク

「かかわり合い」の変容：情報社会の光と影

「目線」のすれ違い：多彩な支援メニュー,

迷える利用者たち

“希望”の回復への道筋：制度的なリスクと

他者への無関心の克服

－ わたしたちはどうありたいのでしょうか？

ネウボラ



ネウボラのエッセンス

ネウボラとは「制度」であり「地域拠点」そのものの名称でもある。 *neuvo* アドバイス・助言（指導ではない）

利用者中心, ひとつながりの出産・子育て支援

利用者目線でのかかわり/サポートの「継続的」「整合性」

- 全員対象・個別対応
- かかりつけの担当者・専門職（助産師, 保健師）
- ワンストップ（いきつけの相談窓口, 連携のコーディネート, 保育園や学校保健とも繋がっている）
- 「対話」- 本人の目線・応答：信頼の基盤

ヘルシンキ市が出産・こどもネウボラを紹介する動画を製作。
日本語のナレーションもついている。（保健師, 助産師, 医師）

<https://www.youtube.com/watch?v=z5mkMlwqMiE>

フィンランドの子育て家族支援（概観）

- 子育て家族：共働き（女性も男性もフルタイム就労）
- **出産休業263日**：母親休業105日（産前産後：母のみ）
（週日計算） および 親休業158日（母親休業の直後）
（＋父親への親休業加算）
- **休業制度は政治家（議員・自治体の長など）にも適用。**
産休制度そのものは1964年に導入
（当初は産前18日産後36日, 以後延長）
- 休業期間中の経済保障: 休業前の給与の約7割相当
- 産休・育休後, 親は職場復帰.
（実家に戻っての出産という慣行はフィンランドにはない）
- 「イクメン」「専業主婦」という言葉も
フィンランドにはない

フィンランドの子ども・子育て観

社会的合意 赤ちゃん(0歳児)は自宅で親と過ごす

子どもが親と一緒に居られる時間を重視

赤ちゃんのペースに大人が合わせて過ごす時間

カイロス時間とクロノス時間の拮抗と調整

赤ちゃんの「安定的な愛着」の意義についての共通理解

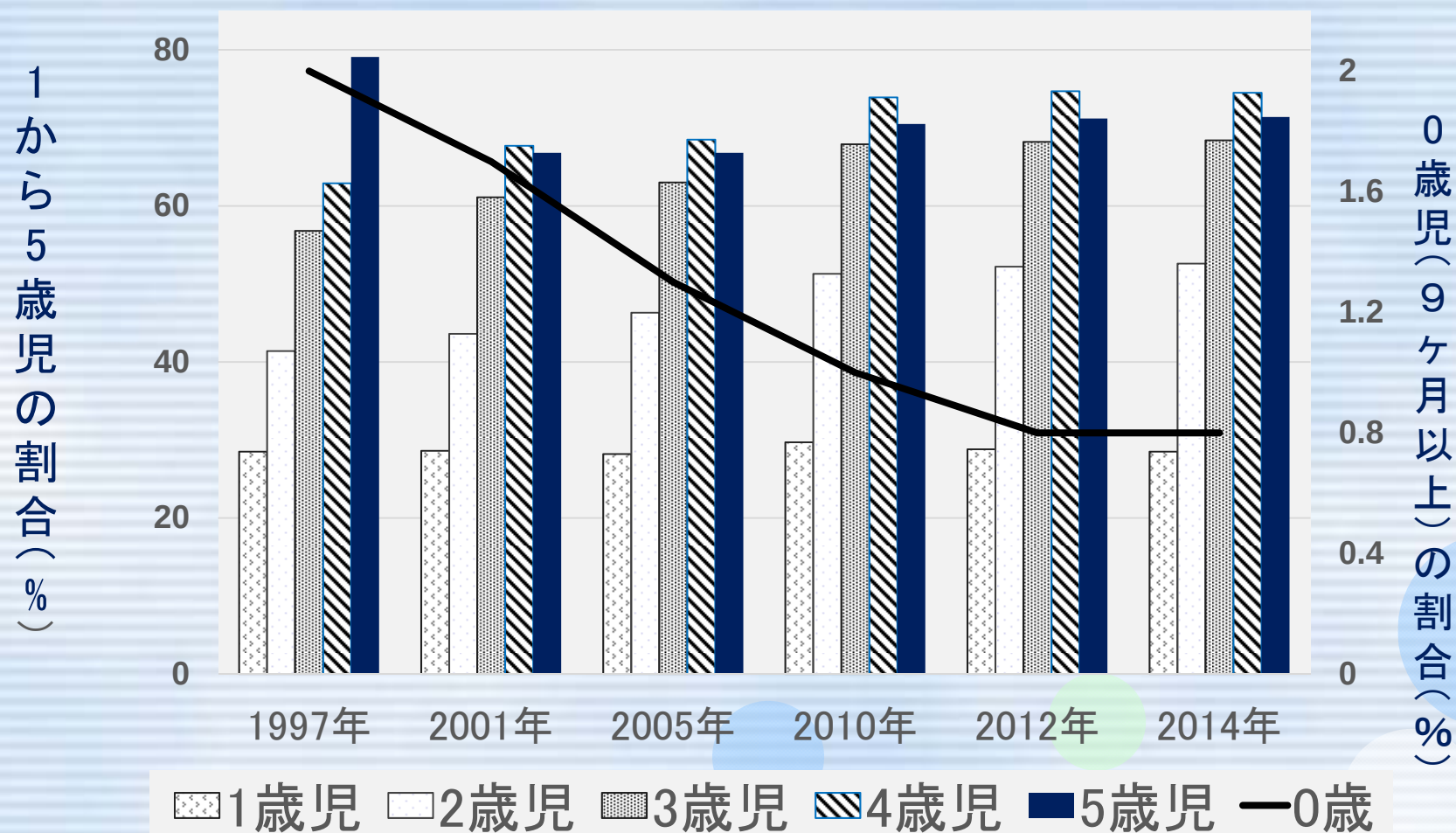
「子どもの声は騒音ではない・happy noise」:ドイツ等と同様

大人とは・・・子どものニーズをまず優先・尊重できるヒト

☆日本:「働き方改革」も急務!

(親・母・父としてのロールモデル)

0～6歳児の乳幼児ケア教育サービス利用状況 (フィンランド, 1997-2014年)



フィンランド公式統計をもとに作図©Takahashi2016

「出産ネウボラ」の目標：妊婦, 胎児, 乳児の健康を守り,

子育て家族全体の心身の健康と幸福を増進すること.

近年は, 「出産・子どもネウボラ」の連続性と「親・家族全体のサポート」が重視されている.

妊娠期・出産ネウボラでの定期健診：

- ・ 保健師（または助産師）の定期健診

1回目：妊娠9-10週, 3回目（22-24週）「総合健診」を経て, 出産まで約10回, 出産後に自宅訪問1回, 出産後5-12週フォローアップ健診を1回実施.

- ・ 医師（ネウボラを定期巡回）の定期健診： 妊娠中に2回（26-28週目の総合健診と36週目）, 出産後5-12週フォローアップ健診.

ネウボラ – 社会の「実家」

信頼でき, 安心して相談できるところ

誰もが行くところ – 間口は広く, 敷居は低く

子育てのスタートを個別の家族まかせにしない, 丁寧な「かかわり」

- 親になる準備（子育てへの助走）を支援する（自分の子育てについて・親としての自己イメージ形成）
- 妊娠・出産・子育ての正確な基本情報, 社会保障・支援サービスの情報）
- カップル関係・親子間コミュニケーション（家族の関係性発達）へのサポート
- リスクの萌芽を摘み取る「対話」：リスクや問題の予防・早期発見と早期支援
- 子育て不安、家族関係、親の自己像、家計状況、産後うつを含むメンタルヘルスなど

出産ネウボラで全員に無料配布される冊子 『赤ちゃんがやってくる』

1. **妊娠**：妊娠の進行、健康でいること、
妊娠中の症状、妊娠期のリスク、出産ネウボラ、
親になる準備、カップル関係、赤ちゃんに必要な
もの
2. **出産**： 出産に向けての準備、分娩、出産直後、産後の回復
3. **赤ちゃんの世話**： 最初の1か月、赤ちゃんの栄養、衛生・清潔、睡眠
と寝かしつけ、赤ちゃんの成長と発達、赤ちゃんのいる家庭の日常、
赤ちゃんの安全、赤ちゃんとの病気
4. **子育て家族へのサポート**：子どもネウボラ、
子どもネウボラ以外の自治体のサポート、
その他のサポート、
特別な状況（養子、流産、子どもの死）、
父親の認知確認、子どもの監護・養育費手当・
支援金、
子育て家族を支える民間団体。 計98ページ

国立保健福祉研究所の
専門家チームが監修・更新

「出産・子どもネウボラ」での出産後の定期健診の概要 (タンペレ市)

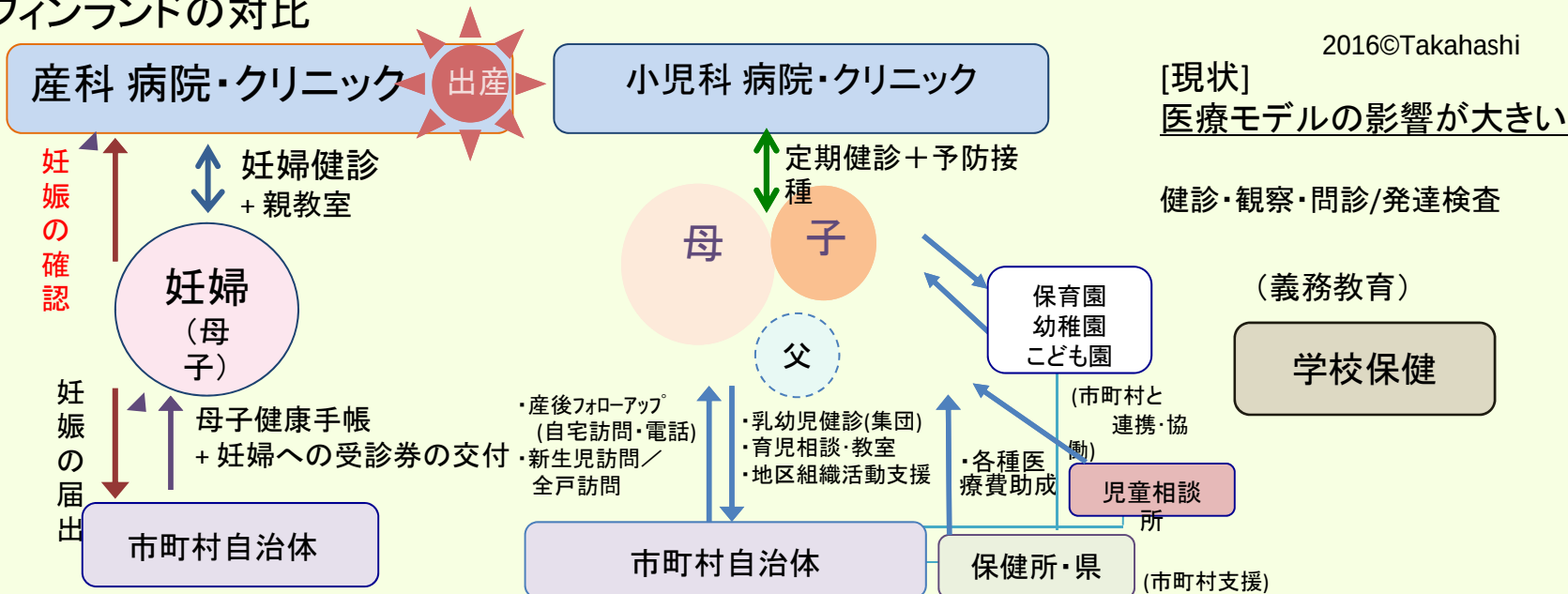
	総合健診 1													総合健診3					
	生後 1-2週目	2-4週目	4-6週目	2か月	3か月	4か月	5か月	6か月	8か月	12か月	15-18か月	18か月	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳		
実施場所	自宅訪問または ネウボラ	ネウボラ	ネウボラ	ネウボラ	ネウボラ	ネウボラ	ネウボラ	ネウボラ	ネウボラ	ネウボラ	ネウボラ	ネウボラ	ネウボラ	ネウボラ	ネウボラ	ネウボラ	ネウボラ		
時間	60分 + 移動時間	30分	20分	グループ ワーク	60分	保20分 +医20-40分	60分	30分	20分	60分	60分	20-40分	30分	60分	保60-90分 +医20-40分	60分	30分		
保健師	○	○	○	○	◎	◎20分	○	○	○(同席)	○	◎	◎(同席)	○	○	◎60-90分	○	○		
医師	—	—	○	—	—	◎20-40分	—	—	○20分	—	—	◎20-40分	—	—	◎20-40分	—	—		
(内容項目)																			
神経の発達	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
体重	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
身長+頭囲	—	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
視覚	—	○	○	—	—	○	—	—	○	—	○	○	—	○	○	○	○		
聴覚	—	○1	○1	—	—	○1	—	—	○	○2	○2	○2	○2	○	○	○	○		
歯科	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	○	○	—	○	—		
予防接種	—	—	—	R	DTaPa*R, Pn	—	DTaPa*R, Pn	—	—	DTaPa*, Pn, MPR1	—	—	—	—	DTaP-IPV	—	MPR2		
コトバの発達	継続的な観察・フォローアップ																		
心理面の発達	継続的な観察・フォローアップ																		
健康管理	継続的な観察・フォローアップ																		
授乳	継続的な観察・フォローアップ(乳児期を中心に)																		

出所:タンペレ市健康保健部

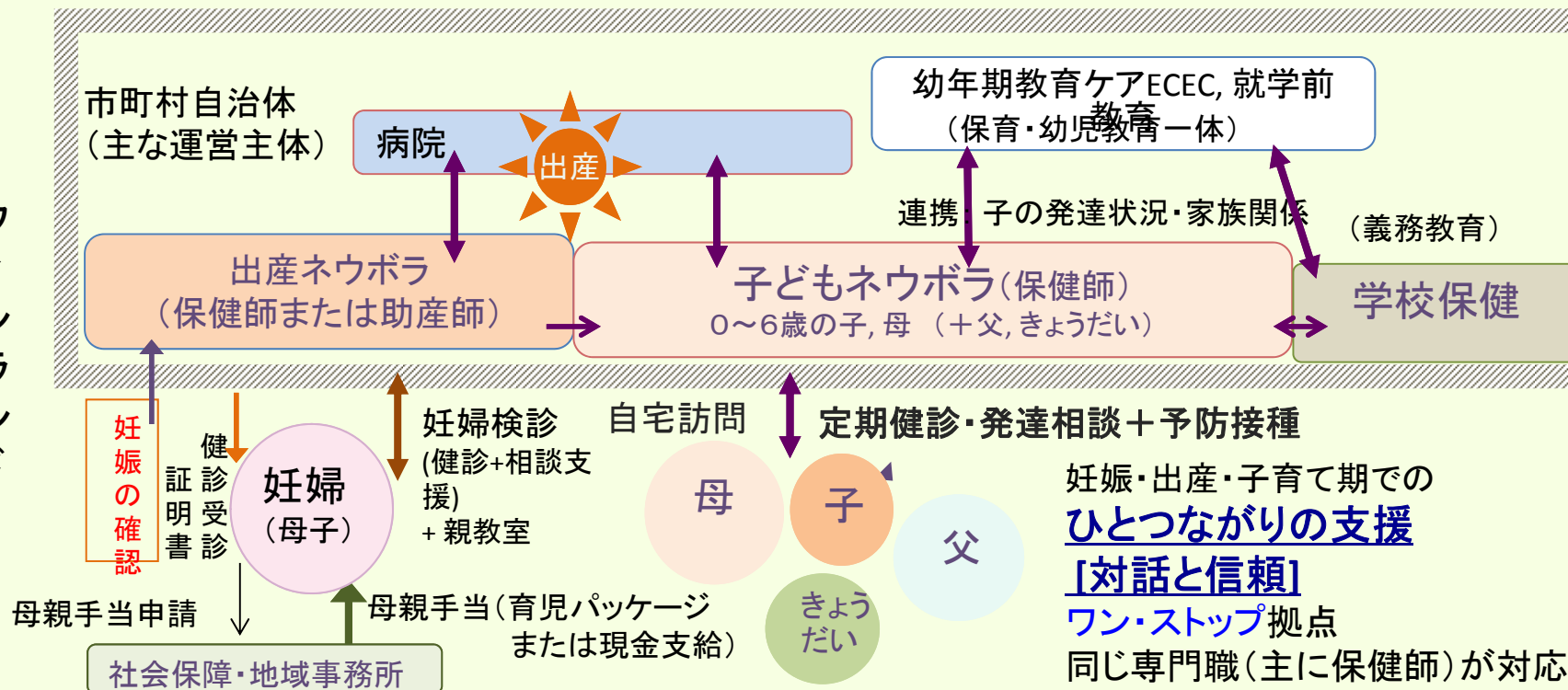
日本とフィンランドの対比

2016©Takahashi

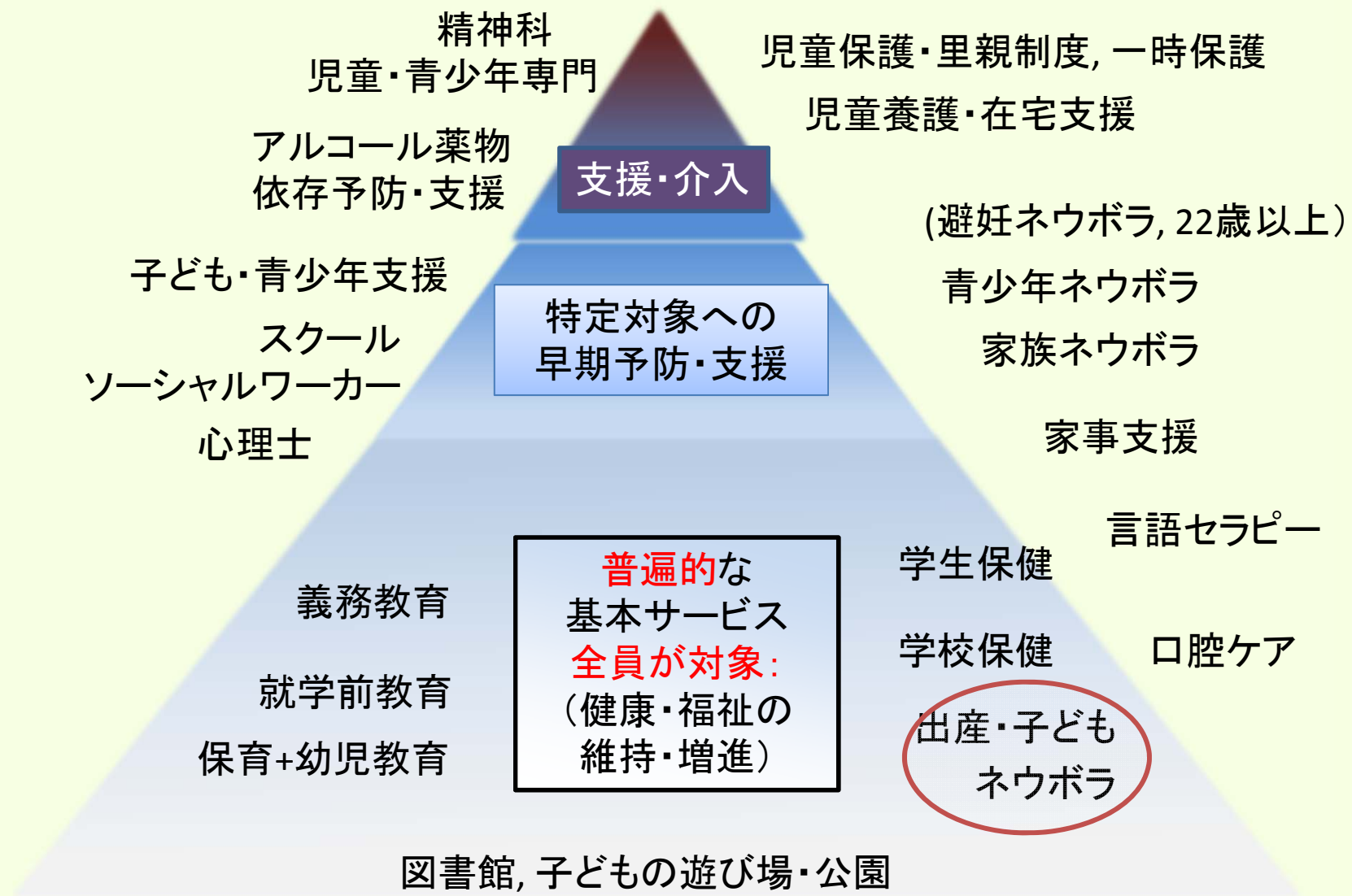
日本



フィンランド



フィンランドの子ども家族・青少年支援サービス体系



妊娠期からの丁寧なネウボラ健診の効果として、全体の約7割は、より高次の支援を必要としない(問題・リスクへの早期支援)。

出所: Kalmari, Hanne (2013)

初動と継続性が予防的な早期支援のポイント

- 「日本でもハイリスク家庭に絞って支援を行うが――」
全員に定期的に直接会わないで、一体どうやってハイリスク家庭を見つけるのですか？

- 「わざわざ何度も面談しなくてもよさそうなものだが」

妊娠初期から就学前にかけての時期のどこかで、どの家庭にもなんらかの問題や躓きが起こるという想定のもと

Tuovi

Hakulinen さん で、継続的にモニターしています

(2016年3月来日)

フィンランド国立
保健福祉研究所THL
ネウボラ研究総括部長

- 「日本では保健師など専門職を配置するための
予算確保が難しい――」

予防的な支援の強化（予算配分の変革）によって、実際に、事後対応コストそのものを下げられます

日本

医療モデル主流

一般的な子育て支援・相談のスタンス：「困ったことがあったら/困ったら・・・」

（客待ち – “困り果ててから” 「実は」、事後対応、重篤化しやすい）

リスクや支援ニーズの「特定」に重点

支援の制度に利用者が適応することが前提

ともすれば、親・子育て家族は支援の「対象」(お客さん扱い?)

守秘義務の課題（児童保護などでの障壁）

「10代の妊娠」「望まない妊娠」問題!

フィンランド

生活モデル、定期的な健診での面談

「この頃/今どうですか?」

（対話による状況把握、連続性 – 予防・早期支援. 早期支援は「初動」に左右される）

個別の支援ニーズに支援者側が適応

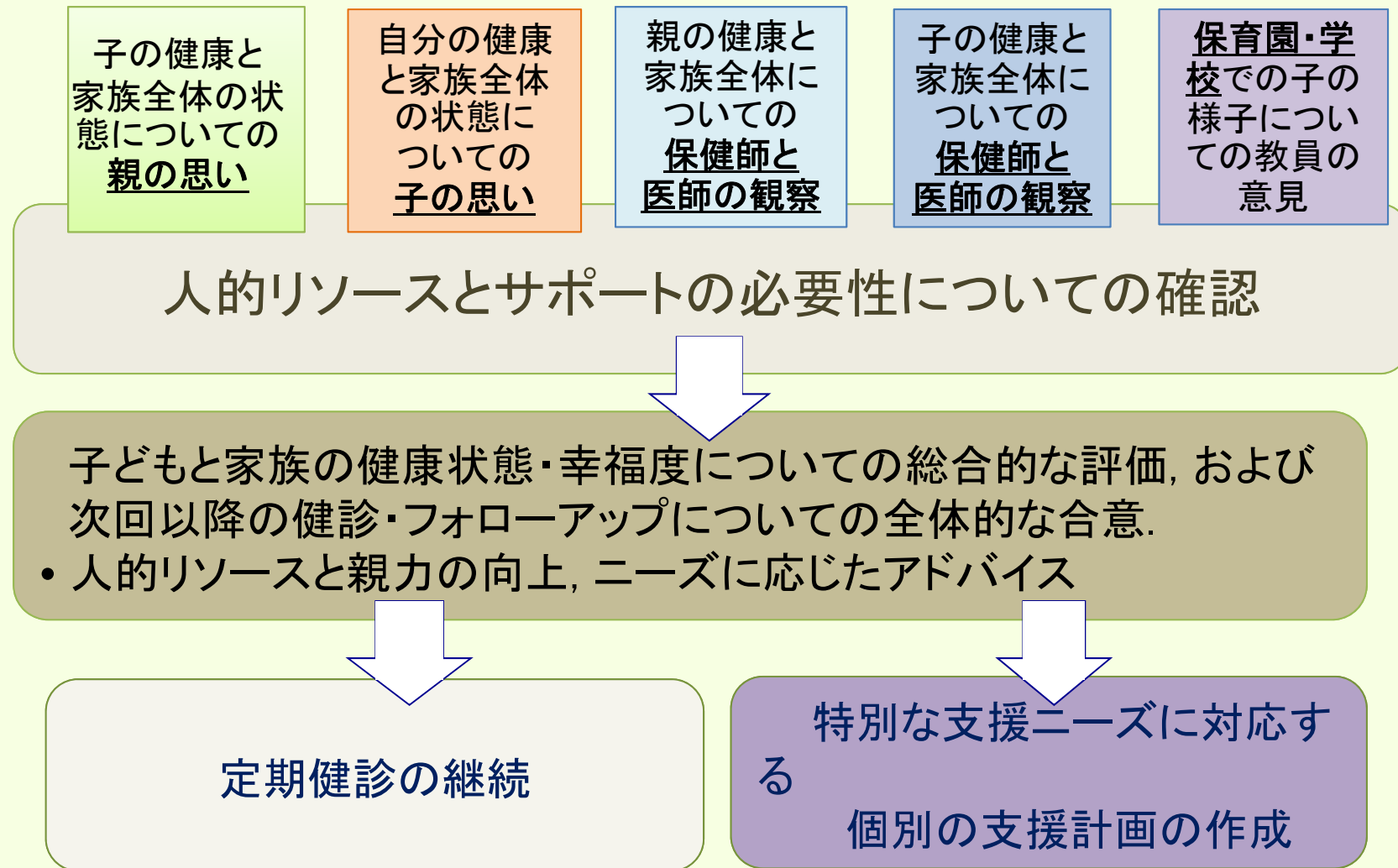
（個別の利用者のニーズに即して、サポートを組み立てる/テーラーメイド）

利用者が主役： 自分の状況・子育てについて自ら語る力をつけていく（保健師は伴走者）

個人情報と児童虐待・DV： 個人情報保護法に安全確保を優先する規定：「生命が脅かされる状況では同法の限りではない」

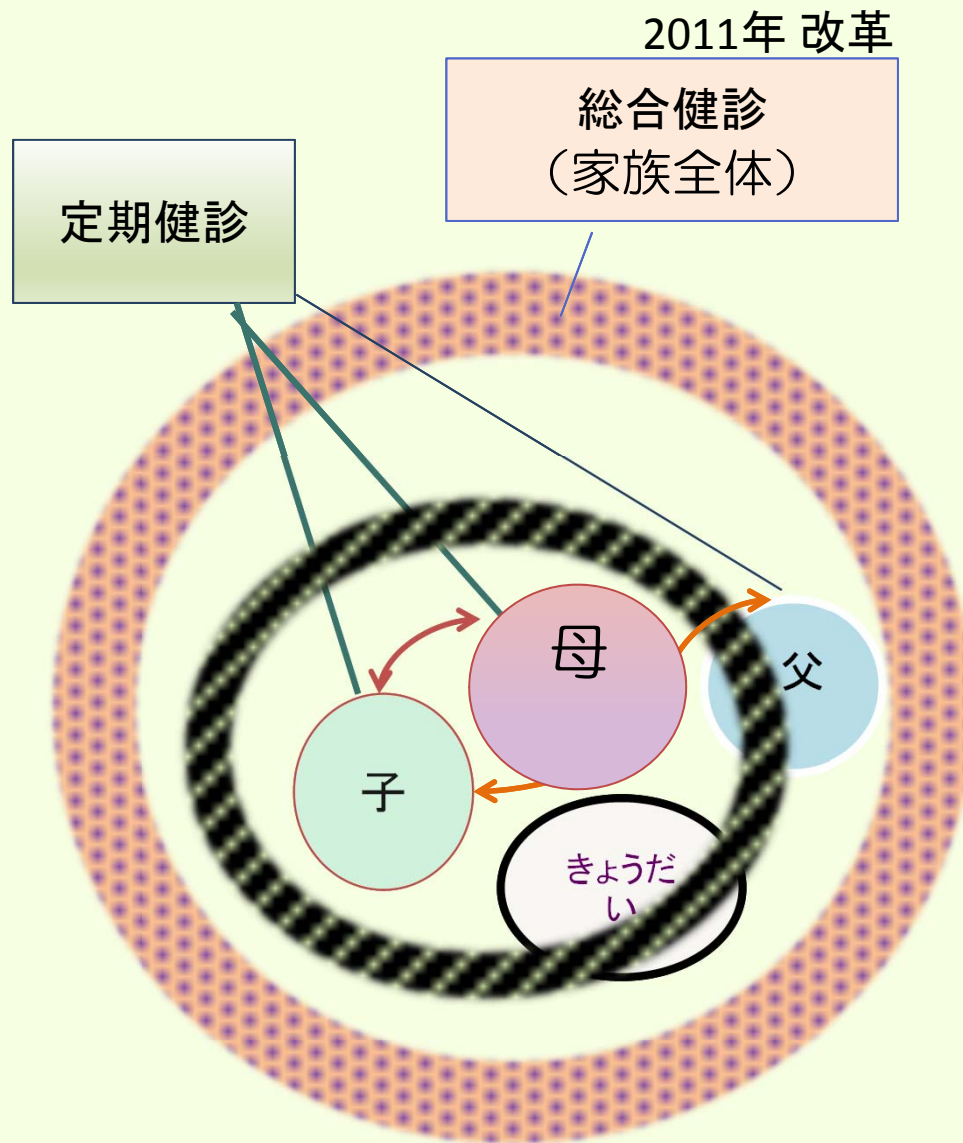
「10代の中絶」 – 世界的に最も少ない（学校での保健・性教育の定着, 学校保健師の配置）

出産・子どもネウボラでの「総合健診」の概念図



出典: Hakulinen-Viitanen, Tuovi et al. (2012) *Laaja terveystarkastus. Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon*, Opas 22, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, p. 35, 図2を訳出.

出産・子どもネウボラでの「定期健診」と「総合健診」の概念図



医療的な健康診断に加え、

「**発達保障**」

赤ちゃんと近親者との
関係性の健全な発達

母子愛着, 安定的な発達

親子関係

カップル関係

家族関係全体

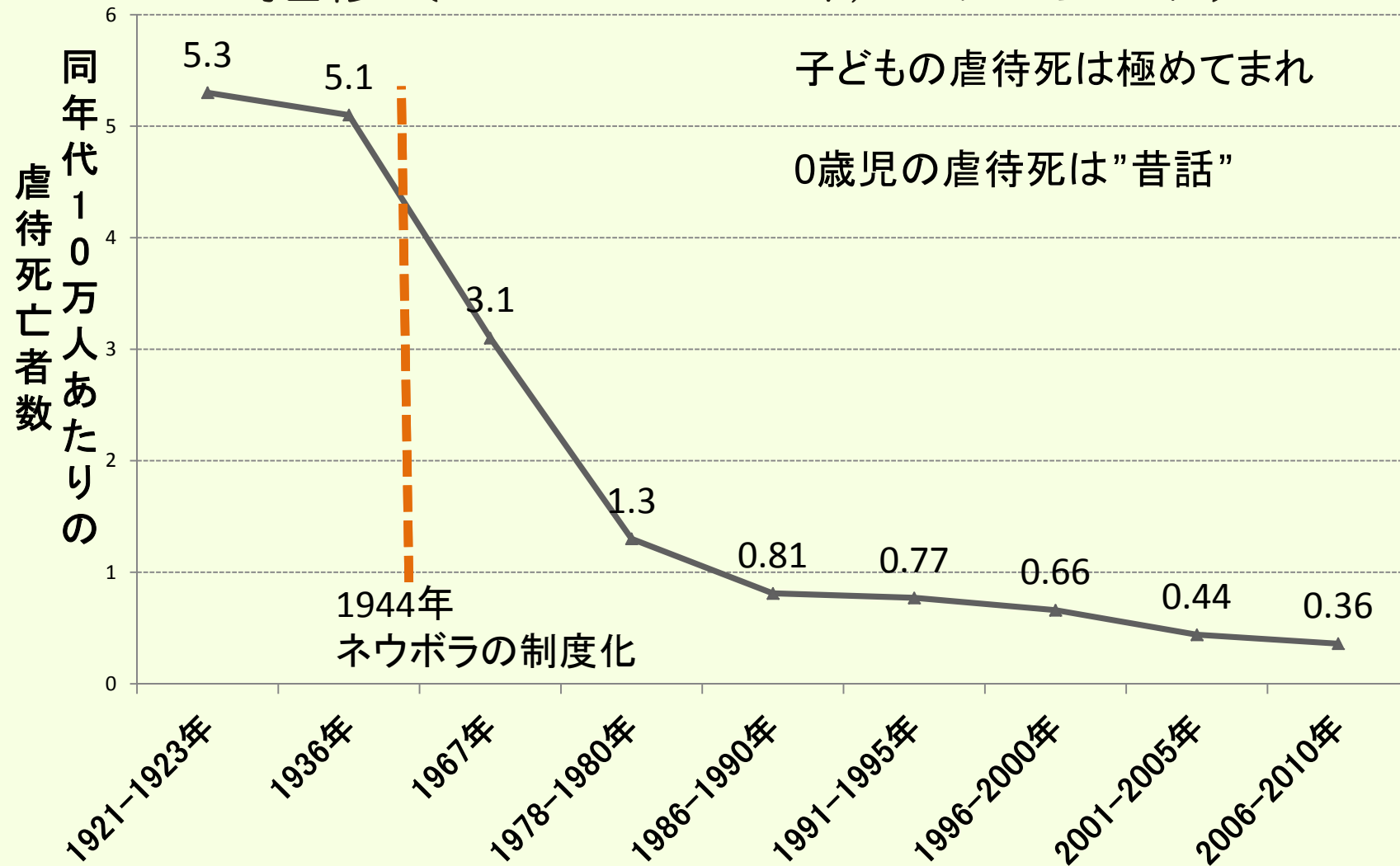
(きょうだい関係等)

「生活の安寧と安全」

経済面での安定

暴力・虐待リスクの早期発見

15歳未満の子ども10万人あたりの虐待死亡者数の推移（1921-2010年, フィンランド）



ネウボウの萌芽期(1920年代はじめ)

乳児死亡率・周産期死亡率が高かった20世紀はじめ, 安全な出産と母子の健康状態の向上を目指して, 主に小児科医や保健師らが取り組み始めた。(まだ, 「福祉国家」がなかった時代)

当時：

助産・保健・看護
専門教育の萌芽期

1920年代には, 市町村自治体への助産師の配置が義務付けられた.

乳児死亡率の推移・フィンランド 1900-2011



出所: フィンランド公式統計

母子保健のパイオニア

小児科医アルヴォ・ユルッポ教授

(Arvo Ylppö 1887-1992)と

民間団体マンネルヘイム児童保護連合MML

行政の対応待ちではなく地域での自主的な活動

- 「幼子の世話をするすべての母親たち、貧しい母親にも裕福な母親にもあまねく、直接のアドバイスを得る機会、さらに必要な時に直接の支援が得られる機会を提供するために、一つにまとまった中央組織を作らなければならない」 (1919年, Ylppöの手記より)

- 「すべての母親への助言, 個別の必要に沿った支援」
- この基本的な考え方は, 今日のネウボウに引継がれている!

A. コルッポ教授の「処方箋」 1921年

- 医師や看護師/保健師による無料相談：乳児の母親全員に、乳児の世話や母子の栄養問題（とくに母乳の大切さ）についての助言や相談を行う、
- 健康法上の目的は住宅環境・衛生状態の改善であるが、場合によっては、一般市民に分かりやすい言葉・表現での個別の助言や家庭訪問を行う、
- 児童養護（児童保護）が必要な子どもたち全員について、看護師ら専門家が生活状況を把握・監督する、
- 健康法上の目的は住宅環境・衛生状態の改善- 親のいない子どもたちや、なんらかの理由で母親が世話をできない子どもたちには適切な世話を受けられる居場所を確保する

ネウボラの萌芽から制度化・標準化への見取り図



母親手当：出産を控えて、現金140ユーロ（約17,020円, 1ユーロ=121.57円, 2016年12月5日レート）または現物（物品）育児パッケージいずれかを選択できる。

180日以上フィンランドに定住し, 出産ネウボラの発行する妊娠証明書（妊娠が154日/約5か月以上継続）で申請することが「要件」。

対象：要件を満たす妊婦全員・所得制限なし

母親手当の真のねらいは「動機付け」

育児パッケージ：今日でも根強い人気

当初は、ネウボラに母親を誘うための民間のアイデア

“どうすれば、皆が健診に繋がってくれるだろうか?!”

「動機付け」として導入, そして定着

育児パッケージを受け取ることは、子育て家族間・世代間での共通体験（共感と平等のシンボル）

赤ちゃんとその家族への社会からの祝福

母親手当 maternity grant (物品か現金)

1937年: 低所得層に限定

1949年～現在まで: 所得制限無し

- 育児パッケージ: 根強い人気
 - (年間約6万人の母親手当受給者のうち4万人が選択)
- 双子 育児パッケージ3個, 又は, 現金€420
 - $1+1 \rightarrow 3$ (1人: 140 + 2人目: $2 \times 140 = \underline{280}$)
- 三つ子 育児パッケージ6個, 又は, 現金 €840
 - $(140 + 2 \times 140 + 3 \times 140)$

年	フィンランドの子ども福祉・子育て支援改革のあゆみ
1937	母親手当の導入
1944 1948	ネウボラの制度化(市町村自治体に設置・運営義務) 児童手当の導入
1964	母親休業の導入 (疾病保険制度改革、当初は産前18日産後36日、以後延長)
1973	自治体保育法 (保育サービス実施についての市町村自治体の義務の明文化) 「父親休業」の導入
1983	子ども保護法制定 (体罰の禁止, 家庭・学校, あらゆる場面)
1984	在宅育児手当(3歳未満児)および育児休業法(3歳未満児への自治体保育サービス利用の権利保障:子どもの権利)
1996	自治体保育サービス利用の権利保障を学齢前(7歳未満)の子どもにまで拡大、民間保育手当の導入
2000	6歳児のための就学前教育(エシコウル)の制度化
2005	子どもオンブズマン制度(子どもの権利保障)
2016	就学前教育(エシコウル)の義務化

今日の「出産・子どもネウボウ」

妊娠期から就学前（6歳）までの期間を重点的に
切れ目なく「**ひとつつながり**」にサポートする。

出産前から同じ専門職(かかりつけ)が、子どもと家族全体の成長をサポートする。

支援メニューが豊富でも、利用者にとって
分かりにくい、支援側の連携が不十分、
担当者の頻繁な交替という状況では、
「**信頼関係**」を築けず、利用者が困りごとを
話すタイミングも逸する
（早期のリスク対応ができない）

21世紀・現在のネウボラは

「対話・信頼関係」を重視し, 子育て家族に優しい快適なスペースとしてデザインされている.

(空間・インテリアは贅沢ではないが, あたたかい雰囲気で, プライバシー保護への配慮も十分にあり, 安心して話せる環境)

妊婦99.7%, 出生児99.5%がネウボラに繋がっている.

ネウボラのスタッフ

専門職養成と現職への専門職研修

ネウボラのスタッフ体制

約3名の保健師（常勤・出産ネウボラでは助産師もありうる）,
医師（巡回）, 心理士, 各種のリハビリ専門職（言語聴覚など）

フィンランドの保健師養成：4年制養成課程（大学レベル, 看護師資格に加えさらに保健師資格を取得）,
カリキュラムの特徴：現場実習とシミュレーションが多い

利用者対応の専門職への**バックアップ体制**（ネウボラ内でのスーパービジョン）, 地域のお職種との協力（病院, 保育園, 学校保健, 社会福祉部門, 等） “保護者との連携”

継続的な現職研修・ネウボラ年次集会（毎年2日間）のほか、
乳幼児精神科医による集中研修、学校保健等との合同研修。

ネウボラの風景 専門職だからこそ “ネウボラ・おばさん”

親たちも自身, 幼い時に保護者とネウボラに
通った経験があり,
ネウボラの専門職は, 「やさしく頼りになる」人
として認識されている

「家族ネウボラ」の対応事項

家族・子どもソーシャルワーカー，心理士，各種のリハビリ，法律相談

- | |
|---|
| ● 子どもの行動や社会性または発達について親が懸念している場合 |
| ● 危機的な状況への支援を家族が希望する場合 |
| ● 家族間に諍い・紛争がある場合 |
| ● 別離/離婚の見込みがある、別離/離婚での問題解決への支援が必要とされる場合（離婚時の協議への社会福祉的な支援）
（18歳未満の未成年者がいる家族の離婚） |

出典：タンペレ市ホームページ「家族ネウボラ perheneuvola」

※フィンランドには家庭裁判所はなく，地方裁判所が離婚調停・裁判等を担当する。

国内での動き：

当初の予測 - 情報提供で終わり, あっけなく忘れ去られるの
かもしれない.

しかし, この予測は外れ, 制度化への急展開.

(母子保健法の改正)

「子育て世代包括支援センター」

概ねH32/2020年までに

全国展開

日本版ネウボラ??

日本の「子育て世代包括支援」の課題と方向性

- 利用者目線での継続性・整合性
- 「間口は広く、敷居は低く」－ 皆が来るところ, 皆が利用
するところ（スティグマ（恥）克服）

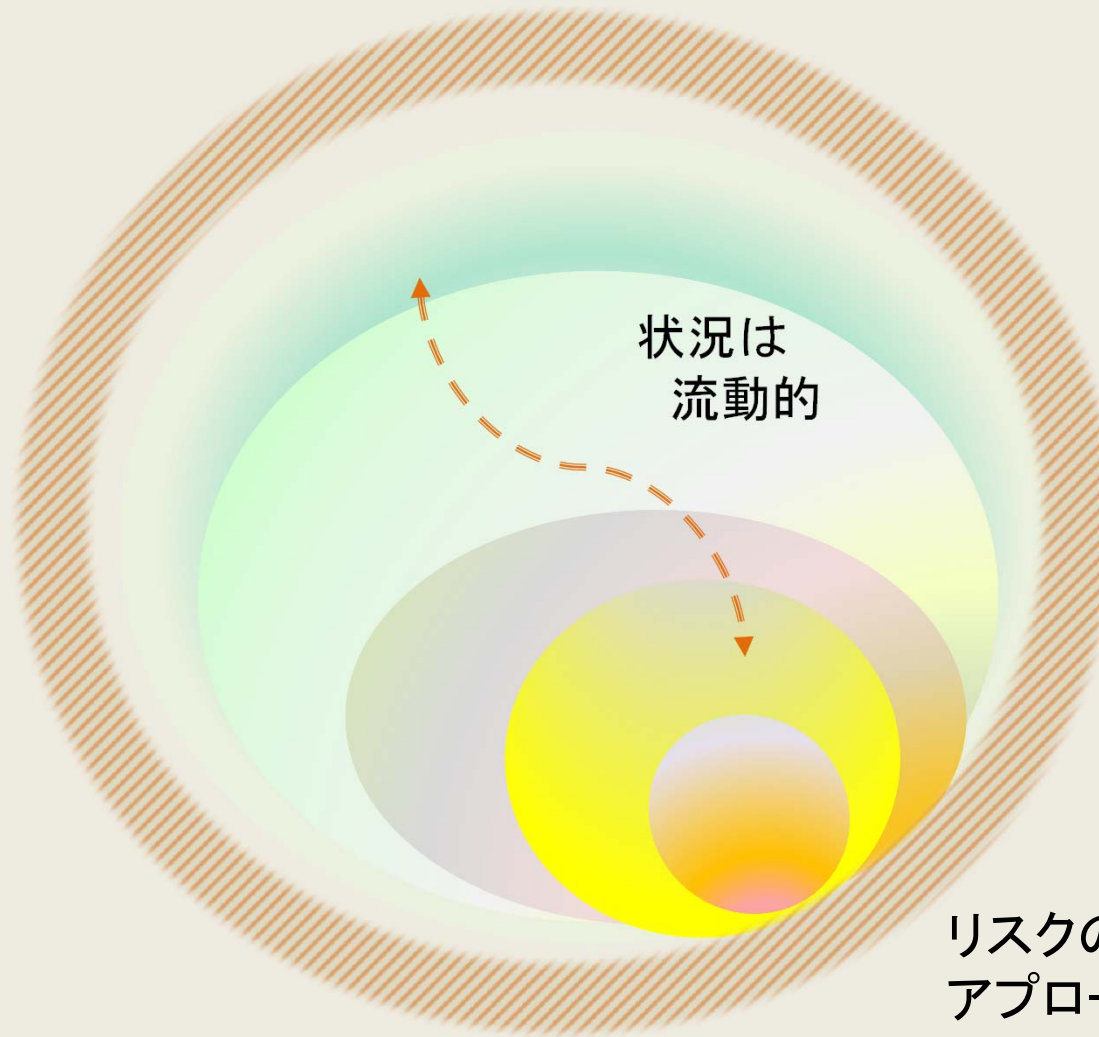
皆が安心して来所できる雰囲気・空間デザイン

必要な場合アウトリーチ（妊婦訪問を含む）

- 人材：配置, 研修（傾聴・対人支援）, スーパービジョン
- 情報とモニタリングの一貫性・整合性・合理性
- 連携：支援サイドの他職種間連携

子育て家族との連携（利用者との協力関係）

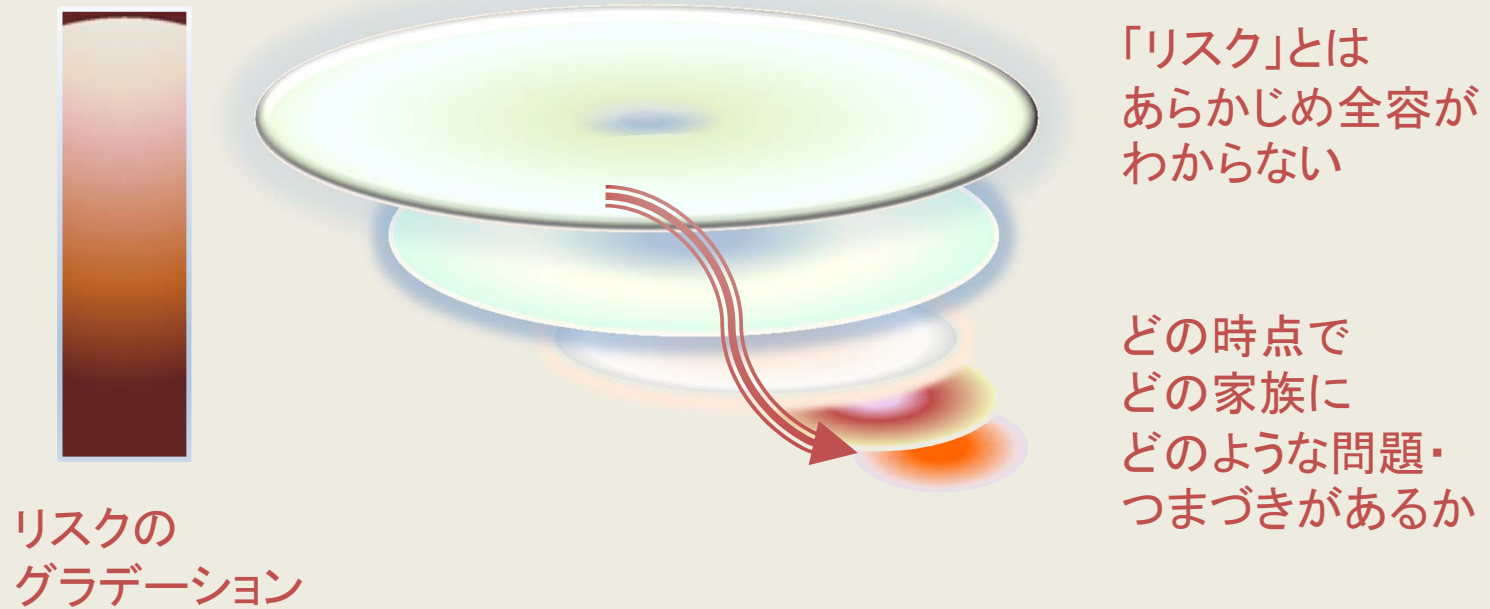
子育て世代包括支援 - 利用者からみて
切れ目なく継続的に支える



一般層（問題なし）
と思われた人たちも
グレー層・リスク層に
移動/流動するかもしれ
ない
＊虐待の**萌芽**をどのよ
うに察知・感知する
か？！

リスクの特定を優先する
アプローチだけでは
予防的な支援が困難！

間口は広く 敷居は低く - みんなが来るところ



リスクから問題への顕在化

リスク特定につまとうリスク

日本へのメッセージ:フィンランドはどのようにして
赤ちゃんに優しい社会になったのでしょうか

カイヤ・プーラ博士

(児童精神科医, 2013年5月12日横浜・講演)

- 男女の社会的平等と、男女ともに仕事のキャリアと家庭生活とを両立できることがフィンランドに繁栄と平和をもたらしてきました。
- 同等かほぼ同じ程度、両親が適切な世話をした乳幼児は、社会的スキルがよく発達し、メンタル面の問題も少ないのです。
- 乳幼児への手厚いケアを社会をあげて支援することは、節税のための一番生産的な方法です。
- 健かな乳幼児ほど心臓疾患や精神疾患のリスクが低く、健かな大人に成長する可能性が大きいのです。
- (研究知見に裏打ちされた制度デザイン・政策策定・刷新)

オープンダイアログ



オープンダイアローグの起源

出典：
Kari Valtanen氏
東京講演スライド
2015年3月31日, Tokyo

- フィンランド北部・ケロプダス病院
- 治療ミーティング：1984年から始められた
- 第一番目の原則：「患者本人・家族が不在時に、スタッフはその患者や家族について語ることは許されない」
- 1988年から、このアプローチについての体系的な研究
- 1989～現在：臨床スタッフ全員対象の体系的な家族療法の研修が続けられている
- ファミリーセラピストがスタッフの95%

オープン・ダイアログの 主要原則

出典：
Kari Valtanen氏
東京講演スライド
2015年3月31日, Tokyo

1. IMMEDIATE HELP 即座の支援
2. SOCIAL NETWORK PERSPECTIVE 社会的なネットワークの視座
3. FLEXIBILITY AND MOBILITY 柔軟性と機動性
4. RESPONSIBILITY 責任
5. PSYCHOLOGICAL CONTINUITY 心理的な継続性
6. TOLERANCE OF UNCERTAINTY 不確かさへの耐性
7. DIALOGISM 対話性

DIALOGISM 対話性

出典:
Kari Valtanen氏
東京講演スライド
2015年3月31日, Tokyo

- 全員がはじめから話合いに参加する
- 参加者一人一人が話を聞いてもらえて応答されなければならない
- 話合いのテーマや目的について事前に計画しない, 実際の一瞬一瞬に関心を向ける
- 全員がいるオープンな討論でのセラピー計画と決定プロセスの透明性
- 目的は、まだ言葉で表されていない経験に新たな共通の言語を造り上げること

乳幼児と母（あるいは扶養する父）の関係にダイアログはどのように働くのか

（精神科医・高木俊介さんからの質問, 2016年5月 OD京都シンポジウム）

ネウボラでは、「親になること」を親自身(本人)がイメージ形成し、自身の子育てを「言語化」することで、専門家のフィードバックとも合わせて、「自分のしている親業・子育てはこれでよさそうだ」と納得し確認する。

- 妊娠・出産から就学前まで、ひとつつながりに、個別の健診・対話を重ね、個別の子育て家族のニーズに寄り添う仕組み。
- 「正しい子育て- 正しい家族」へと支援者側の価値観を押し付けるような指導をするものではない。

ネウボラのエッセンス：

- 妊娠の届け出： 最初的一步（その後の連続性が重要）
- 全員対象： 困る前につながる
- 個別対応： 1人ひとりとの対話が健診の軸
- かかりつけの担当者： 継続して（切れ目なく）信頼関係を築く
- 専門職： サポートの質の保証（支援ネットワーク構築の専門性）

対話・ダイアログ

モノローグ

専門職ら支援者側が設定した枠組みでのやりとり
や情報提供（ご本人と目線が合いにくい状況, 上から
目線を含む）

支援者側が用意した脚本の本読み

ダイアログ：

ご本人を中心に, 話し合い・面談に参加する人が皆
発言し何らかの反応・レスポンスを得る（無視され
ない、支援者側の価値観・判断を押し付けない）。

脚本のない即興劇

「技術・技法」よりもむしろ「かかわりの作法」
（人としてどのように相手とかかわるか？）

対話・ダイアログ（続）

ダイアログの力学（治癒力）

「ご本人」（家族たち）は、支援の「対象」でも「お客様」でもない。

自分のコトバで語ることで

本人たちが「**腑に落ちる**（内蔵/身体感覚）」経験をする - ところと身体がともに納得し、次へ進む方向性を「体感・体得」する

「**未来語り**」 - 本人たちは「どうありたいのか」

＊地域精神医療だけでなく、ネウボウのような対人支援の臨床においても「対話性」が注目されている。

ラヒホイタヤ



- ラビホイタや養成教育は1993年に始まり、10種類の専門資格を統合.

7種類は保健・医療サービス分野（一般看護, 精神保健衛生, 口腔ケア, 保育, 肢脚ケア, リハビリケア, 監護・搬送サービス）. 残り3種類は、福祉分野（知的障害ケア, 家事支援, デイケア）

- 1990年初頭（市町村）自治体の中央団体の主導で検討が始まり、構造上、職場慣行において硬直していた福祉・保健・医療サービスを改革.
- 広い分野に共通の基礎資格の目標は、福祉・保健・医療サービスの各分野での労働力の需要に対して、専門職の水平的な流動性を可能にすることであった。

資格の取得方法

- 1) 職業専門学校の基礎コースとして資格取得。義務教育を終えた直後の若者たちはこのコースを3年で修了する。
- 2) 実技試験による資格取得。社会人学生は、すでに専門教育を受けていたのであれば、1、2年あるいはもっと早く資格を取得できる。
- 3) 研修雇用契約による資格取得。研修雇用契約は、現場実習（80%）と専門学校での理論学習（20%）から成る。

- ラヒホイタヤは、様々なライフコースのクライアント・患者たちに人として接し、当事者のもつ力を原点として、一人の人として対等に接し支援や助言を行える。
- ラヒホイタヤは、当事者の活動能力の維持、健全なライフスタイルおよび社会サービスの利用申請や利用において、クライアントや患者に助言する技能を持つ。
- 2006年から、職業教育の質、効果、労働市場への対応を向上させるために、フィンランドのすべての基礎資格教育に評価方法の一つとして職能実技のデモンストレーションが追加された。実技評価は、現場実習期間に実施される。

- ラヒホイタヤの資格を修得した者はどの分野で活躍しているか？（おおむねの内訳）

30%：医療ケアや介護

19%：子ども・若者のケアや支援

16%：高齢者ケア

12%：精神保健, アルコール／薬物依存

- 利用者から見ると－

各種リハ, 口腔ケア, 在宅医療看護, 家事支援など
職務ごとにスタッフが入れ替わる慌ただしさから,
自分の暮らしのペースが保ちやすくなる.

専門職サイド：職種間の（微妙な）上下や障壁が
なくなる.

2. フィンランドから 見えてくるもの



隣の芝生は青いか？

- 日本以外の社会に目をすることは、自身が暮らしている社会を振り返ること – 逆照射
- 外国礼賛でも「ひきこもり」でもない、閉鎖系から出て視野を広げる.
- ネウボラ, オープンダイアログ, ラヒホイタヤの特徴：専門知識や情報, 支援技術や技法だけでなく, 「かかわり」の質が問われる専門職.

文化的な障壁を越えられるか？（コメディカルの課題、専門職・権威と素人の上下関係以外に）

「文化的なカベ」（文化がちがう）という表現で本当は何を語りたいのだろうか？

- 表面的なタテマエの会話・傾聴に収斂するか、ホンネ・本題に入れるか？
- 一人ひとりに（個別のニーズに）合った支援を行おうとするか、それとも、支援「制度」に合わせることを市民に求めるか。
- 顔のみえる支援、利用者中心の支援を厭わないかどうか。
- 支援/かかわりとしての語らいの意義を理解し、専門職人材の育成を厭わないかどうか。
- 発言力の小さい（声の小さい）立場に置かれている人々たちを軽ろんじないかどうか。

制度的なリスク, 利便性の陥穽

(1) 制度的なリスク

- 「連携」については長年の議論があるが, 連携調整会議では, 実質的に, 職種/部署間での責任問題が焦点になることもある.

- 行政内/官庁間での縦割り（長らく指摘されているが未解決）

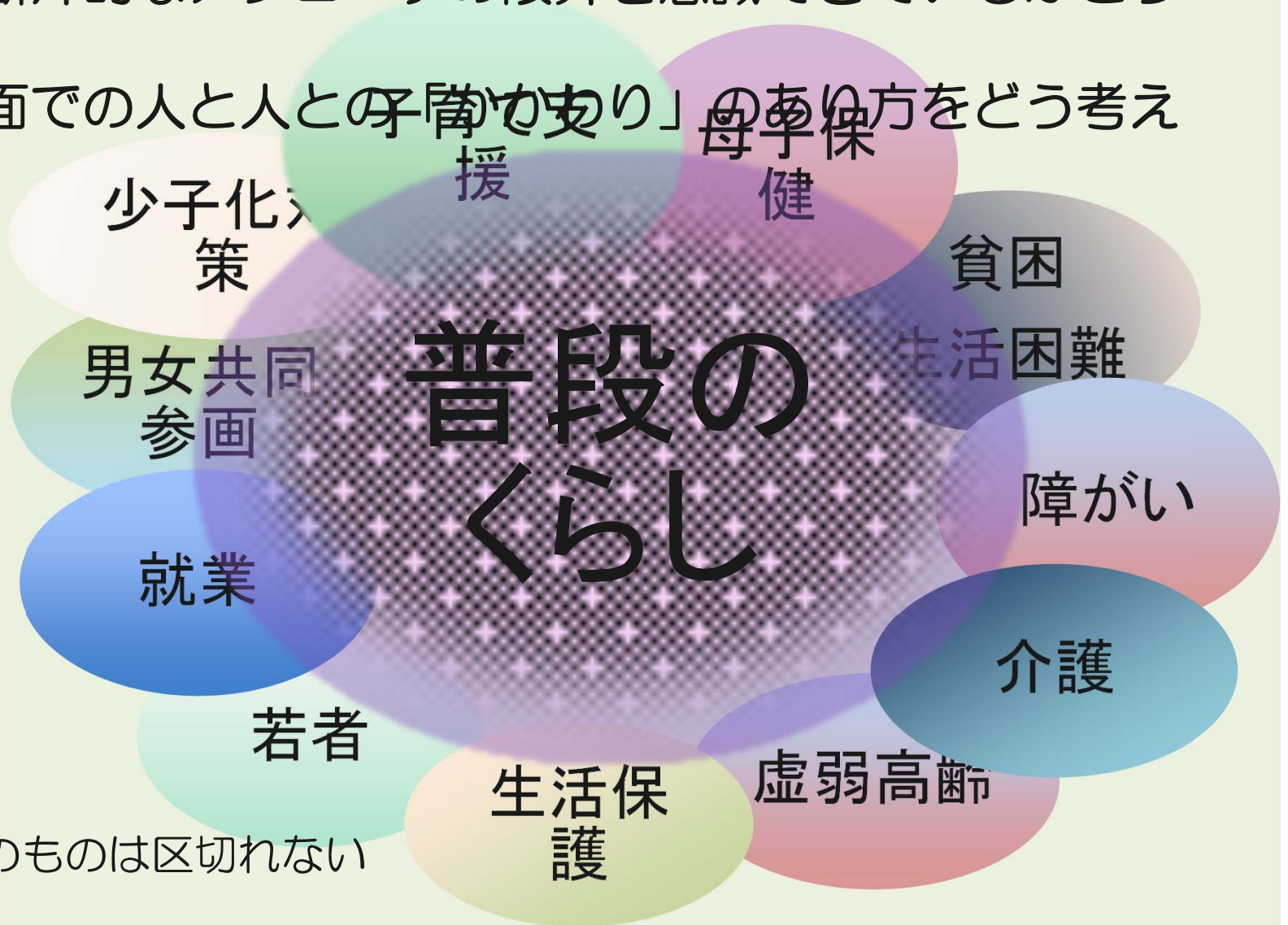
例）「母子保健」, 「子育て支援」, 「男女共同参画」

- 「ご本人」は制度上（支援等の）「対象」と認識されがち.

制度的なリスク

境界線や断片的なアプローチの限界を意識できているかどうか

支援の場面での人と人との「関わり」のあり方をどう考えるか



暮らしそのものは区切れない

利便性の陥穽 対面の意味をどう考えるか.

(2) 利便性の陥穽

ICTの活用には大きな意義もある（孤立や排除の予防）． 一方, 対面でのコミュニケーションが不足すれば, 孤立リスクが高まりがち.

- 氾濫するネット情報に振り回される問題もある.
- 必要な人に必要な情報・支援を適切な方法とタイミングで届けることは, 「利便性」 や「効率」 だけでは限界がある. (誰にとっての利便・効率か?)

3. 改革の力



「下から上へ」

・実践＋調査研究/検証＋政策

＊パイオニア/モデル事業は地域・民間/草の根の活動から！

(ネウボラだけでない「改革/イノベーション」のパターン)

1970年代：精神障がい者グループホーム Sopimusvuori（タンペレ）

統合失調症患者の社会復帰, 90年代からは, さらに認知症高齢者グループホームへと展開（民間NPO団体の取り組み）

1980年代末からの就学前教育 - 2000年に制度化, 2016年には義務化（6歳児対象、無料のプレスクール）

自治体のモデル事業, 効果の検証/研究, 制度化
「研究」は常に改革の根本にある

「下から上へ」 (続き)

1980年代からの「オープンダイアログ」-政策化にはまだ至っていないが、国際的に高い関心が寄せられている、地域精神保健・急性期ケア（北部の小さな自治体・Keropudasケロプダス病院でのコメディカルな取り組み）電話連絡から24時間以内に、利用者の希望する場所・参加者で話し合う。診断（処方箋）よりも対話。担当者は同じ、専門職は本人のいないところでその人について話さない。

ネウボラそのものも完成形ではなく、自治体での新しい工夫が続いている

ラヒホイタヤも、粘り強い協議（話し合い）を通じて、拡散していた保健・医療・福祉の専門職の基礎教育課程の統合を実現した。

これからの日本のありかた

- 他国の制度や政策は「直輸入」できない
- 他国の優れた取り組みや制度・政策のエッセンスを理解すること
- 日本なりの強みを活かしながら、「よりよい仕組み」を工夫できるはず.
- 現状がすべてではない.

エッセンスの理解・再解釈

「現状がベストではない,
『次』により良いものができるかもしれない」

J. セイックラ

ODファミリーセラピスト