

郡をサービス条件に割り付けた後、9つのTriple P System対象郡でサービス提供者と提供期間の採用を行った。家族に対するサービスを提供している多くの状況を通じて、サービス提供者にTriple P専門トレーニングに参加するよう採用した。普及スタッフが、州と地方(郡)レベルの両方で、教育や集学準備、子育て、精神衛生、ソーシャルサービス、および医療などの多様な提供システムの代表者を含む、幼児を持つ親に対する支援サービスを行っている関係者を特定し接触した。普及スタッフは、関係グループや組織にTriple P介入システムを紹介し、それぞれの組織と協力して、トレーニングニーズや、親に対するコンサルテーションサービスの提供能力について検討した(Shapiro, Prinz and Sanders 2008に詳しく記載)。サービス提供者や組織の候補とのコミュニケーション内容には、Triple Pを既存の活動に取り込んで、多数の家族にサービスをどのように行うかについてのディスカッションを含めた。Triple P System対象郡で家族にサービスを行っているサービス提供者を、トレーニングコースに招待し、他の郡(Control郡を含む)のサービス提供者には、トレーニングへの参加を認めなかった。

Triple Pシステムには、世界中で使われTPSPTで採用した標準化したトレーニングと品質向上プロトコルがある。経験を積んだトレーナーが提供するTriple P専門トレーニングコースでは、複数日のトレーニングプログラムへの参加(2,3日、コースレベルによる)、介入材料の強化self-review、1日セッションでのコンピタシー実習ならびにフィードバック、および認定要件の完了が含まれていた。トレーニングプロセスでは、講義、トレーナーによるモデリング、スキルのビデオ実例、アクティブスキル実践の少人数実践および重要な問題点のグループディスカッションを含めた。Triple P専門トレーニングについての詳細は、別の論文にある(Sanders et al. 2003a, b; Shapiro et al. 2008)。

測定

Triple Pに対する一般の関心 介入前と介入後に家庭に対して無作為電話調査を行って、2つのタイプの郡でのTriple Pに対する一般の関心の増加について調べた。調査は、子供のいる家庭データベースを使った無作為電話発信法に基づくものであった。2回の調査の回答率は、それぞれ42.6%と49.7%であった。8歳未満の子供を一人以上、自身が主に養育していることがわかった回答者に、Triple Pを含むいくつかの子育てプログラムのリストそれぞれについて、聞いたことがあるかどうかについて訪ねた（リストによる問い合わせの順番は、回答スアにより、ローテートさせた）。Triple P System実施郡の回答者数は、介入前は1,794人、介入後は1,854人であり、Control郡ではそれぞれ1,836人と1,826人であった。

Triple Pに参加した推定世帯数 Triple Pのトレーニングを受けたサービス提供者がフォローアップ電話面接を行った件数を用いて、プログラムを提供した世帯数を推定した。Triple P専門トレーニングに参加してから6ヶ月後に、サービス提供者と連絡をとり、(a) 直近の4ヶ月間、および(b) Triple Pに参加してから現在までの期間にTriple Pのサービスを行った世帯数について問い合わせた。これら4つのインタビューの回答結果を年間の数値に変換し、サービス提供者がTriple Pプログラムに参加させた世帯数の上限と下限とした。これらの推定値は、およその推定と考えた。一方では、あるサービス提供者のプログラム実施が一定の割合で行われると推定しているため過大推定している可能性があり、一方では、実際の介入期間は24ヶ月であるのに、12ヶ月のデータに換算しているため、過少推定している可能性もある。

集団アウトカム指標 CMに関連した3項目の集団指標を、本研究のアウトカム評価変数とし、州の運営部門に登録された独立のデータ収集システムからデータを得た。第一の指標は、小児保護サービススタッフが記録した実体化CMであった。これらのデータは重複することはない、1年間に同じCMケースを複数回カウントすることはなかった。第二のデータは、里親ケアシステムが記録した小児の家庭外保護件数であった。第三のデータは、CM外傷による小児の入院ならびに救急救命室の受診回数であった。これは、小児保護サービスが関与しているかどうかに関わらず、病院では、州に報告する義務があり、それに従って医療スタッフが記録したものであった。3種の集団指標は全て、8歳未満の小児1,000例あたりの年間率に換算した。

結果

参加した郡の介入前人口統計特性

2種の郡を、介入前の人口統計特性の点で比較した。介入前には、Triple P System実施群は、郡の人口、貧困者の割合、ならびに人種構成の点でControl郡と有意に異なっておらず ($\alpha=0.10$)、表1に示すように極めて良く似ていた。介入前の3種のアウトカム指標（試験前の5年間の平均値として計算）したのも、2つの郡で異なっていなかった（表1）。

実施

既存スタッフのTriple Pトレーニング 普及の最初の2年間に、Triple P System実施郡の合計649のサービス提供者が、69件回のTriple P System専門トレーニングコースで、トレーニングを受けた。Triple Pのトレーニングを受けたサービス提供者の専門領域および雇用形態別の内訳が表2に示してあり、多様な専門分野の人々がトレーニングを受けたこと

を反映している。表2には、Triple Pトレーニングを受けたサービス提供者が勤務している状況の内訳についても示してある。Triple Pのレベルに関しては、63.9%がLevels 2/3 Triple Pトレーニングのみを受け、36.1%がLevel 4 Triple P以上のトレーニングを受けた。後者のトレーニングを受けたサービス提供者の約1/3は、Levels 2/3 Triple Pのトレーニングも受け、より柔軟にプログラムを実施することが可能となった。9つのTriple Pシステム実施群でのサービス提供者の分布に関しては、1郡あたりのTriple Pのトレーニングを受けたサービス提供者は、人口5万人あたり38.8人であり(SD= 14.8)、20.9人から60.0人までのばらつきがあった。Levels 2/3 Triple Pについては、人口5万人あたり25.4人(SD=13.7)、Level 4以上のTriple Pについては13.4人(SD=7.9)であった。

メディアおよびコミュニケーション 2年間の介入期間中にTriple P System実施郡内に広くUniversal (Level 1) Triple Pを普及させた。実施回数を、それぞれのメディアおよびコミュニケーション媒体別にまとめた。

Triple Pに対する一般の関心 介入を2年間実施した後、Triple P System実施郡の家庭を無作為に抽出して調査したところ、Triple Pに関心のある世帯の割合(Mean=17.1%, SD=3.5)が、Control郡(Mean=5.5%, SD=2.7)と比較して有意に高かった $t(16)=7.86$, $p<.0001$ 。この観察結果と合致して、Triple P System実施郡ではTriple Pに関心を持つ世帯の割合が、平均4.8% (SD=1.6)から17.1% (SD=3.5)へと有意に上昇したのに対し $t(8)=9.24$, $p<.0001$ 、Control郡では、4.5% (SD=1.5)から5.5% (SD=2.7); $t(8)=0.95$, ns へと有意な変化を示さなかった。

世帯参加に関する推定 Triple Pトレーニングを受けたサービス提供者とのフォローアップ電話面接によると、Triple P System実施郡では、8,883ないし13,560世帯がTriple Pに参加したと推定された（すなわち、9郡の合計で、郡のトレーニングを受けたサービス提供者の分布をおおよそ反映している）。これらの世帯の中で71%–75%がLevels 2/3 Triple Pを受けたと報告されており、残りはLevel 4 Triple P以上のサービスを受けた。

集団アウトカム

無作為割り付けを行った単位である郡が、3つのアウトカム指標である実体化CM、家庭外保護小児、およびCM外傷のため入院もしくは救急救命室を受診した割合を解析する単位となった。

予備解析 プライマリー介入前-介入後解析を行う前に、TPSPT実施前5年間の3つの集団指標の予備的解析を後ろ向きに実施し、2クラスターの郡に、試験前に何らかのトレンドや違いを示さないか明らかにした。

それぞれの集団指標を、時間（割り付け前の5年間）の繰り返し分散分析でCounty Cluster（2クラスター）で分析し、時間相互作用によるCounty Clusterに特に関心があった。3つの相互作用には明らかに有意性がなかった：実体化CM, $F(4, 13) = 0.22, p = 0.92$ ；家庭外保護 $F(4, 13) = 1.34, p = 0.31$ ；CM外傷小児 $F(4, 13) = 1.38, p = 0.30$ 。

プライマリー解析 それぞれの指標について、Triple P SystemとControlでの介入後の割合を比較し、介入開始直前の1年間の介入前の割合でコントロールした。表3に示されてい

るように、Triple P System実施郡では、実体化CM、小児の家庭外保護、およびCM外傷による入院もしくは救急救命室受診について、有意でポジティブな効果が認められた。Cohenのd値として計算したエフェクトサイズは、1.09-1.22であり、全てCohen (1988)によると、大きいないし極めて大きい効果である

追加解析 本試験の主要集団指標ではなかったが、CMの調査を、追加解析で調べた。一部の研究者が、実体化件数と調査件数の両方を評価すべきであると主張していたからである (Drake and Jonson-Reid 2000)。CM調査率に対して、ポジティブな異なる効果が見つかり、中等度のエフェクトサイズ $d=0.51$ であった (統計サンプリング単位が極めて少なかったため、有意水準には達していない) $t(16)=1.08$, $p=0.15$ (Triple P System実施郡：介入前の調査率18.08、介入後の調査率18.49；Control郡の介入前の調査率18.74、介入後の調査率21.91)。

考察

The U.S. Triple P System Population Trialは、われわれの知る限り、コミュニティーを試験条件に無作為に割り付け、エビデンスベースの子育て介入を予防戦略として採用し、CMの集団指標にポジティブな効果があることを実証したこの種の試験の中で最初に行われた試験である。3種の集団指標 (実体化CMケース、小児の家庭外保護、CM外傷) の予防効果は、ベースラインレベルを考慮に入れると、Triple P System実施郡とControl郡で異なっていた。

本試験のいくつかのデザインおよび実施側面が、観察された予防効果は、介入操作を行ったことによるものであるという主張を支持している。

郡の特性（人口サイズ、貧困レベル、小児虐待レベル）についてコントロールして郡を介入条件に無作為に割り付けたことにより、内部妥当性に対する危険から保護された。2つの無作為割り付けした郡のグループは、過去5年間の無作為割り付け前にわたって、従属変数が同程度であり、時間の相互作用で、非有意で無視できる郡クラスターであったことに反映されている。専門トレーニングによるTriple P System実施郡におけるプログラムの普及は、9つの郡全てに良好に分布しており、メディア／コミュニケーション戦略は後半に及び、詳しく記録されている。一般の関心はTriple P System実施郡で有意に増加したことが示されている。最後に、Triple Pの実施に関するフォローアップ電話面接で、サービス提供者は多数の世帯にTriple Pを実施したと報告していた（すなわち、8,883-13,560世帯に実施したと推定）。

予防効果は、その強さの程度はかなり堅固なものであった。3種の集団指標全てで大きな効果が示された。それらは、18単位の無作為化を行ったにも関わらず、統計的に有意なものであった。3つの指標はそれぞれ、独立に記録されたデータ源に由来するものであり、そのことから知見の堅固さが一層支持される。実体化CMは小児保護サービスワーカーが記録したものであり、小児家庭外保護は、里親ケアシステムで記録されたものであり、CM外傷は、病院の医療スタッフが記録したものである。興味深いことに、実体化CMについては、予防効果は、CMが相当に増加したことを示したControl郡と比較すると、CMの増加が低下したという形態をとっていたのに対し、小児の家庭外保護とCM外傷については、予防効果は、これらの指標がTriple P System実施郡で低下したことを反映していた。しかし、Control郡での実体化CMの増加は、TPSPTの対象とならなかった同じ州内の別の28郡での同様の増加を反映したものであり、予防的介入が、州全体で生じる増加傾向を打ち消したことを示唆している。

観察された効果が現実世界でどの程度の大きさを持つものかについては、データから求めることができる。8歳未満の小児が10万人いるあるコミュニティで、これらの効果は、CMのケースが688件減少し、家庭外保護が240件少なくなり、入院や救急救命室での治療が必要な外傷を生じる小児が60件少なくなることに相当するであろう。これらのデータはコスト-ベネフィット解析に向いているものであり、将来解析することを予定しており、この集団試験での普及に伴って生じたインフラストラクチャーにかかるコストに関して最近発表した論文の上に構築することになろう(Foster et al. 2008)。

本研究で得られた結果は、集団ベースのアプローチを使ったCMを予防するための大規模子育て介入を実施することが妥当であり、ベネフィットがあることを実証するものである。全てのレベルのTriple Pを実施するのに、スタッフ育成戦略の形をとり、多数の新たなサービス提供者を雇用するのではなく、既存のサービス提供者にエビデンスベースの介入法の利用法についてトレーニングを行った。トレーニングは短期間で(プログラムレベルによるが、通常は3-6日)、普及には、既存のサービスをそのまま続ける集学的なサービス提供者を活用し、親のアクセスポイントが多数形成された。

一つ生じる可能性のある疑問は、3種の集団指標の一つあるいは複数に報告の体系的なバイアスがあったのではないかという点である。実体化CMケースについては、小児保護サービスワーカーが用いる標準化されたシステムで報告されているものであり、TPSPTは、CMの調査を行うワーカーのトレーニングには関与しなかった。さらに、Triple Pのトレーニングを受けたサービス提供者の中で、ソーシャルサービスに雇用されているサービス提供者は3%未満であった。つまり、予防的介入は、ソーシャルサービス期間で大きな存在感を有していない。里親ケアシステムスタッフによる家庭外保護の報告は比較的是っきりしたデータである(すなわち、家庭外保護を行ったか、行わなかったか)。最後に、小児の

外傷に関する入院や救命救急救命室の受診に関する報告は、Triple Pトレーニングに参加していなかった医療スタッフが行ったものである。これら3種の集団指標全てに見られた効果が、報告者のバイアスによるものであるとは考えにくい。

今回得られた知見は、研究の問題点を考慮して解釈する必要がある。第一に、CMの prevalenceを測るのに用いた指標は、互いに独立したものであるが、比較的大まかな指標であり、有害な子育て法の真のprevalenceを過少推定している傾向がある。第二に、子育て介入に暴露されたことによる効果が、長期間維持されるかどうかを明らかにすることが重要である。しかし、Triple P介入モデルでは、子育て支援がコミュニティの親に利用できる限り、その効果は持続すると考えている。このアプローチは、子育てワクチン（一回の暴露で、集団が長期間保護される）のようなものではない。住民の転出転入があり、様々な年齢の子供を持つ親が、対象地域に転入してくるが、それらの家族はTriple Pに暴露していない。第三の注意点は、介入効果がControl郡に漏れ出た可能性があることである。Triple Pトレーニングを受けたサービス提供者が、Control郡に転居したり、Control郡に住んでいる家族が、介入郡でのサービスを受けたという可能性がある。メディアによる紹介が、Control郡に漏出することがないよう媒体については注意深く選択したが、実際にはControl郡に漏出した可能性がある。極めて重要なことに、漏出は、いずれもControl郡に漏出に介入効果があることに反対するような作用をしたであろうという点である。

従来の臨床試験ではなく、集団試験であることから、さらに問題が生じる。場所を条件に無作為割り付けする集団試験は、比較的新しく、CM予防の分野ではあまり使われていない試験デザインであり、大規模な臨床試験ではない。重点を置いているのは、広いスケールでのトレーニングと普及、ならびに集団レベルの指標に対する影響であり、サービス提供に関連するデータ（例、参加、介入の忠実さ）や、個別の家族レベルでの行動の変化

にあるのではない。この種のデータを収集しようとしなかったのには、実際の、方法論的、概念的な理由がある。実際の側面では、臨床試験と集団試験を同時に行うには、相当多いリソースが必要になったであろう。方法論的には、個別レベルのデータを収集する試みは、組織やサービス提供者、家族に対して出しゃばる傾向があったものと思われ、そのことが、抵抗を生じさせ、完全な普及の阻害となったものと考えられる。最後に、概念的観点から見ると、Triple Pに関するエビデンスから、Triple Pが有効であることについてはすでに確立しており（介入の忠実さと可搬性を含む）、集団試験を構築する妥当な基礎となっている。とは言え、予防的下介入のコンテキストの中への家族の関わるの程度を高める研究を実施する必要性が多分にある。

エフェクトサイズは、今回のような集団試験から、政策方針を導きだすのに重要である。しかし、集団レベルで観察されたエフェクトサイズを、個別レベルで実施した従来の試験で認められた個別の家族や小児でのエフェクトサイズと混同してはならないことは注意すべきである。本論文で報告している集団レベルでのエフェクトサイズは、適切に処置した郡（個人ではない）を分析単位としており、文献に報告されている他の集団レベルでの効果とのみ比較するようにすべきであり、個別レベルの効果と比較してはならない。同様に、個別レベルの試験で観察された効果は、集団レベルでの効果に匹敵する、あるいは、集団レベルでの効果を予測できるものでもないし、そのように考えるべきでもない。実際、それらの試験で得られたエフェクトサイズは、選択したサンプルではなく集団に適用するよう再校正を行うと、小さなサイズとなろう。政策の観点からは、集団レベルの効果が主に重要である(Nilsen 2005)。

集団試験は、子育て介入にもCMの領域にも新しいものである。集団試験の実施法と解釈法については、学ぶべき点が多数あり、prevalence指標に対する効果を維持あるいは増

強させるのに何が必要とされるかについては、さらに解明が必要である。この努力の中で見つかったものとしては以下のようなものがある：(1) コミュニティー内での他のプログラムや介入の出現を追跡する控えめであるが体系的な方法が必要である；(2) 集団にどのレベルのプログラムが浸透しているかを調べる方法が、集団指標に対するそれぞれのレベルの影響を調べるのに必要である；(3) プログラム提供の密度を追跡する控えめな戦略；(4) 親が家族にサービスを行っているコミュニティ内での既存の労働力の大きさを調べるサーベイランスが必要である。後者は、見かけよりはるかに難しいものである。TPSPTでは、様々な状況の様々なサービス提供者にプログラムを普及させたが、サービス提供者のマスターリストはなかった。郡内で免許取得している専門家の登録リストはある（例、有資格ソーシャルワーカーのリスト）。しかし、多くのソーシャルワーカーは、高齢者や終末期患者のような家族や子供以外の集団に対してサービスを行っている可能性があるため、このデータでは間違った情報を与える可能性が高い。加えて、Triple Pを提供できるサービス提供者の多くは、あまり伝統的でない状況で活動しており、多様な専門領域出身である。

この試験は、集団への普及に関するこの領域の理解を深める極めて良好な機会となった。そのため、この利権は、CM予防の一連の集団研究の嚆矢であり、そこから、今後数年間、多くのことを学ぶことができると考えるべきである。

様々な点を検討して、本研究は、エビデンスベースの子育て介入を行うことで、CMのような重大な社会問題に対して集団レベルでの予防効果を達成できることを示す有望な実証となっている。さらに、本研究で得られた知見は、公衆衛生の戦略の中に、CM予防と、子供や家族の福利増進を含めることが有用であるという考えを支持するものであり

表1 Triple P System実施群とControl郡の介入前の人口統計特性

特性	郡のクラスター		t-検定比較 t (df=16)	有意性
	Triple P System郡の平均(SD)	Control郡の平均(SD)		
郡の人口	96,054 (39,035)	99,216 (40,813)	0.17	NS ($p=0.87$)
貧困率	14.8 (2.8)	15.3 (3.0)	0.36	NS ($p=0.73$)
貧困小児 (~17歳) の割合	21.2 (4.5)	21.4 (4.1)	0.10	NS ($p=0.92$)
人種構成 (アフリカ系アメリカ人の割合)	31.4 (11.8)	30.8 (14.9)	0.11	NS ($p=0.92$)
無作為割り付け前の5年間の小児虐待率	10.82 (4.36)	11.40 (6.75)	0.22	NS ($p=0.83$)
無作為割り付け前の5年間の家庭外保護児童の割合	4.02 (1.59)	3.76 (1.91)	0.30	NS ($p=0.77$)
無作為割り付け前の5年間の小児虐待による外傷発生率	1.72 (0.66)	1.44 (0.53)	0.99	NS ($p=0.34$)

注： 小児虐待率、家庭外保護率、外傷率は、年間の8歳未満の小児1,000例あたりの値。小児虐待の外傷率は、入院と救急救命室の受診に關して報告されているデータに基づく。

表2 U.S. Triple P System Population Trialの実施変数

	パーセンテージ	数量
Triple Pのトレーニングを受けたサービス提供者		
サービス提供者のタイプ		
カウンセラー、セラピスト、ガイダンスカウンセラー	29.7%	
親教育者、ファミリーリテラシーワーカー	16.3%	
ソーシャルワーカー	15.5%	
児童養護スタッフ	10.5%	
看護師、看護プラクショナー	7.4%	
管理職	5.1%	
学校スタッフ（親教育者以外）	4.6%	
その他（例、司法関係、公務員、その他の医療スタッフ）	10.9%	
Triple P提供者の状況		
状況		
教育	24.9%	
非政府組織(NGO)および独立プラクショナー	23.5%	
精神医療および薬物乱用サービス	19.7%	
児童養護、プレスクール	16.2%	
医療	10.5%	
ソーシャルサービス	3.8%	
その他	1.4%	
Universal (Level 1) Triple P: メディア、コミュニケーション戦略		
メディア/コミュニケーションの媒体		
ポジティブ子育てに関する新聞論説		21
Triple P普及に関するプレス発表		185
Triple P普及に関する地方新聞の記事		63
親へのニューズレター		26,000
ラジオでのPR		37
コミュニティイベントでTriple Pを紹介		24

表3 Triple P System対Control条件での小児虐待に関連する集団アウトカム

	小児 (8歳未満) 1000人あたりの割合						有意差	エフエクトサイズ
	Triple P System実施 郡		Control郡		t	df		
	介入前	介入後	介入前	介入後				
実体化CMケース	10.86	11.74	11.12	15.06	2.09	16	$p < 0.03$	1.09
家庭外保護	4.27	3.75	3.10	4.46	2.60	16	$p < 0.01$	1.22
小児CM外傷 (入院&ER)	1.73	1.41	1.41	1.69	2.36	16	$p < 0.02$	1.14

注： t-検定では、介入前と介入後の差について2つの試験条件を比較した。エフエクトサイズはCohenのd統計。

6. 予備調査

1) 予備調査の趣旨

実践的な研究に入る前に、3歳児健診等で、問題行動のある子どもを拾い出してゆく上で、全国でどのような問診等の試みがされているかについて調査を行った。乳幼児健診における問診票のなかで幼児の問題行動をどのように捉えようとしているか、その設問の仕方について調査し、全国的な傾向を明らかにするとともに、参考とすることの出来る良い設問を拾い上げ生かしてゆくことなどをねらいとした。

2) 予備調査の方法

乳幼児健診における発達障害早期発見チェック項目に関するレビュー研究を行った。わが国の自治体において、発達障害早期発見の取り組みの実態を把握するための研究計画を立て、全国の都道府県市町村において、乳幼児健診での発達障害早期発見の取り組みの実態調査を行った。具体的にはSDQ (Strength and Difficulties Questionnaire) (R. Goodman 2000 King's College London)に相当する、又はこれによく似た問診項目を1歳6ヵ月児健診及び3歳児健診で使用しているかどうかについて問いかけた。巻末に調査票を添付する。設問を発送したのは2134市町村特別区の母子保健担当者宛である。調査期間は2006年9月～10月、郵送による送付と郵送による返却とした。

3) 予備調査結果

設問を発送した2134市区町村の内1447から回答が得られ、回収率は67.8%であった。使用されていた頻度の高い問診項目は1歳6ヵ月児健診、3歳児健診ともよく似ていて、落ち着きがなく長い間じっとしてられない(多動)、一人で居ることが好きで、一人で遊ぶことが多い(交友)、かっとなり、かんしゃくを起こしたりすることが良くある(行為)、こわがりですぐおびえたりする(感情)などに関する項目がそれに当たった。

表1に、1歳6ヵ月児健診問診票においてそれぞれの設問項目と似た問診項目があるかどうかについてあった自治体の割合を示す。表2に、3歳児健診における同様の事柄を示す。似た問診項目が非常に少ない設問項目も多かったが、一方で、かなりの割合の自治体が似た問診項目があるとする設問項目もあった。概して問いかけた設問項目を問診票に用いている割合は3歳児の方が多かった。

これをより見やすくするために、似た設問項目があった自治体の割合の多い順に設問項目を並べた(表3、4)。「落ち着きがなく長い間じっとしてられない」と問いかけている場合が、3歳児健診では過半数を占め、1歳6ヵ月児健診でも4割近くを占めた。「一人でいるのが好きで、一人で遊ぶことが多い」がそれに次ぎ、「かっとなったり、かんしゃくを起こしたりすることがよくある」が1歳6ヵ月児健診で4分の一を占めるなど多く、3歳児健診では「仲の良い友達がひとりもいない」、「すぐに気が散りやすく、注意を集中できない」「こわがり、すぐにおびえたりする」などが多かった。

3歳児健診においては、7位以下の項目でも1割以上の自治体が似たような問診項目があると答えていた（表4）。それらは、「集中力がなくものごとを最後までやり遂げない」、「素直でなく、あまり大人の言うことを聞かない」、「よく他の子とけんかをしたり、いじめたりする」などであった。

表1. 1歳6か月児健診における設問項目の有無

1.他人の心情をあまり気遣わない (SA)

No.	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	ない	1316	90.9	92.7
2	ある	103	7.1	7.3
	不明	28	1.9	
	サンプル数(%ベース)	1447	100	1419

2.落ち着きがなく、長い間じっとしてられない (SA)

No.	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	ない	883	61	62.2
2	ある	536	37	37.8
	不明	28	1.9	
	サンプル数(%ベース)	1447	100	1419

3.頭が痛い、お腹が痛いなど体調不良をよく訴える (SA)

No.	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	ない	1383	95.6	97.2
2	ある	40	2.8	2.8
	不明	24	1.7	
	サンプル数(%ベース)	1447	100	1423

4.他の子ども達とあまり分け合わない (SA)

No.	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	ない	1338	92.5	94.2
2	ある	82	5.7	5.8
	不明	27	1.9	
	サンプル数(%ベース)	1447	100	1420

5.カッとなったり、かんしゃくを起こしたりすることがよくある (SA)

No.	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	ない	1072	74.1	75.4
2	ある	350	24.2	24.6
	不明	25	1.7	
	サンプル数(%ベース)	1447	100	1422

6.1人でいるのが好きで、1人で遊ぶことが多い (SA)

No.	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	ない	872	60.3	61.1
2	ある	555	38.4	38.9
	不明	20	1.4	
	サンプル数(%ベース)	1447	100	1427

7.素直でなく、あまり大人の言うことを聞かない (SA)

No	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	ない	1304	90.1	91.6
2	ある	120	8.3	8.4
	不明	23	1.6	
	サンプル数(%ベース)	1447	100	1424

8.心配事が多く、いつも不安なようだ (SA)

No	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	ない	1387	95.9	97.5
2	ある	36	2.5	2.5
	不明	24	1.7	
	サンプル数(%ベース)	1447	100	1423

9.誰かが傷ついたり、気分が悪い時など進んで手を差し伸べない (SA)

No	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	ない	1404	97	98.3
2	ある	24	1.7	1.7
	不明	19	1.3	
	サンプル数(%ベース)	1447	100	1428

10.いつもそわそわしたり、もじもじしている (SA)

No	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	ない	1332	92.1	93.3
2	ある	96	6.6	6.7
	不明	19	1.3	
	サンプル数(%ベース)	1447	100	1428

11.仲の良い友達が一人もない (SA)

No	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	ない	1212	83.8	85.1
2	ある	212	14.7	14.9
	不明	23	1.6	
	サンプル数(%ベース)	1447	100	1424

12.よく他人の子とけんかをしたり、いじめたりする (SA)

No	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	ない	1367	94.5	95.7
2	ある	61	4.2	4.3
	不明	19	1.3	
	サンプル数(%ベース)	1447	100	1428

13.落ち込んでしずんでいたり、涙ぐんでいたりすることがよくある (SA)

No	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	ない	1409	97.4	98.7
2	ある	18	1.2	1.3
	不明	20	1.4	
	サンプル数(%ベース)	1447	100	1427

14.他の子ども達から、あまり好かれていないようだ (SA)

No	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	ない	1417	97.9	99.2
2	ある	11	0.8	0.8
	不明	19	1.3	
	サンプル数(%ベース)	1447	100	1428

15. すぐに気が散りやすく、注意を集中できない (SA)

No	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	ない	1239	85.6	87.1
2	ある	184	12.7	12.9
	不明	24	1.7	
	サンプル数(%ベース)	1447	100	1423

16. 目新しい場面に直面すると不安ですがりついたり、自信をなくす (SA)

No	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	ない	1354	93.6	94.9
2	ある	73	5	5.1
	不明	20	1.4	
	サンプル数(%ベース)	1447	100	1427

17. 年下の子ども達に対して優しくない (SA)

No	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	ない	1415	97.8	99
2	ある	14	1	1
	不明	18	1.2	
	サンプル数(%ベース)	1447	100	1429

18. よく嘘をついたり、ごまかしたりする (SA)

No	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	ない	1426	98.5	99.8
2	ある	3	0.2	0.2
	不明	18	1.2	
	サンプル数(%ベース)	1447	100	1429

19. 他の子から、いじめの対象にされたり、からかわれたりする (SA)

No	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	ない	1424	98.4	99.6
2	ある	6	0.4	0.4
	不明	17	1.2	
	サンプル数(%ベース)	1447	100	1430

20. 自分から進んでよく他人を手伝ったりしない (親・先生・友達など) (SA)

No	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	ない	1379	95.3	96.6
2	ある	48	3.3	3.4
	不明	20	1.4	
	サンプル数(%ベース)	1447	100	1427

21. あまりよく考えてから行動しない (SA)

No	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	ない	1418	98	99.2
2	ある	12	0.8	0.8
	不明	17	1.2	
	サンプル数(%ベース)	1447	100	1430

22. 家や学校、その他から物を盗んだりする (SA)

No	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	ない	1427	98.6	99.9
2	ある	2	0.1	0.1
	不明	18	1.2	
	サンプル数(%ベース)	1447	100	1429

23.他の子ども達より大人という方がうまくいくようだ (SA)

No	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	ない	1358	93.8	95.2
2	ある	68	4.7	4.8
	不明	21	1.5	
	サンプル数(%ベース)	1447	100	1426

24.怖がりですぐにおびえたりする (SA)

No	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	ない	1296	89.6	90.9
2	ある	130	9	9.1
	不明	21	1.5	
	サンプル数(%ベース)	1447	100	1426

25.集中力がなく、物事を最後までやり遂げない (SA)

No	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	ない	1346	93	94.3
2	ある	81	5.6	5.7
	不明	20	1.4	
	サンプル数(%ベース)	1447	100	1427