

ウンディングが最終結果に及ぼす影響は無視できる程度である。

考察

Triple P は、リソースの消費量よりもリソースの節約量が大きくなる潜在的可能性があると結論づけて妥当であろう。経済モデリングは、いくつかの仮定の上になっており、ほとんどは控えめな仮定であるが、検証が必要である。しかし、有病率の中等度の改善であっても、Triple P がコスト節約の介入法となる。この理由は、行為障害にかかるコストが相当に大きいことによるものである。今回の研究に用いた行為障害にかかるコストの推定値[2]は控えめなものであることを再度強調しておきたい。生涯コストではなく、大きな割合を占める可能性のある重要なコストカテゴリーを含んでいない[5]。さらに、Scott et al. [2]の研究は英国で行われたものであり、他の状況での推定値を外的に一般化できるかどうかは問題である。Cohen [3]が行ったような他の推定値は、Scott et al. [2]のものよりはるかに大きなものであり、これらの推定値を Triple P に用いたと仮定すると、より多くのリソースを節約し、経済的により魅力の高いものとなったであろう。逆に、広告費が無料サービスとなっていない国では、レベル 1 Triple P はもっとコストがかかるものになったであろう。今回の研究結果を、他の予防あるいは早期の育児介入の経済評価の結果を比較することは不可能である。そのような研究がこれまでに発表されたことがないからである。

今回の解析は、行為障害のみを検討対象としており、Triple P の真の影響を過小評価している可能性があることも重要である。Triple P は虐待を低減したり、親のクオリティオブライフを改善したり、社会的非行や犯罪が少なくなることに伴う社会的ベネフィットなどの、行為障害に対するベネフィットに加えたベネフィットがあるものと考えられ

る。例えば、米国の研究では、病院の設定で、小児虐待で入院した小児患者は、1日あたりの入院費が高く（重篤な疾患の小児と比較して）、また死亡する可能性が高い[33]。また、Triple Pを実施することは、他のサービスの利用が増加することが考えられるし（サービスへの関心が高まったことと、スティグマを低減させることを通じて）、逆に、サービスの利用が少なくなるとも考えられる（健康増進、予防、早期介入を通じて）。どの程度、そのような状況が生じるかは、予想するのが困難であるが、この解析の一般的結論を変えるほど大きなものであるとは考えにくい。

Triple Pを実際の状況で実施して、この介入法の真の有効性とコストを推定することが今後必要である。同様に、中間的アウトカムではなく、最終アウトカムを経験的に推定することが必要である。今回の研究では、有病率の低減の有効性推定値を用いてはいるが、閾値解析に用いた有病率に大きな低減が見られたことが、実際に有効であることを示している。

実施の妥当性に関して、今回の解析では、トレーニングコストを、介入を行うそれぞれの専門家のコストの中に組み込んだ。この解析では、人口レベルで、介入を実施できる労働力があると仮定している。公平性の観点からすると、行為障害の有病率が、社会経済状態の低い家庭に多いことを考えれば、Triple Pはポジティブな影響があるはずである。

最後に、モデル化したコストオフセットは、固定費やシステムの硬直性、および生産の'lumpiness（変動）'のため、実際の経済的節約を必ずしも示したものではない。これらの点は、今後研究する必要のある問題点である。

表1 2002/2003年の行為障害のコストとコスト増分。オーストラリアの貨幣単位

表2 閾値解析 (横断的)

表3 閾値解析 (コホート)

a Total は防止できた症例数を示す。

b Cost-savings とは、有病率が低減することで防止できた行為障害にかかるコストのこと。

c Net benefit は、Triple P のコストを、Cost-savings から引くことで求められる。この値が正であれば、Triple P は消費するリソースよりも多くリソースを節約することを意味する。

d ICER とは、incremental cost-effectiveness ratio のことで、以下の式で求められる：

$(\text{Triple P のコスト} - \text{コスト節約}) / \text{防止できた症例数}$ 。Dominant とは、介入コストが、比較症例よりも少なく、ベネフィット (回避できる症例で定義) があることを意味している。

Table 1. Costs and incremental costs of conduct disorder presented in 2002/2003, Australian values

	No problems A\$			Conduct disorder A\$		
	All	Females	Males	All	Females	Males
Education	\$3389	\$2488	\$4160	\$28041	\$16277	\$29722
Health	\$555	\$492	\$607	\$4894	\$2234	\$5274
Foster/residential care	\$2966	\$0	\$5508	\$17184	\$0	\$19641
Relationships	\$218	\$274	\$169	\$142	\$0	\$164
Benefits	\$3843	\$1845	\$5553	\$6364	\$0	\$7274
Crime	\$5710	\$119	\$10503	\$100722	\$0	\$115111
Total	\$16681	\$5218	\$26499	\$157348	\$18510	\$177186
Incremental costs (determined by subtracting costs of reference group from no problem group)						
Education	N/A	N/A	N/A	\$24652	\$13789	\$25562
Health	N/A	N/A	N/A	\$4339	\$1742	\$4667
Foster/residential care	N/A	N/A	N/A	\$14218	\$0	\$14133
Relationships	N/A	N/A	N/A	-\$76	-\$274	-\$4
Benefits	N/A	N/A	N/A	\$2521	-\$1845	\$1721
Crime	N/A	N/A	N/A	\$95012	-\$119	\$104608
Total	N/A	N/A	N/A	\$140667	\$13292	\$150687

Source: Scott et al. [2].

Table 2 價格變更分析

% reduction in prevalence	No of cases	Potential cost savings
48%	6543	\$683, 000, 000
26%	9311	\$370, 000, 000
25%	9437	\$360, 000, 000
22%	9814	\$313, 000, 000
20%	10066	\$290, 000, 000
15%	10695	\$210, 000, 000
10%	11324	\$140, 000, 000
5%	11953	\$71, 000, 000
4%	12079	\$57, 000, 000
3%	12205	\$43, 000, 000
2%	12331	\$29, 000, 000
1%	12457	\$14, 000, 000

Table 3. Threshold analysis (cohort)

Reduction in prevalence	Total ^a	Discounted 6% (2002/2003 A\$)		ICER ^d	Total ^a	Undiscounted		ICER ^d
		Cost-savings (A\$) ^b	Net benefit (costs) ^c			Cost-savings (A\$) ^b	Net benefit (costs) ^c	
48%	759	72100000	62500000	-82500	805	91000000	80500000	Dominant
25%	395	37600000	28000000	-71000	419	47400000	36800000	Dominant
20%	316	30000000	20500000	-65000	335	38000000	27300000	Dominant
15%	237	22500000	13000000	-55000	252	28500000	17900000	Dominant
10%	158	15000000	5500000	-34500	168	19000000	8400000	Dominant
8%	126	12000000	2500000	-19500	134	15200000	4600000	Dominant
7%	111	10500000	1000000	-8500	117	13300000	2700000	Dominant
6%	95	9000000	-500000	6000	101	11400000	800000	Dominant
5%	79	7500000	-2000000	26000	84	9500000	-1100000	13500
4%	49	6000000	-3600000	56500	67	7600000	-3000000	45000
3%	37	4500000	-5100000	107000	50	5700000	-4800000	97500
2%	32	3000000	-6600000	208000	34	3800000	-6800000	203000
1%	16	1500000	-8100000	511000	17	1900000	-8700000	519000

^aTotal refers to the number of cases averted; ^bCost-savings refers to the costs of conduct disorder averted by reducing prevalence; ^cNet benefit is derived by subtracting the costs of Triple P from the cost-savings. A positive number means that Triple P saves more resources than what it consumes; ^dICER stands for incremental cost-effectiveness ratio and is determined by the following equation: (costs of Triple P - cost-savings)/numbers of cases averted. Dominant refers to the fact that the intervention costs less than the comparator case and has extra benefits (defined as cases averted).

小児虐待の住民ベースの予防

U.S. Triple P System Population Trial

Ronald J. Prinz & Matthew R. Sanders & Cheri J. Shapiro & Daniel J. Whitaker & John
R. Lutzker

アブストラクト 小児虐待を予防するには、公衆衛生によるアプローチが必要である。U.S. Triple P System Population Trialで18の郡にTriple P-Positive Parenting Programシステムを普及させるか、通常のサービス（対照）を実施するかをいずれかに無作為に割り付けた。Triple P-Positive Parenting Programシステムの普及では、既存のスタッフ（600名以上のサービス提供者）に対するTriple P専門トレーニングおよび、一般に対するメディアやコミュニケーション戦略をとった。substantiated child maltreatment（実体的小児虐待）と、child out-of home placements（小児の家庭外保護）、child maltreatment injuries（小児虐待による外傷）の3項目の独立に得た人口指標に大きな効果が認められた。この研究は、地域を無作為に割り付け、エビデンスベースの子育て介入を用いることで、住民レベルで小児虐待に対して予防的効果があることを示した最初の研究である。

キーワード：小児虐待・子育て・住民介入・普及

小児虐待(CM)が米国その他の国で重大な公衆衛生上の問題であることには疑う余地がない。2005年に米国では、小児虐待や放置の申し立てが330万件あり、およそ89万9千人の小児が、実体的な小児虐待あるいは放置の被害者となっていた(U.S. Department of Health & Human Services 2007)。CMは社会に多大な負担を課すことになる。CMがあると、行政サ

ービスや行政システム（例、小児保護サービス、里子サービス、司法システム）や、小児の治療サービス（例、医療、精神医療、教育）の利用コストが増加し、長期に及ぼす影響が生じ（例、成人での精神および健康の障害）、次世代にも犠牲者が生じることになる。CMのコストとその結果に関しては不明確な点が多いが、Prevent Child Abuse Americaでは、米国での小児虐待および放置にかかるコストを、2001年の時点で940億ドルと推定している(Fromm 2001)。この数字は、小児虐待および放置の公的な報告を基にしており、表面化していない虐待にかかるコストを考慮に入れていないので、過少推定しているものと思われる。

実体化CMの公式な発生率、および、虐待と申し立てられた割合についてできども、子育ての問題および小児への危害全体の氷山のほんの一角であると思われる。なぜなら：(a) 虐待や放置の子育てエピソードの多くは、小児保護サービスに報告されなかったり、調査されないと考えられ(Sedlak and Broadhurst 1996)、(b) 威圧的な（厳しい）子育てや不十分な子育ての多くは、公的機関に報告するレベルではないであろうが、小児の発達に悪影響を及ぼす可能性が十分に高いからである。例えば、Theodore et al. (2005)は、カロライナ州で実施した疫学研究で、匿名電話調査で母親から報告された肉体的虐待の例は、公的に、小児の肉体的虐待と報告されている割合よりも40倍高いことを見いだした。Theodore et al. はまた、体罰によるしつけを行っている割合は、低所得世帯と高所得世帯の間で有意差がないことも見いだした。これは、問題のある子育ては、貧困世帯にのみ起こる、あるいは貧困世帯に多く生じるという従来の考え方とは大きく異なるものである。

明らかに、CMならびに関連する不適切な子育てパターンは、公衆衛生の重大な問題であり、問題ある子育てを行う住民の割合を低減させるため、強い予防策をとる必要がある。今日まで行われてきたCM予防の分野では、prevalence（問題ある子育ての割合）を低減さ

せることに重点を置いていなかった。これまでの研究は、主に、小児虐待を行っている親の治療 (Skowron and Reinemann 2005; Timmer et al. 2005)、小児虐待を行っている親の常習性を防ぐこと (Chaffin et al. 2004; Gershater-Molko et al. 2002; Harder 2005; MacMillan et al. 2005)、あるいは、虐待のリスクの高い一部の家族に高強度のサービスを提供すること (Cicchetti et al. 2006; Duggan et al. 2004; Fergusson et al. 2005; Rodrigo et al. 2006) であった。介入アプローチの中には、親の特定の臨床サンプルもしくは高リスクサンプルで肯定的な効果を有することが実証されたものもあった (Olds et al. 2007; Prinz 2007)。しかし、小児虐待に関して、いくつかの条件に地域を無作為に割り付け、子育て介入の予防効果を住民レベルで調べた研究は、これまでになされていない。

ほとんどの親は、日常的な行動問題に対処することに対する子育ての支援を一度も受けたことがなく、子育て介入の社会的学習に効果があることを示す強いエビデンスがあるにも関わらず (McMahon 1999; Prinz and Dumas 2004; Prinz and Jones 2003; Taylor and Biglan 1998)、エビデンスベースの子育てプログラムを受けた親は少ない (Sanders et al. 1999)。エビデンスベースの子育てプログラムを受けることによりベネフィットを得る家族が少なければ、人口全体での親や子供に問題のある結果が生じる割合を低減させる子育て指導プログラムの効果は低減され、プログラムの効果を実証されていてもその価値は少なくなる (Biglan and Metzler 1998)。従って、経験に支えられる子育て情報を親に伝えるより広い戦略が必要である (Sanders and Turner 2002)。

エビデンスベースの子育てプログラムを広く住民に普及させることが困難であることに対処するためには、子育てを改善させる公衆衛生的アプローチが必要である。コミュニティー内で威圧的な子育てを行っている割合を低減させるには、住民の多くに、効果的な

子育て戦略が普及する必要がある(Biglan 1995)。従って、住民ベースのアプローチの重要な前提は、子育て介入戦略が、コミュニティ内により広くアクセス可能になるはずであるという点である。この目標を達成するため、様々なフォーマット、提供方法、提供者の訓練、およびアクセスポイントを創り出す必要がある。

子育てに対する公衆衛生的アプローチの数少ない実例一つが、Sandersら(Sanders 1999; Sanders et al. 2002)が開発したTriple Pシステムである。Triple P-Positive Parenting Programは、子育てと家族サポートの包括的住民レベルシステムとしてデザインされている。このマルチレベルシステムには、5段階の介入レベルがあり、次第に介入強度を高め、介入する集団を狭めている。このシステムは、子育て能力を高め、障害のある子育てを予防あるいは改善させ、小児虐待および小児の行動障害や感情障害の家族因子の重要なものを低減させるようデザインされている。Society for Prevention Research (2001)が発表した、普及のためのエビデンス判定基準を以下のように満たしている：有効性と効果を示す強いエビデンスがあり；専門的に開発した素材、ならびに、サービス提供者に対する標準化されたトレーニングや認定プロセスを含むスケーラビリティがあり；プログラムのコスト効果に関する明確で容易に入手可能なコスト情報があり（例、Mihalopoulos et al. 2007）；サービス提供者が使える評価ツールがあり；プログラムの持続性および品質保証を促進するのに必要な条件が特定されている（例、Turner and Sanders 2006）。

Triple Pのエビデンスベースは広範に及んでいる。Triple Pの様々なコンポーネントが、一連の対照付き評価を受けており、観察された小児の行動障害および親が報告した小児の行動障害、子育て法、親の調節能力にポジティブな効果があることが、様々な試験実施地域、試験実施者、家族の測定、文化、国の違いを超えて一貫して示されている。現在

まで、Triple Pを支える実体的なエビデンスとしては、効果、有効性、普及について調べた43件の対照つき試験ならびに、22件のサービススペースのフィールド評価がある（例、Morawska and Sanders 2006; Plant and Sanders 2007; Sanders 1999; Sanders et al. 2002, 2004, 2007a, b; Turner and Sanders 2006）。対照付きアウトカム評価研究の結果を統合すると、様々な集団で、様々なレベルの介入と供給方法にベネフィットがあることを実証する多くのエビデンスが得られている（Sanders 2008参照）。この研究プログラムで、多くの住民や問題領域で良好なアウトカムが生じることが示されてきており、どの研究でも子育ての質が一貫して向上している（例、Bor et al. 2002; Sanders et al. 2000; Sanders and McFarland 2000）。Triple Pは、普遍的な住民全体に対する戦略として評価されており、子育て能力を高め、ハイリスク近隣者の就学前の子供での行為障害の有病率が低減することが実証され（Zubrick et al. 2005）、また、複数レベルのTriple Pを実施することで、威圧的な子育てを行う親が低減したことが示されている（Sanders et al. 2008）。いくつかの有効性評価研究や普及研究が、Triple Pに関して実施されており、多数の状況に可搬性があり広く利用可能であることが実証された（Sanders et al. 2003a, b; Turner and Sanders 2006; Zubrick et al. 2005）。さらに異なる文化的背景でTriple Pを実施する研究が独立に行われている（Bodenmann et al. 2008; Cann et al. 2003; Crisante and Ng 2003; Dean et al. 2003; Gallart and Matthey 2005; Heinrichs et al. 2005, 2006a, b, c; Leung et al. 2003; Rogers et al. 2003; Turner et al. 2007）。

Triple Pは、広く効率的に普及できるよう具体的な方法でデザインされている。家族のそれぞれ異なるニーズにマッチする段階的レベルの介入は、公衆衛生の必要最小限の原則（すなわち、当面の問題を解決し、将来の問題を予防するのに最小レベルの介入を行う

こと)で良好に機能している。普遍的ツールとしてメディアを活用するのも、公衆衛生の原則にマッチした特徴である。

Triple Pシステムでは、メディアおよびコミュニケーション戦略を精巧かつ戦略的に後半に活用しており、それにより、子育て体験で困難なことが生じることが清浄なことであると認め、子育てに関して、親が社会的に阻害されているという印象を解きほぐし、支援を得ることにスティグマが生じないようにし、子育て情報を親に直接伝達し、子育てに関するコミュニティーコンテクストを変えようとしている(Sanders 1999; Sanders and Turner 2002)。

公衆衛生戦略とTriple Pのエビデンスベースをもとに、Prinz and Sanders (2007a, b)はU.S. Triple P System Population Trial (TPSPT)を立ち上げ、Triple Pシステムを実施することで、住民レベルでのCMのprevalenceをどの程度低減できるか検証することにした。この試験は、以下に示す概念的枠組みに基づくものであった：

1. 公式に発表されているCMの割合は、問題の大きさを大きく過少推定している。虐待につながりやすい子育てをしている親が住民の中には多くいる。つまり、予防的介入を行うには広範な戦略が必要である。
2. 実体的なCMあるいはそれに至る可能性のある家庭の数を減らす予防的アプローチが必要である。
3. Triple Pは、子育てを強化する住民ベースのアプローチを提供する。子育てを改善させ、小児の問題を低減させるのにTriple Pの様々な側面が有効であることを示すエビデンスがあることに加え、Sanders et al. (2008)は最近、集団に対して複数レベルのTriple Pを同時に実施することで、威圧的子育てをいかに減らせるかを示した。

4. Triple Pが妥当であることを示すエビデンスが多数出現しているが、新しい分野でありTriple Pなどの子育て介入での住民ベースのアプローチが、小児虐待の集団レベルの指標に対して予防的効果を有するかを調べる必要がある。

この住民レベルの試験では、地域単位（すなわち、郡）をそれぞれの条件に無作為に割り付け、人口統計および小児虐待変数をマッチさせ、小児虐待に関連する人口指標（すなわち、substantiated child maltreatment（実体的小児虐待）の割合と、child out-of-home placements（小児の家庭外保護）、小児虐待による外傷のため、小児が入院および救急救命室を利用した割合）に対して、既存のスタッフでTriple Pを実施した影響について評価する。個人レベルでの予防効果を評価する臨床試験とは異なり、集団試験では、地域全体の割合を一つにまとめて評価する。必要上、この集団試験では、広い影響を調べることを優先し、それぞれの家族の臨床評価に内包する測定や方法的な精密さについてはあきらめる。しかし、個別の家族に対するTriple Pの影響については、多くの対照付き有効性評価試験ですでに詳しく調べられている。

集団レベルの測定が可能で、数年間にわたる期間にわたって使えるCM関連指標は極めて少ない。本集団試験に選択した人口指標は、以下のいくつかの判定基準を満たした：(1) 全ての郡で標準化され、中央のデータベースに登録される；(2) CM（実体化CMケース；CM外傷）あるいはそれによる直近の結果（小児の家庭外保護）が測定されている；(3) 人的、金銭的コストが大きい；(4) 集団試験で予防介入の普及に関与していないスタッフが記録する。報告されたCMでは実体化CMのほうを測定尺度として用いた。実体化CMは、評価や研究を超えて、現実にコストのかかる結果を伴うからである。本研究のために選んだ3つの指標は、それぞれ3つの別のシステムから得られるものであるということによる利点もあ

り（すなわち、小児保護サービス、里親システム、病院）、予防効果について、比較的独立した確認と記録が可能となる。

方法

デザイン

U. S. TPSPTでは合衆国南西部のある州の中規模の18郡を、郡の人口数、貧困率、小児虐待率をコントロールして、層化無作為割り付けした。介入条件は以下の2つであった：(1) Triple System、コアTripleシステムを既存のスタッフで実施する；(2) Control、従来のサービスを行い、Triple Pは採用しない。この試験デザインでのCMの予防を、3つの人口指標で規定し（測定のセクション参照）、2年間の介入を行った後に、介入前のレベルを調節して評価した。無作為割り付け前、割り付け後デザインには十分な数のサービス提供者のトレーニングを、参加した郡で実施し、それらのサービス提供者が多くの家族に予防介入を提供するのに十分な時間と思われる2年間の期間が組み込まれている。郡の層化無作為割り付けを行うのに、3つのコントロール変数を用いたのは、人口サイズ（家族に提供できるサービスの内容に関係している可能性がある）；貧困率（介入が成功するが貧困では困難になると思われる）；ならびに小児虐待率（関心アウトカムに関係する）の点で、初期段階での条件の違いをできるだけ少なくするように意図したものであった。

参加者

郡 TPSPTに選択した18の郡は全て、人口が50,000-175,000人で、集団試験を開始した時点でTriple Pを実施した経験はいずれの郡にもなかった。コミュニティや組織の参加に

対する従順さで郡を選択したものではなく、サービス提供者や組織の採用は、郡の無作為割り付けを実施した後に行った。人口サイズが郡を選択する主な因子であり、人口が少なすぎて、予防介入を実施することや効果を検出するのが困難な郡を除外し、一方で、ばらつきが大きすぎる大規模な郡も除外して、ほぼ同等のサイズの郡を選んだ。郡は、辺地から半市街地まで及んだ。より広いコンテキストでは、これらの郡の行政機関はサービスでは、過去数年間に相当の予算カットを受けてきた。複数の専門領域や機関が標的集団（すなわち、家族）に対してサービスを行ったが、サービスはしばしばつながりがなく、紹介経路が十分に機能しておらず、サービス提供者は、時に相反するアプローチに頼っている場合があった。参加した郡には、エビデンスベースの子育てプログラムを実施した経験がほとんどあるいは全くないように思われた。

家族 本試験では、18郡の関係集団は、8歳未満の子供を1人以上持つ全ての家族であった（しかし、これは集団レベルの試験であるので、試験に公式に参加した家族はなかった）。

Triple P Systemを実施した郡では、毎年およそ85,000家族に相当する。CMに対する予防効果を調べるターゲット年齢として、8歳までを選んだのは、イニシアチブの資金提供者（CDC）が、CMのリスクが最も高い期間であるとしているからである。しかし、予防効果を判断するターゲット年齢を別にすると、サービス提供者にはTriple Pが本来有しているより広い範囲（出生から12歳まで）についてのトレーニングを行い、サービスを行う家族の点で、ターゲット年齢を超えて提供している（例、5-12歳）サービス提供者は、業務の中でTriple Pがより広く使えることを認識するであろうことは注意すべき点である。

サービス提供者 Triple Pシステムを住民ベースに普及する重要な側面は、様々な専門領域や状況のサービス提供者が広く参加し、トレーニングを受け支援を受けることである。これには以下のものを含む：家族支援サービス（郡保健所、精神衛生センター、学校に所属するソーシャルワーカーやセラピスト）、ソーシャルサービス（家族サービス、ソーシャルワーカー）、プレスクールおよび児童養護（責任者、教員）、小学校（親に対する教育者、ガイダンスカウンセラー、幼稚園の教員）、非政府組織（例、若年期NGO、小児虐待予防NGO）、民間プラクティショナー、病院（一次医療提供者）その他、親や家族に直接接するコミュニティー関係者。本報告に関係する2年間の介入期間に、649のサービス提供者が、Triple P専門トレーニングコースに参加した。人口統計的には、提供者の91.7%が女性であり、57.0%がヨーロッパ系アメリカ人（ヒスパニック以外）、38.3%がアフリカ系アメリカ人、1.3%がヒスパニック、3.4%がその他の民族／人種グループに属し、平均年齢44.5歳(SD=14.1)であった。提供者のほとんど(81%)は、Triple Pトレーニングを受ける前に5年以上、親に対するカウンセリングに従事しており、59%には10年以上の経験があった。

子育て介入のシステム

Sandersらがクイーンズランド大学で開発したTriple P-Positive Parenting Programは、出生から12歳までの子供を一人以上もつ家族向けにデザインしたマルチレベル予防介入システムである（コアプログラム）。Triple Pの全てのプログラムレベルには、慎重に作成した介入マニュアル、サービス提供者／プラクティショナーへの体系的なトレーニング法、および親への総合的な素材（ビデオ、ワークブック、ヒントシート）が整備されている。

マルチレベルTriple Pシステム全体で発動され、社会的能力を高め、小児の感情の自己制御を促進するポジティブ子育ての5つのコア原則とは、以下のものである：(1)安全で関わり合いのある環境を担保する、(2)ポジティブラーニングの環境を促進する、(3)はっきりした規律を用いる、(4)適切な期待を持たせるようにし、(5)親として自身のことに対処する。小児の様々な行動、感情、発達上の問題に対して、親がこれらのスキルをどのように応用するか学習することに重点が置かれ、そのような問題は、一般的な子育ての問題（例、トイレしつけ、食事中の行動、就寝、人前での行動）から、より重大な問題（例、小児の攻撃的行動、恐怖、不安、ADHD障害）まで及ぶ。5項目のポジティブ子育て原則は、35項目の具体的戦略と子育てスキルに翻訳され、それらはいくつかの大カテゴリーに分類される：(a)親子関係の強化；(b)望ましい行動の症例；(c)新しいスキルと行動の教育；(d)間違った行動に対する対処；(e)高リスクの状況での問題予防；(f)自己制御スキル；(g)親の気分管理およびコーピングスキル；(h)パートナーサポートとコミュニケーションスキル。Triple Pでは、親の目標設定と自己制御を促進する発達状況に合わせたメニューオプションを提供する。子供、親の目標、家庭状況に関連するテクニックや戦略をどのように応用したら良いかを親は学習する。

Universal Triple P（レベル1） Triple P介入のUniversal（レベル1）ファセットでは、ポジティブ子育てに関係する情報をメディアに提供したり情報提供したりする戦略を実施する。これらの戦略は、子育てと家族サポートのスティグマを除去し、全ての親が容易にアクセス可能な有効な子育て戦略を示し、より強度の介入を必要とする親が支援を求め、自己制御することを促進するよう意図したものである。Universal Triple Pには、ラジオ、地方新聞、学校のニューズレター、家庭への郵便物送付、コミュニティイベントへの参

加、およびウェブサイト情報の活用が含まれる。地方新聞の活用には、3つの形態をとる：

(1) ポジティブ子育てに関する文章。親に関心の高い具体的トピックスについてSandersが執筆したもの；(2) Triple P活動と関係するヒューマニティーに関する話題に関する地方でのプレス発表；(3) パブリシティーチームが関係を構築したレポーターによるストーリー。TPSPTでは、Control郡と重なるようなメディア露出（例、テレビ）やコミュニケーション戦略を避けた。

Selected Triple P（レベル2） Selected Triple Pプログラムは多くの親が使え、子育てを正常化する介入を意図している。Selected Triple Pには、(1) 個別の親への短時間で柔軟性の高いコンサルテーションと、(2) 多数の親の参加する子育てセミナーの2つの提供形態がある。短時間で柔軟性の高いコンサルテーションでは、1回もしくは2回のコンサルテーション（それぞれ20分間）を行い、

比較的軽微で、かなりはっきりした問題行動があり、より強いレベルの介入を必要としない親向けにデザインされている。しかし、自身の子育て行動を意識し始めているが、子供の行動に関する情報や支援を求めるといふ文脈の中にいる親を支援するのに有用で親に恐怖心を抱かせない戦略でもある。介入は良好な子育て、デイケアおよびプレスクールのコンテキストの中で提供できるし、家族を定期的に支援しているその他のサービス提供者や専門家と親がルーチン的に接触しているその他の状況でも提供できる。Selected Triple Pは、一種の先行的な発達ガイダンスと見ることができる。Triple P Seminar Series と呼ばれているSelected Triple Pの子育てセミナーは、大人数の親に提供するようデザインされた3回のセミナーセッションからなる。このセミナーシリーズは、The Power of Positive Parenting（ポジティブ子育ての力）；Raising Confident, Competent Children

(自信を持つ立派な子供に育てる) ; Raising Resilient Children (回復力のある子供に育てる) の3つのトピックからなる。これら3つのセミナーはそれぞれ独立しており、親はそのうちの全てを聴講しても良いし、一部を聴講しても良く、それでも効果が得られるものとなっている。セミナーはTriple Pへの関心を高めるために用いられ、親に対して簡単で有用なセッションとなるようにもなっている。それぞれのセミナーは、発表、質疑応答、子育てヒント集の配布がなされ、セッションの終わりには、プラクテが個別の質問や更なる支援の要求に対して対処できるようになっている。

Primary Care Triple P (レベル3) Primary Care Triple PはSelected Triple P同様、重大な行動管理障害や重大な家族の機能障害が合併していない離散的な小児の問題行動に対処するのに適している。大きな違いは、推奨する子育て戦略を実施するのに積極的なスキルトレーニングを必要としているに対して、アドバイスと情報提供を行うことに加えて、スキルトレーニングを行うことである。このプログラムレベルは、一般的な子供の行動問題や子育ての問題を抱えた、幼児から就学前の子供を持つ親に特に適している。レベル3では、4回(20分)からなる短いコンサルテーションを行い、スキルトレーニングを行い、思春期前の小児に一般的な発達問題や行動問題をカバーする子育てヒント集を選択的にもしいる。短時間で柔軟性の高いコンサルテーションには、ターゲット以外の行動や家族内の他の子供に対して、得た知識とスキルをどのように応用するかについて親に教育するための一般化強化戦略も組み込まれている。

Standard and Group Triple P (レベル4) レベル4プログラムは、問題が検出されるが、行動障害の診断基準を満たすか満たさないか不明の小児と、子育て問題に苦勞している親

に効果がある。親は、様々な子供管理スキルを学び、これらのスキルを家庭やコミュニティでどう活用したら良いかについて学ぶ。レベル4では、スキルトレーニングと支援に関する情報提供を組み合わせる用い、また、家庭やコミュニティで、対象小児とその兄弟姉妹に対して広い範囲のターゲット行動に、その得たスキルを応用する方法についても親に教育する。TPSPTでは、Level 4 Triple Pの以下に示す2つの異なる方法を採用した：

(1) Standard：個別の家族との10回のセッションによるプログラム（1回のセッションは最長90分間）。スキルトレーニング法を活用し、また、家庭訪問やクリニックでの観察セッション（1回40-60分）も活用する；(2) Group：スキルトレーニング法に関する8回のセッションからなるグループトレーニング。各2時間の5回に及ぶグループセッションで、観察やディスカッション、実践、フィードバックを通じて、親に学習する機会を与え；3回の15-30分のフォローアップ電話セッションで、グループセッションで学んだことを実践する親に対してさらなるサポートを与える。

Enhanced Triple P（レベル5） Enhanced Triple Pは、その他の危険因子があり、介入で対処する必要があると考えられる家族に対してStandard（レベル4）Triple Pを強化したもの（オプション）である。多くの家族は、Standard Triple Pで、Enhanced Triple Pまで拡張しなくても十分なベネフィットが得られる。Enhanced Triple Pには、親のためのパートナーコミュニケーションや気分管理、ストレスに対するコーピングスキルに関するオプション介入モジュールが含まれており、親子関係に関する追加実践セッションもある。

サービス提供者の採用とトレーニング