

、結果が数字として表れた。トリプル P システムが実際に動くと、このようなアウトカムが得られる。

6. 限界と今後の課題

本研究の対象は比較的高学歴で意識の高い集団であったため、日本の親を代表するものとは考えにくいので、今後対象地域を広めて検討を続ける必要がある。また、例数が少ないために統計的に有意な結果が出なかった項目もあったため、例数を増やして検討する必要もある。

また、「前向き子育てプログラム」は、地域全体の家庭を対象として問題のレベルに応じて5段階の介入を行うように作成されている。これを全体的に評価するために、介入地域と非介入地域に分けて、介入地域で問題のレベルに応じて5段階の介入を行い、地域全体での効果を比較した研究がある。あるレベルでの介入に限るのではなく、地域全体としてみた介入デザインを検討してゆく必要がある。

E. 結論

「前向き子育てプログラム」の一環であるレベル4グループトリプルPを我が国の首都圏近郊において試行したところ、子育て場面における振るまい方に有意な改善が、子どもの問題行動と親の抑うつ・不安・ストレスに有意でないが明瞭な改善が見られた。

これにより「前向き子育てプログラム」が日本の家族にも有効であることがわかった。これは、地域でトリプルPシステムが動くことと効果をもたらすことを示唆するものであった。

F. 公表

原著

石津博子, 益子まり, 藤生道子, 加藤則子, 塩澤修平. 前向き子育てプログラム(Positive Parenting Program:Triple P)による介入効果の検証. 小児保健研究 2008;67(3):487-495

総説

加藤則子. 前向き子育てプログラム(トリプルP)の紹介. 小児保健研究 2006;65(4):527-31

加藤則子, 第5章 乳幼児(生後3年までの間). マッシュュー・R・サンダース(著), 柳川敏彦, 加藤則子(監訳), 梅野裕子, 志村ゆう子, 松本有貴(訳):エブリベアレント 読んで使える「前向き子育て」ガイド. 東京:明石書店; 2006.p.139-89.

加藤則子. 子どもと家族のこころのサポート(証拠に基づく地域アプローチ). 日本公衆衛生雑誌. 2008;55(3):181-185

加藤則子. 子育てプログラムを通じてのパートナーシップ. 日本小児看護学会雑誌. 2008;17(1):98-100

加藤則子. 新しい子育て支援の考え方:トリプルP. ~Positive Parenting Program 前向き子育てプログラム~. さいたま小児保健 NO.51 埼玉県小児保健協会; p.13-6.

学会発表

加藤則子, 須藤紀子, 柳川敏彦, 石津博子. 埼玉県和光市における前向き子育てプログラムの試行と評価. 第53回日本小児保健学会; 2006.10.26-28; 甲府. 第53回日本小児保健学会講演集.

加藤則子. 子育てプログラムを通じてのパートナーシップ. 日本小児看護学会第17回学術集会; 2007.7.20-21; 松本. 日本小児看護学会第17回学術集会講演集.p.35-6. シンポジウム 子どもの育ちを見守り支えるパートナー.

加藤則子, 瀧本秀美, 柳川敏彦. 1歳6ヶ月児健診及び3歳児健診問診票における問題行動設問項目の実態に関する全国調査結果. 第54回日本小児保健学会; 2007.9.20-22; 群馬. 第54回日本小児保健学会講演集. p.133.

加藤則子, 須藤紀子. 1歳6ヶ月児及び3歳児健診問診票における問題行動設問項目に関

する全国調査結果. 第66回日本公衆衛生学会総会; 2007.10.24-26;愛媛. 第66回日本公衆衛生学会総会抄録集. p.446.

加藤則子, 蓮桃子, 柳川敏彦, 石津博子, 益子まり, 藤生道子. 前向き子育てプログラムの試行的実践とその評価. 日本小児科学会雑誌 2008;112(2):355.

益子まり, 石津博子, 鈴木昌枝, 加藤則子. 川崎市におけるグループトリプルPの取り組み. 第55回日本小児保健学会 2008:119.

加藤則子, 石津博子, 益子まり, 藤生道子, 志村光一, 塩澤修平. 川崎市におけるグループトリプルPの取り組み. 第67日本公衆衛生学会総会, 福岡. 日本公衆衛生雑誌. 2008;55(10)特別付録:462

志村光一, 梅野裕子, 加藤則子, 始関桃子, 柳川敏彦, 家本めぐみ. 「Triple P(Positive Parenting Program)前向き子育てプログラム」の普及モデルと日本での試み. 日本子ども虐待防止学会 第14回学術集会ひろしま大会. 2008.12.13-4:118

加藤則子, 石津博子, 益子まり, 藤生道子, 塩澤修平, 柳川敏彦, 家本めぐみ, 志村光一, 梅野裕子, 始関桃子. 川崎市における子育て支援のためのトリプルPの導入と評価. 日本子ども虐待防止学会 第14回学術集会ひろしま大会. 2008.12.13-4:118

柳川敏彦, 家本めぐみ, 平尾恭子, 北野尚美, 白山真知子, 上野昌江, 包丁高子, 山田和子, 加藤則子. 児童虐待予防のための地域ペアレンティング・プログラムの評価に関する研究. 日本子ども虐待防止学会 第14回学術集会ひろしま大会. 2008.12.13-4:119

加藤則子. 発達障害等早期発見支援システム(トリプルP)の構築. 安心して子供を産み、健やかに育てるために;2009.3.6;日本子ども家庭総合研究所. 平成20年度 厚生労働科学研究 子ども家庭総合研究事業公開シンポジウム抄録集. p.14-21.

前向き子育てプログラム
(Positive Parenting Program ; Triple P)
による介入効果の検証

石津 博子¹⁾, 益子 まり²⁾, 藤生 道子³⁾
加藤 則子⁴⁾, 塩澤 修平⁵⁾

研究

前向き子育てプログラム (Positive Parenting Program ; Triple P) による介入効果の検証

石津 博子¹⁾, 益子 まり²⁾, 藤生 道子³⁾
加藤 則子⁴⁾, 塩澤 修平⁵⁾

【論文要旨】

子どもを育てにくい社会環境の中で、家族への支援の必要性が高まっている。オーストラリアで20年前に開発された「前向き子育てプログラム」(トリプルP)が日本の家族にも有効であるかどうかを検証するために、首都圏近郊に在住し子育て講座の受講を希望した親10名(介入群)に平成19年2月から8週間にわたる介入プログラムを行い、介入を行わなかった7名と比較した。その結果、介入群で子育て場面での振るまいに有意な改善が見られ、子どもの問題行動と親の抑うつ・不安・ストレスに有意ではないが明瞭な改善が見られた。これにより「前向き子育てプログラム」が日本の家族にも有効であることがわかった。

Key words : 前向き子育てプログラム, 未就学児, 子どもの問題行動, 介入研究, 育児ストレス

I. はじめに

戦後わが国はめざましい経済発展を遂げたと同時に、地域における共同体が崩壊し、日本の社会が変容するにつれて、家族の有りようが変わり、子育ても変化してきたと言える。子育てする親が孤立に悩み子育て支援の必要性が叫ばれている。「身内や友人の社会的支援が得られにくい」、「子育てに必要な知識や技術が世代間で伝承されない」、「自分の子どもを持つまで子どもに接したことがない」、「子育ての競争化による子どもへの過剰な期待と干渉」等のさまざまな問題は、育児技術の未熟さや親の自尊心の低下、育児不安等のメンタルヘルス障害につな

がる。このうち、児童虐待は最も不幸な結果の一つであり、後の児童の問題行動とも密接な関係にある。また少年犯罪が低年齢化するなど、子どもの心身の健康を巡ったさまざまなトラブルが社会問題となっている。これは、子どもを取り巻く環境が変わり、急速な少子化が進む中で母子保健の課題が変化していることと密接な関係がある¹⁾。健やか親子21の国民運動が推進され、次世代育成推進対策法が可決されるなど、支援対策も急速な展開を見せ、子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減が必要とされている。

わが国では地域で孤立感に悩む子育て中の親に対して、育児グループによる介入がよく行わ

An Intervention Study on Positive Parenting Program (Triple P)

(1978)

Hiroko ISHIDA, Mari MASHIKO, Michiko FUJII, Noriko KATO, Shuhei SHIOZAWA

受付 07.11.13

採用 08. 2.21

1) 川崎市中原保健福祉センター(医師/公衆衛生)

2) 川崎市川崎保健福祉センター(医師/公衆衛生)

3) 川崎市市民・こども局こども本部医務監(医師/公衆衛生)

4) 国立保健医療科学院生涯保健部(医師/公衆衛生)

5) 慶應義塾大学経済学部(経済学部教授/経済学学部長)

別刷請求先: 石津博子 川崎市中原保健福祉センター 〒211-8570 神奈川県川崎市中原区小杉町3-245

Tel : 044-744-3250 Fax : 044-744-3342

れてきた。これにより、悩みがあるのは自分だけでないことがわかり育児不安の解消に繋がってきている^{2,3}。また、出生後間もない時期に地域の助産師もしくは保健師等が訪問指導を行い、子どもや家族の状況を把握することにより、育児不安が解消し、児童虐待も予防できることが期待されている^{4,5}。

一方で、わずかではあるが、母親を自ら行動する主体として育てて行く接近も試みられている。認知行動療法の手法を応用した親教育が、子育てに悩む親に解決策を与えていることが報告されている⁶⁻⁸。本研究で効果を検証しようとしている子育てプログラムも、この認知行動療法の理論をその基礎に置いている。

「前向き子育てプログラム」はオーストラリアで20年前に開発され、16ヶ国に広がっている^{9,10}。前向き子育てプログラムは英語で positive parenting program であり、頭文字をとると3つのPであるのでトリプルPと称されることが多い(表1)。前向き子育ての5つの原則を基礎に17の具体的でわかりやすい子育て技術が用意され、これらを親に自らの意志で選んで応用してもらおう(表2)。明確なマニュアルをそなえているため、介入の質がよくコントロールされている。介入の効果は標準化された尺度を用いて科学的に評価されるため、これに関する多くの学術的な報告がある¹¹⁻¹⁶。またこのプログラムは、地域をベースとしたアプローチであり、地域全体の家庭に向けられたレベルから、かなり深刻な問題を抱えたレベルまで用意されて、地域におけるあらゆるケースに効率的に介入が行われるよう工夫されている。この中でレベル4は、複数の絡み合った問題行動に悩む親向けに作られているが、これによってトリプルPの17の子育て技術をすべて学ぶことができるため、スタンダードタイプと位置づけられている。なかでもレベル4グループトリプルPは参加型のグループワークによって親の変容をもたらすものであるため、実施される機会が多い¹⁰。

トリプルPには多くの段階や方法が設定されており、必要なものが選択される。多くの育児プログラムは、むしろ実際の子育ての抽象的な原則を教えようとする。それに反してトリプル

表1 5段階における介入

レベル1	ユニバーサルトリプルP	地域の対象者全員に対するメディアなどでの普及啓発
レベル2	セレクトイッドトリプルP	一般的な育児相談。10分間の面接または電話相談2回または1時間程度のセミナー
レベル3	プライマリーケアトリプルP	子どもの行動上、発達上の問題が局限している場合 20分間の面接または電話相談を4回
レベル4	グループトリプルP	より深刻な行動上の問題を持つ子どもの親 8回(1回2時間)のプログラム
レベル5	エンハンスドトリプルP	家族内機能不全が加わった場合 個別の11回のプログラム。家庭訪問も含む

表2 前向き子育てプログラム(トリプルP)の17の技術

子どもの発達を促す10の技術	
子どもとの建設的な関係を作る技術	
1	子どもと良質の時間を共有する
2	子どもと話す
3	愛情を示す
好ましい行動を育てる技術	
4	子どもをほめる
5	子どもに注目している気持ちを伝える
6	一生懸命になれる活動を与える
新しい技術や行動を教える技術	
7	良い手本を示す
8	適時を利用して教える
9	聞く、説明する、やってみる
10	行動チャートを使う
子どもの問題行動対応のための7の技術	
1	わかりやすい基本ルールを作る
2	決まりを破った時の会話による指導
3	意図的に計画された無視
4	はっきりとした穏やかな指示
5	道理として起こる結果をわからせる
6	問題行動のためのクワイエットタイム
7	深刻な問題行動のためのタイムアウト

Pは、両親自身が認識した子どものしつけの問題のために実際的な問題解決の方策に焦点を当てる。子育てプログラムは、一つあるいは多くて二つくらいの子どもの精神的な発達段階で設

定される。トリプルPの対象年齢は2歳から16歳までと多様である。最後に、多くの子育て介入は評価されておらず、したがって、証拠に基づいていない。トリプルPは評価研究を伴い科学的根拠に基づいている。

わが国において子育ての悩みはもはや社会現象となっており、子育て支援ツールへのニーズは高い。この子育てプログラムは段階を踏んだわかりやすい作業や宿題から成り立っているため、子育ての実際を育ちながら見て学ぶ機会のなかった親も、自身の育児のあり方を順序立てて考えることができる。またこのプログラムは怒りのコントロールの手だてを教えてくれるので、育児ストレスを訴える親が多い中で有効であると考えられる¹⁷⁾。

「前向き子育てプログラム」は日本に紹介されて間もないため、わが国での応用が可能かどうか十分な評価が定まっていない。このため東京郊外のA市B区在住の子育て中の親にこの育児プログラムを試行してその効果を評価しようとした。

II. 研究目的

「前向き子育てプログラム」の一環であるレベル4グループトリプルPを日本の地域において試行し、介入の前後における子どもとの関わりや子どもの行動、親の精神状態などの変化を評価して、地域における本プログラムの効果を明らかにする。

III. 研究方法

1. 対象

東京のベッドタウンとなっているA市B区に在住する子育て中の親を対象とした。3歳児健康診査の会場や児童館、公民館等で「子育て講座」の案内のチラシを配布し、受講希望のあった10名を介入の対象とした。また、介入の始まる前の週の3歳児健康診査を受診した親に、「子どもと家族の健康に関するアンケート」への協力を要請したところ、15名から協力の意志が得られ、介入対象者への介入前後の評価を行うのと同時期に同じ内容の調査票を郵送した。郵送による回収で前後両方ともそろって回答の得られた7名を対照群とした。

2. 介入と評価の時期と手順

介入は平成19年2月27日から4月17日までの毎週火曜日、計8回(1回2時間)行い、受講の案内を送付する際に事前評価のための調査票を同封し、記入済みの調査票を講座の初回日に持参してもらった。事後評価は、講座の最終日にその場で記入してもらって回収した。対照群には介入群の受講案内送付と同時期に調査票を郵送し、郵送によって回収した。対照群への事後評価は、介入群の講座の最終日のころに自宅につくように調査票を郵送し、郵送によって回収した。

3. 介入方法

トリプルプレベル4認定ファシリテーター1名により、ファシリテーターマニュアルに従って、日本語版親用ワークブックを用いて、レベル4グループトリプルPの育児講座(講義、グループワーク、話し合い、ロールプレイ等)が行われた⁹⁾。1週目は前向き子育てとは何かと問題行動の要因等に触れ、自分と子どもの行動の目標を定めてもらった。2週目は子どもの発達を促す10の技術を学んでもらった。3週目は問題行動を扱う7の技術を学んでもらった。4週目はハイリスク時に備える計画を学び、家に持ち帰る宿題を考えてもらった。5, 6, 7週目は電話により家での様子を聞き、最終週は達成した目標や今後の課題を話し合ってもらった。

4. 評価法

介入前後の親子の状況を把握するために客観的な指標を用いた。子育ての特徴の把握には子育て場面で親がどのように振る舞うかの30項目(Parenting Scale, PS)を用いた¹⁸⁾。英語版は手ぬるさ、過剰反応、多弁さ、その他の問題の下位尺度が設定され標準化されている。子どもの問題行動については子どもの行動の難しさについての25項目(Strength and Difficulties Questionnaire, SDQ)を用いた¹⁹⁾。英語版は感情的症状スケール、行動問題スケール、多動性スケール、交友関係スケール、社交的行動スケールの下位尺度が設定され、標準化されている。親の抑うつ・不安・ストレスに関する指標は42項目あり(Depression Anxiety Stress Scale,

DASS), 英語版では抑うつ, 不安, ストレスの下位尺度が設定され標準化されている²⁰。さらに親としてどう感じるかの11項目 (Parental Experiment Survey, PES) が設問として用いられた²¹。これらの設問は翻訳チームによって和訳されたが, 日本語版としての標準化は行われていない。

5. 倫理的配慮

介入群には個人の情報が保護されること, 参加は自由意志によるもので, いつでも参加をやめることができ, そのことは当人の不利益には一切ならないことなどを説明した書類を渡し, 同意書を取った。また, 介入群には, 育児講座のグループワークで話し合われた個人的な事柄は, グループ内にとどめ, グループの外で決して他言しないことを, 約束してもらい, 教材であるワークブックの該当箇所にサインしてもらった。対照群には個人の情報が保護されること, データは統計的に処理されることを説明した。介入群, 対照群とも連結匿名化を行い, データは個人の特典できないID番号で管理された。

本研究計画は国立保健医療科学院研究倫理審査委員会の承認を得た。

6. 分析方法

PS, SDQ, DASS については個人別に下位尺度ごとに合計得点を算出し, PESについては, 1 (全くそう思わない) から 5 (極めてそう思う) までの5段階評価をしてもらった数字を解析に用いた。事前評価と事後評価との平均の差については, 対応のある t 検定を行った。解析には統計ソフトパッケージ SPSS Ver11.5J を用いた。

IV. 結 果

1. 対象の属性

介入群は主に3歳児健康診査で配ったチラシをみて応募し, 健診受診児の問題行動についての対応を探っていたとみられ, また対照群も3歳児健康診査受診者のなかから選んだため, これらを「対象児」ととらえての集計を行った。女兒が多く, ほとんどが3歳であった。父親は介入群で30歳代と40歳代が半々, 対照群では30

歳代が大半で残りが40歳代だった。母親は介入群, 対照群とも30歳代がほとんどであったが, 40歳代の母親も見られた。子どもの数は介入群で1人と2人が半々, 対照群では2人がほとんどであった。子どもが2人の場合, 対象児が第2子である場合が多かった。父親の最終学歴は4年制大学および大学院が主で, 母親の最終学歴は介入群では4年制大学が主で, 対照群では短期大学および4年制大学が主であった。世帯年収は700万円から1,500万円に中心があった(表3)。

2. 介入前後の評価

1) 子育て場面でのふるまい

子育て場面で親がどのようにふるまうかの設問 (Parenting Scale, PS) について, 介入前後

表3 対象の属性 (人数)

		介入群 (N=10)	対照群 (N=7)
対象児の性別	男	2	3
	女	8	4
対象児の年齢	2歳	1	1
	3歳	9	6
父親の年齢	45歳～	1	
	40～44歳	4	2
	35～39歳	3	5
	30～34歳	2	
母親の年齢	45歳～	1	
	40～44歳	1	1
	35～39歳	4	4
	30～34歳	4	2
子どもの数	2人	5	6
	(対象児は第1子)	(2)	(1)
	(対象児は第2子)	(3)	(5)
	1人	5	1
父親の最終学歴	高等学校		2
	専門学校	2	
	短期大学		
	4年制大学	5	4
	大学院	3	1
母親の最終学歴	高等学校		1
	専門学校		1
	短期大学	3	3
	4年制大学	6	2
	大学院	1	
世帯年収	300～500万円		1
	500～700万円	2	
	700～1,000万円	2	2
	1,000～1,500万円	4	2
	1,500万円～		
	不明		2

での比較を表4に示す。介入群において、「手ぬるさ」、「多弁さ」および総合スコアが、介入後に低下しており、差は有意だった。対照群では、有意ではないが各スコアが上がっていた。

2) 子どもの行動の難しさ

子どもの行動の難しさについての設問 (Strength and Difficulties Questionnaire, SDQ) について、介入前後での比較を表5に示す。介入群では、有意ではないが、難しい行動のスコアが低下し、好ましい行動 (社会的行動) のスコアが上昇していた。対照群では、有意で

表4 子育て場面でのふるまいに関するスコア (PS) の前後比較

	介入群			対照群		
	事前平均	事後平均		事前平均	事後平均	
手ぬるさ	3.86	3.23	**	3.51	3.74	NS
過剰反応	3.64	2.72	NS	2.99	3.13	NS
多弁さ	4.19	3.62	*	4.48	4.55	NS
総合スコア	3.83	3.18	**	3.57	3.70	NS

前後の差に関する対応のあるt検定結果 * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

表5 子どもの行動の難しさに関するスコア (SDQ) の前後比較

	介入群		対照群	
	事前平均	事後平均	事前平均	事後平均
感情的症状	1.80	1.90	1.14	1.43
行為問題	3.50	2.50	1.71	1.57
多動性	3.70	3.40	3.71	4.00
交友問題	3.00	2.80	2.71	2.29
(難しい行動の総合スコア)	(12.00)	(10.60)	(9.29)	(10.14)
社会的行動	5.60	6.00	6.43	5.86

はないが、難しい行動のスコアが上昇し、好ましい行動 (社会的行動) のスコアが低下していた。

3) 抑うつ、不安、ストレス

親の抑うつ・不安・ストレスに関する設問 (Depression Anxiety Stress Scale, DASS) について、介入前後での比較を表6に示す。介入群において、抑うつ、不安およびストレスのスコアの低下が有意ではないが明瞭であった。対照群においては、不安およびストレスのスコアが有意ではないが増加し、不安において特に明瞭であった。

4) 親としての感じ方

親としてどう感じるかの設問 (Parental Experiment Survey, PES) について、介入前後での比較を表7に示す。介入群において、「子育ての困難度」が有意に減少し、「子育てをして受けた感じ」として「確かな結果が出る」が有意に増加し、「落ち込ませる」が有意に減少していた。また、「子育ての自信度」が有意に

表6 抑うつ・不安・ストレスに関するスコア (DASS) の前後比較

	介入群		対照群	
	事前平均	事後平均	事前平均	事後平均
抑うつ	5.40	1.30	6.14	8.14
不安	1.20	0.80	1.86	3.29
ストレス	9.90	6.20	10.00	10.57

表7 親としてどう感じるかの前後比較

	介入群			対照群	
	事前平均	事後平均		事前平均	事後平均
子育ての困難度	3.25	2.00	*	2.43	2.57
子育てをして受けた感じ					
報われる	3.44	4.30		3.29	2.86
すべきことが多い	3.11	3.10		2.86	3.00
ストレス	3.20	3.10		2.57	2.86
確かな結果が出る	3.11	3.90	*	3.00	2.71
落ち込ませる	2.89	2.10	*	2.71	2.14
子育ての自信度	2.00	3.60	*	2.86	2.86
得られた助け	2.44	3.20		2.57	2.71
パートナーとのしつけ一致度	3.10	3.30		3.00	3.57
パートナーとの協力度	3.30	3.40		2.57	2.86
パートナーとの幸福度	3.40	3.70		3.29	3.14

前後の差に関する対応のあるt検定結果 * $p < 0.05$

増加していた。

V. 考 察

1. 対象の属性と地域特性

首都圏郊外に位置し、東京のベッドタウンとなっている対象地域は、介入群、対照群共に父母が高学歴の傾向にあり、特に介入群の母親においてその特徴が強い。年収も全国平均に比べ高く²²、わが国を代表する集団とは言い難い。日本導入においてパイロット的に行った研究であると言える。自らが子育てプログラムを受けようと望んだ介入群は地域の中でも特に意識や学歴などが高く、介入効果が期待できる集団であると言える。

2. プログラムの介入効果

介入群で、子育て場面でのふるまいに関する自己評価や、親としてどう感じるかに関して有意な改善が見られたことから、子育てに関する自らの変容を強く自身が認識できていると考えられる。子どもの行動の難しさに関するスコアは改善の傾向が見られているものの有意ではなかった。「行為問題」のスコアの平均自体は明瞭に低下していたが、個々の例を見ると著しく改善している場合と、かなり悪化している場合があり、全体として有意な改善として捉えられなかったと考えられる。抑うつ・不安・ストレスのスコアについても、平均をみると改善が明瞭であるが、1, 2名程度の少人数でのみ著しい改善が見られているにとどまっているため、全体的な有意な改善として捉えられなかったと考える。

対照群では「不安」のスコアが有意でないが明瞭に上昇し、また、「パートナーとのしつめの一致度」が有意に上昇していた。対照群は7例と少数であるため、2ヵ月を空けた前後の調査のあいだに、家族に何かできごとがあった場合その影響を受けやすいため、これらの変化に明確な意味づけはできない。

介入群で子育てに関する自己評価で有意な改善が確認できたので、プログラムの介入効果は十分あったと言ってよい。

3. 同プログラムによる介入研究間での比較

前向き子育てプログラム（トリプルP）の介入効果の評価に当たっては一般的に¹¹、問題行動を伴う子どもたちの親をランダムに2つのグループに分けて、1つのグループでは介入前後に2度指標の評価を行い、もう1つのグループでは、介入を少し待ってもらって、介入群と同じ時期に2度の評価を行って、2度目の評価の後にプログラムを施行する。このようなグループをウエイトリスト（以下同様）と呼び、対照群としている。このようなグループでは自身が介入前であるという自覚を強く持つため、指標が改善しない傾向がしやすい。本研究では、対照群には単に子どもと家族の健康に関する調査という説明のみとし、2度にわたる調査結果に人為的な影響を与えることをなるべく避けようとした。前向き子育てプログラムのマニュアルでは、ウエイトリストを対照群とし介入群を比較することと定められているが、この度は上記の理由から3歳児健康診断受診者を対象とした。前向き子育てプログラムの介入群が3歳児が多かったこと、保健福祉センターで3歳児健康診査を行っており保健指導の重点年齢であることも関係している。介入群を対照群の属性での偏りは無視できる範囲だと考えた。

クイーンズランドの親サポートセンターにおける複数年の評価がまとめられている¹¹。問題行動のリスクを持つ305人の未就学児童の家族はランダムにエンハストトリプルP（レベル5に当たる）、スタンダードトリプルP（レベル4）、自習型トリプルP（レベル4）、ウエイトリストに分けられた。1年間のフォローのうち、3つの介入グループで、臨床的に有意な変化が起こった。エンハストトリプルPとスタンダードトリプルPで、子どもの問題行動が減り、ソーシャルサポート、育児状況と親の自尊心について改善が認められている。

自習型トリプルPを親の力だけでやる場合と電話によるサポートを併用する場合とで比較すると、電話によるサポートが入った場合、子育て場面の様子や親の自信、怒りをはじめとして、子どもの問題行動にも有意な改善が見られた¹¹。本報告で、親の抑うつ・不安・ストレスおよび子どもの問題行動に関して、改善は見ら

れたものの差は有意でなかった原因として、例数が十分でなかったことが考えられる。

4. 他の育児プログラムの効果との比較

別の育児プログラムに関する評価研究で、本研究と研究デザインが似ているものに、米国で母子保健水準向上のために古くから行われているヘッドスタート中の特別プログラム、「Incredible Years Parenting Program」の効果の評価された研究がある²³。低収入の634人の家族が、介入群（毎週2時間の育児クラスの8～12週）と対照群（育児クラスのない、通常のヘッド・スタートプログラム）に割り当てられた。両親は、育児プログラムによって高いレベルの満足感を得ている。この研究は対象とした例数が多く多様な民族グループに効果的であることが示されていることに特徴がある。

5. 日本導入の有効性

本研究と同じ内容の育児プログラムを香港の中国人に対して行った介入研究によると、子どもに問題行動のある91の家族を介入群とウエイトリスト群に分けて比較したところ、子どもの問題行動と、親の子育ての仕方や、子育ての自己充足感に有意な差が見られ、この育児プログラムは、アジア人に対しても有効であることが主張されている¹²。

オーストラリアの少数民族に対する本プログラムの介入研究では、文化の相違に対応して、その民族に馴染むようにプログラムを調整してある¹⁶。その結果、子どもの問題行動や親の育児状況に有意な改善を示す成績が得られた。このように文化背景に即した調整の必要が主張されているが、香港の研究によりアジア人では有効なことがわかっており、本研究においても効果を裏付ける結果が出ているため、日本に導入するための根本的な内容の変更は必要ないと考える。

6. 限界と今後の課題

本研究の対象は比較的高学歴で意識の高い集団であったため、日本の親を代表するものとは考えにくいので、今後対象地域を広めて検討を続ける必要がある。また、例数が少ないために

統計的に有意な結果が出なかった項目もあったため、例数を増やして検討する必要もある。

また、「前向き子育てプログラム」は、地域全体の家庭を対象として問題のレベルに応じて5段階の介入を行うように作成されている。これを全体的に評価するために、介入地域と非介入地域に分けて、介入地域で問題のレベルに応じて5段階の介入を行い、地域全体での効果を比較した研究がある¹³。あるレベルでの介入に限るのではなく、地域全体としてみた介入デザインを検討してゆく必要がある。

VI. 結 論

「前向き子育てプログラム」の一環であるレベル4グループトリプルPをわが国の首都圏近郊において試行したところ、子育て場面におけるふるまい方に有意な改善が、子どもの問題行動と親の抑うつ・不安・ストレスに有意でないが明瞭な改善が見られた。

謝 辞

育児講座の講師を担当して下さったトリプルP認定ファシリテーター（東京都心身障害児療育センター非常勤医師）始岡桃子先生、トリプルPファシリテーター養成講座認定指導者（クイーンズランド大学心理学部）松本有貴先生、行政的な手続きを始め種々の作業にご協力下さったA市職員のみなさま、育児講座の準備や連絡調整等の労をいただいたNPO法人トリプルPジャパン理事志村光一さん、そして研究にご協力して下さったお母様方に、深く感謝申し上げます。

本稿の一部は第52回神奈川県公衆衛生学会において発表した。

文 献

- 1) 原田正文。「まったく子どもを知らない」まま親になる—親育てプログラムがいま必要になっている—。保健師ジャーナル 2004; 60 (2): 178-181.
- 2) 氏家達夫。福島市における健診と療育をつなぐシステムの現状と問題について—母と子の遊びの教室を中心に—。乳幼児医学・心理学研究 1999; 8 (1): 3-8.
- 3) 岡中栄子, 中村慶子。野村町における幼児期の

- 子どもを持つ母親への支援—育児支援事業「わくわくミュージック」の実践から—, 小児保健研究 2003; 62 (1): 88-95.
- 4) 佐藤厚子, 北宮千秋, 李 相潤, 他. 保健師・助産師による新生児訪問指導事業の評価—育児不安軽減の観点から—. 日本公衆衛生雑誌. 2005; 52 (4): 328-337.
 - 5) 餘目弘子, 朝賀裕子, 武田トシ子, 他. 出産後の母親支援としての新生児訪問指導に期待されるもの. 岩手公衆衛生学会誌 2005; 17 (1): 44-45.
 - 6) 大島 剛. 親と子のふれあい講座(育児支援活動の運営と普及について) 小児保健研究 2003; 62 (2): 189-192.
 - 7) 足立佳美. 「発達障害」児のために私たちができること—ペアレント・トレーニング—子どもとしっかり向き合いたい. 保健師ジャーナル 2005; 61 (11): 1110-1113.
 - 8) 沢宮容子. チェック症状を示す児童の母親を対象とした認知療法的アプローチ. こころのりんしょう a・la・carte 2003; 22巻増刊2: 127-134.
 - 9) 松本有貴. 前向き子育てプログラム「トリプルP」. チャイルドヘルス 2005; 8 (4): 297-300.
 - 10) 加藤則子. 前向き子育てプログラム(トリプルP)の紹介. 小児保健研究 2006; 65 (4): 527-531.
 - 11) Sanders MR, Markie-Dadds C, Tully LA, et al. The triple P-positive parenting program: a comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *J Consult Clin Psychol.* 2000; 68 (4): 624-640.
 - 12) Leung C, Sanders MR, Leung S, et al. An outcome evaluation of the implementation of the Triple P-Positive Parenting Program in Hong Kong. *Fam Process.* 2003; 42 (4): 531-544.
 - 13) Zubrick SR, Ward KA, Silburn SR, et al. Prevention of child behavior problems through universal implementation of a group behavioral family intervention. *Prev Sci.* 2005; 6 (4): 287-304.
 - 14) Morawska A, Sanders MR. Self-administered behavioral family intervention for parents of toddlers: Part I. Efficacy. *J Consult Clin Psychol.* 2006; 74 (1): 10-19.
 - 15) Turner KM, Sanders MR. Help when it's needed first: a controlled evaluation of brief, preventive behavioral family intervention in a primary care setting. *Behav Ther.* 2006; 37 (2): 131-142.
 - 16) Turner KM, Richards M, Sanders MR. Randomised clinical trial of a group parent education programme for Australian Indigenous families. *J Paediatr Child Health.* 2007; 43 (6): 429-437.
 - 17) 窪田容子. 子ども虐待防止のためのアンガー・マネジメント・グループの試み. 子どもの虐待とネグレクト 2005; 7 (3): 344-350.
 - 18) Arnold DS, O'Leary SG, Acker MM. The parenting scale: A measure of dysfunctional Parenting in Discipline Situation. *Psychological Assessment*, 5: American Psychological Association, Inc.; 1993: 140.
 - 19) Ruchkin V, Kuposov R, Schwab-Stone M. The Strength and Difficulties Questionnaire: scale validation with Russian adolescents. *J Clin Psychol.* 2007; 63 (9): 861-869.
 - 20) Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for depression anxiety stress scales (2nd ed): the Psychology Foundation of Australia Inc, 1995.
 - 21) Sanders MR, Markie-Dadds C, Rinaldis M, et al. Using household survey data to inform policy decisions regarding the delivery of evidence-based parenting interventions. *Child Care Health Dev.* 2007; 33 (6): 768-783.
 - 22) 国税庁. 平成17年度民間給与の実態調査結果. 2006.
 - 23) Reid MJ, Webster-Stratton C, Beauchaine TP. Parent training in head start: a comparison of program response among African American, Asian American, Caucasian, and Hispanic mothers. *Prev Sci.* 2001 Dec; 2 (4): 209-227.
- [Summary]
- The present study evaluated the effectiveness of the 'Positive Parenting Program' with a sample of

Japanese parents of preschool children who attended the parent training class (intervention group), with comparison with seven parents who did not attend the class. There was little difference in pre-intervention measures between the two groups. However, at post intervention, intervention group reported significantly lower dysfunctional parenting styles as compared to pre-intervention survey, and clear decrease in depression, anxiety and stress of

parents along with child behavior problems. Implications of these findings for the use of 'Positive Parenting Program' with families of Japanese descent are discussed.

[Key words]

Positive Parenting program, preschool children, child behavior, intervention study, parenting stress

|||||
日本公衆衛生雑誌

Japanese Journal of
Public Health

第 55 卷 別 刷

連載

親子保健・学校保健(1)

「子どもと家族のこころのサポート（証拠に基づく地域アプローチ）」

国立保健医療科学院 生涯保健部 加藤 則子

親子保健・学校保健の連載を企画するにあたって、この領域の知識を網羅するよりも、現代的な問題に的を絞ってその方面でホットに活躍しておられる先生方に紹介していただく方法が良いと考え、このような方針で進めようと思う。第一回は親子のメンタルヘルスサポートの事例紹介である。子どもの身体的な健康の水準がかなり向上してきている今、子どもと家族のこころの健康問題がクローズアップされている観点から、これを地域でどのように解決してゆくかということについて、考えてみたい。

1. 地域で子どものこころの健康を支える

近年子どものこころは危機的な状況にあると言える。不登校や引きこもり、児童虐待、学級崩壊など社会問題になっているものもあれば、LD（学習障害）、ADHD（注意欠陥多動障害）、アスペルガー症候群など、これまであまりなじみのなかった言葉も、マスメディアによって伝えられている。子どものこころの定義は、さまざまであるが、子どもが本来持っていて、考えたり感じたりする働きのものとなっていて、そして成長に不可欠なもの、というようなイメージで捉えることもできるだろう。このようなこころの発達に阻害されやすくなっている背景には、社会環境が子供を育てにくいものとなっていることが指摘されるだろう。

このようなこころの問題に対応する良い方法はないかと国を挙げて取り組んでいる。子どものこころが診られる医師が不足しているという課題で始まった検討会も、すべての小児科医が子どものこころを診られる手立てを持つようにトレーニングされるべきであるという結論に達しているのも、この課題の本質を突いたものであろう。

筆者においても、日本の母子保健システムのあり方ともども、この課題についても常に問題意識を持ち続けていた。解決策のひとつを海外の取り組みに見出すことはできないかという視点を持ちながら。そして見出したもののひとつが、オーストラリアのクイーンズランド大学で開発された「前向き子育て

プログラム」である。英語で Positive Parenting Program、頭文字が三つのPであることから、略称 Triple P（トリプルP）といわれる¹⁾。いわゆる子育てプログラムと名の付くペアレントトレーニングの類は世界中で千種を越える²⁾が、当該プログラムは単なる親への介入という側面のみならず、効果に対する客観的評価を伴い、地域アプローチや人材育成の手法を視野に入れ、いわゆるシステムとか考え方といった大きな枠組みを包括するものといえることができる。現在16カ国の国際共同研究となっているが、これに取り組んでゆくことで、日本の母子保健システムのあり方や、その中での人材育成のあり方に関する示唆を得ることができた。これらを含めて、この子育て支援システムについて紹介したいと思う。

2. 濃淡をつけた地域アプローチのあり方

介入プログラムでどのようなことをどのようなカリキュラムで教え伝えてゆくかはあとにゆずるとして、ここではまず、トリプルPの特徴の一つである、地域に視野をおいた多段階からなる接近であることをとりあげる。

子育ての能力を大きく改善していくには、地域での健康の考え方が必要である。両親を支援し、力づけていくために家族の親しみやすい環境を作っていくということである。

表1はトリプルPシステムの介入におけるいろいろなレベルと範囲を表す。レベル1（一般的な介入）は、子育てに興味を持つ全ての両親に特定の子育て法を示す。動画のみならず、コーディネートされた媒体や電子メディア・印刷物等を使ってのプロモーションキャンペーンをとおして、子育てに関する役に立つ情報へのアクセスを提供する。このレベルの介入は、地域の子育て資源がいろいろあることを知ってもらい、親がプログラムに参加することへの積極性を強め、一般的な行動と発達上の心配への解答を示すことによって、大丈夫だと安心した感覚を引き起こそうとする。

表 トリプルPの17の技術

子どもの発達を促す10の技術

- 子どもとの建設的な関係を作る技術
 1. 子どもと良質な時を共有する
 2. 子どもと話す
 3. 愛情を示す
- 好ましい行動を育てる技術
 4. 子どもをほめる
 5. 子どもに注目している気持を伝える
 6. 一生懸命になれる活動を与える
- 新しい技術や行動を教える技術
 7. 良い手本を示す
 8. 適時を利用して教える
 9. 聞く、説明する、やってみる
 10. 行動チャートを使う

子どもの問題行動対応のための7の技術

- 子どもの問題行動対応のための7つの技術
 1. わかりやすい基本ルールを作る
 2. 決まりを破った時の会話による指導
 3. 意図的に計画された無視
 4. はっきり穏やかな指示
 5. 道理として起こる結果を分らせる
 6. 問題行動のためのクワイエットタイム
 7. 深刻な問題行動のためのタイムアウト

地域からレベル2以降のトリプルP対象者を選びだしてゆく上で、レベル1の介入は重要である。自分自身の子育てのあり方に気づきを与えるとともに、アクセスできる資源があることを情報提供する。地域の中で、このシステムの持つ支援を提供してゆく対象を選定する上で、後に述べる客観的評価のためのアンケート調査を地域の子育て中の家族全員に行き、そのスコアに応じて介入レベルを決定する方法もあり、それをやっている地域や国もある。一方レベル1の接近をこの対象者選びのルートの一つとすることには利点がある。いわゆる健康教育の効果は、それを求めてくる人にこそ現われると言われている。レベル1で啓発、触発され、支援を求めてきた人に支援を与えるということは、投入エネルギーに対して最も効果の上がるやり方である。そういう意味で、投じるエネルギーに対して、最も大きい効果をもたらす方法であるともいえる。無論、反応のない人たちにこそ、真の問題例がいるということも、事実ではあるが。

レベル2はよくある行動上の問題にアドバイスを求める親に、先を見越した発達上の助言を提供する1ないし2回のセッションによる、問題が軽い段階での健康管理介入である。必要があればさらに上のレベルで紹介してゆく。地域の開業小児科の外来な

どでこれが活用されると効果的である。ただし、日本においても小児科医にはこころが診られることが要求されており、健やか親子21の目標の一つに、「親子の心の問題に対応できる技術を持った小児科医の割合」が2010年までに100%になるというのがある。また、厚生労働省「子どもの心の診療に携わる専門の医師の養成に関する検討会」においても、結局のところ、専門家を育成するというだけでなく、すべての小児科医がこころの問題に適切な対応ができるようになっていくのがいいという方向性が示された。小児科医はこのように期待されているのである。事実、クイーンズランド州では、25%の小児科医にレベル2のトレーニングをして、問題に対応したり、適切なところに紹介したりすることができるようにするために、かなりの費用を予算化している。

レベル3は程度の軽いものから中くらいまで、問題行動が一種に限定されている子どもたちを対象として相談を行い、スキルトレーニングを行う、20分間4回のセッションである。レベル4はより深刻な問題行動のある子供たちのための集中的な8から10回のセッションで個人またはグループの子育てトレーニングプログラムである。そして、レベル5（レベル4がベースになっている）は家族の問題（例えば夫婦の対立、親の気分の落ち込みまたは高いレベルのストレス）という他の要素によって複雑化する子育て困難にある家族のための、質の高い行動家族介入プログラムである。

このような多段階のシステムとなっているため、両親は自然なアクセスポイントのトリプルPが利用できる（例えばプライマリケア、デイケア/学校と地域でのセッティングなど）。従って、それは親に対し、取り組みを開始したり、ゴールを設定したりすることにより積極的にさせる。

なぜ、複数のレベルの方策から成っているかという、発達障害と問題行動などレベルが子どもごとに異なっているからでありまた、親が必要とするかもしれない支援の方法についても、タイプや強さにおいて、さまざまなニーズと好みがあるからである。複数のレベルからなる方策は効率を最大限にし、コストを必要最小限にし、浪費と過剰サービスを避けるように考えられている。そしてコミュニティ内で幅広くプログラムがいきわたることを確実にしている。また、プログラムに多くの専門家が関わっているため、子育てを促進してゆくなかで、地域の専門家達を存分に利用できるようになる。

トリプルPは認定指導者が、より高いレベルを自動的に提供してしまうということがないように、

両親が認識した問題に対処するために必要最小限のプログラムを提供することができるように考えられている。もしレベルが低くて介入が十分でなかったり、または短い介入の間に更なる問題が浮上したりすれば、親はより強い介入を要求することができる。そして、認定指導者はこの事について、追加のガイダンスを行う。親が主体となって動く自己規制の過程を呼び出すことによって、プログラムに含まれる必要最小限のレベルだけを提供すればよいので、このことは、トリプルPを使っている認定指導者にとって、費用効果がよくて消費者に優しい方法において介入をすることができるということになる。

言い換えれば、必要な場合に必要だけのエネルギーとコストを投じることが可能になるわけで、無駄がない。昨今ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチをうまく組み合わせて取り組むことの必要性が強調されているが、この地域アプローチのシステムはそのような意図が結実した形と言える。レベル4とレベル5がハイリスクアプローチに相当すると言えよう。

3. 介入システム

トリプルPでは単に介入に関する段取りが設定されているということに限られているだけでなく、人材育成(図)、教材、媒体が、各レベルに応じて詳細かつ過不足なく用意されている。カリキュラムは標準化され、また、その育成や介入の質にばらつきが起らないように、自動的に精度管理されるようにマニュアルやルールが決められている。よく作られたものであるからこそ、内容が変わらずに伝播して欲しいという意図の表れである。

システムでは、前向き子育ての考え方をもとに、17の子育て技術(表)を提供している。そしてこの中のいくつかは、日本でよく行われている発達障害支援のためのペアレントトレーニングで用いられるスキルと同一のものである。子育て技術がきわめて

具体的であるため、親はどうすればよいかがよくわかる。レベル3以降では、宿題が出されるが、その内容は、自分で決めるように、プログラムが出来ている。それを行ってみて、変化をモニターするのだが、そういったきわめて具体的な作業の中で、変化が起こっているのは、実は親自身の内面である。しかけは、認知行動療法の理論である。

多段階からなる接近であるため、そのすべてのレベルにおいて介入の実際を説明するのが望ましいが、ここではトリプルPの中で最も代表的なレベル4のグループトリプルPの介入を例に説明する。レベル3はこの中の要点をひろってコンパクトにしたものであり、レベル5はこれを個別に行いさらに家庭の問題の対応を加えた対応となっている。

レベル4のグループトリプルPは8回(8週間)のセッションからなる。1回目は前向きな子育てとは何かの説明され、次に、子どもの問題行動の要因となるものについて触れられる。最後に自分と子どもの行動の変化の目標を決める。宿題は気になる行動を1週間モニターしてくるというものである。

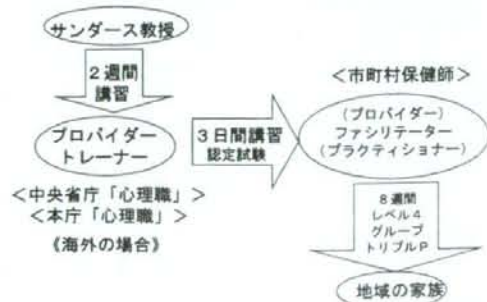
2週目には子どもと前向きな関係を作る、子どもに好ましい行動を教える、新しい技術や行動を教えるための10の技術をビデオでみた後、ワークブックにそって練習する。宿題はその中の2つの技術を家でやってみるということである。3週目は、問題行動を扱う7つの技術をビデオで見た後、ワークブックで練習。話し合いやロールプレイをし、宿題。4週目は、子育てに役立つちょっとしたヒントと、ハイリスクに備える前もって計画する活動に取り組む。1~4回は2時間のセッションである。5, 6, 7回目は電話による個人相談。家で実際に使ってみた技術を、自分の目標にそって自分で評価する。最終回は達成した目標や今後の課題をグループで2時間、または個別に電話で話し合う。

トリプルPでは、親は行動者であり、問題解決者であるという立場から、子育てにあたる人の自主自立の力を引き出すために、ファシリテーター(認定指導者)は最小限の手助けに徹する。必要に応じて最低限の助言をしていくには専門的な知識と認識が求められる。

4. トリプルPの科学的評価

トリプルP効果は、実際に書いてもらう行動記録の変化からも判定できるが、標準化された尺度によって、介入の前後の変化を確認することで評価をより確実なものとしている。親の感じる子どもの問題行動(ECBI, Eyberg Child Behavior Inventory)、子どもの扱いの難しさ(SDQ, Strength and Difficul-

図. 地域における Triple P の人材育成
(レベル4 グループトリプルP を例として)



ties Questionnaire), どのような場面でどんな対応をするか (PS, Parenting Scale), 親らしさ (BPS, Being a Parent Scale), 親としてどんな問題があるか (PPC, Parent Problem Checklist), 夫婦関係 (RQI, Relationship Quality Index), 不安・抑うつ・ストレス (DASS, Depression Anxiety Stress Scale Scales)。これらを全て答えてもらうには20~30分近くかかってしまう。日本の保健センター等で使えるものを導入するために、10~15分で答えられるような簡易版を開発した。日本における介入に関しては、評価結果が報告されており⁶⁾、諸外国でいろいろな家庭を対象に行われているトリプルPの研究成果と共通している。

トリプルPシステムにおける評価はこのような指標の変化で捉える部分だけではない。親のパフォーマンスに対して、すばらしいとフィードバックをして励ますのも評価であるし、宿題をやった一週間を自分で振り返って考えるのも評価である。また一方、地域全体のメンタルヘルス指標がどのように変わったかという大きな視点の評価もあるし、問題行動等を予防したことのもたらす地域の経済効果という視点もある。

米国のサウスカロライナ州では、地域レベルの介入の比較対照研究が行われている。それぞれ9つの介入を行う郡と対照の郡を無作為に割り付ける。そして群全体のメンタルヘルス指標の変化をはじめとして、児童虐待のアウトカムと考えられる、けがによる病院受診の数なども比較する。このように地域全体をトータルに評価するものもあり、評価のレベルもさまざまである。

5. 自分を律することができる存在

Self regulation と言われているもので、心理学領域では自己統制と呼ばれているが、自分自身の行動などを調整できることのできる自信のようなニュアンスの言葉である。このような存在に成長してゆくということが、このプログラムの根底に流れている。このような自己への信頼を、まずファシリテーターの指導者(トレーナーと呼んでいる)が持つ。このようなトレーナーが、ファシリテーター(家族に接する人)を養成する中で、ファシリテーター自身がこのような自分を律することのできる自信を得てゆく。ファシリテーターのこのような姿勢は、親のそれを育ててゆく。親が自分を律することができれば、子どももそれが可能になる。システムはこのような営みの中で動いている。

ファシリテーターは周囲の状況に応じて自らの行動を調整できるように訓練されているので、所属す

る職場のシステムに呼応した接近法を選び、十分に活躍できるように工夫することができる。

わが国の地域保健の現場では、新人の保健師がまず母子保健を任されるが、先輩から教を乞おうとしても、業務多忙で思うように対応してもらえない。育児不安を抱える母親に対応するはずの保健師自身が業務に関する不安に駆られている現状のなかで、若い保健師の業務に対するモチベーションは、否応なしに引き下げられる。もし、トリプルPシステムのような、自分を律せる自信が伝播してゆくようなトレーニングが行われれば、若い保健師は、大きく勇気づけられるのではないだろうか。さらにトリプルPでは、具体的な子育てヒントをわかりやすく解説した50種に上るチップシートという媒体を用意している。これを手に携え、自信を持って家族の支援に当たれば、業務も楽でかつ楽しくなり、ひいては母子保健の最大の課題、こころの健康支援につながってゆくのではないだろうか。

6. わが国の保健問題にどう役に立つか

1) 発達障害の早期発見支援

発達障害をどう早期に発見し支援してゆくかはわが国で大きな課題となっているが、レベル1で地域のすべての親に啓発をすることで、気になる行動を早くに気づいてもらえる。トリプルPシステムでは、親を最良の治療者と位置付けている。親に注意させることで、子どもの行動の問題をいち早く見つけることができるということである。さらに、子どもの発達障害は親の関わり次第で比較的良い経過を取ったり、悪い経過を取ったりする。したがって、早いうちから子どもとの適切な関わりを学ぶことができれば、発達障害の発生を予防することができるかもしれないし、例えその素因があったとしても、より軽症で経過させることもできる。すなわち子どもの発達障害をより早期に発見し支援して行けるということである。

2) 児童虐待への支援

児童虐待に至っている親への支援として、レベル4の定型のものに、児童虐待の対応に関連するセッションが加わっているプログラムが用意されている。Pathway Triple P という名称で呼ばれている。トリプルPシステムにはこのように個別の問題に対応したプログラムがいくつかある。Pathway Triple P はまだ日本には認定指導者がいない。

このプログラムでは、子どもが自己中心的であると考えるのが実は子どもの発達上の問題であったりすることが解説され、また、子どもの行動に対して、不適切な理解の仕方をする、それが子供への

敵意につながる事が説かれる。子どもの行動の原因が、親である自分のせいであるとしたり、あるいは、子どもの行動が親を困らせようとしているのだという風に解釈したりすることを不適切な理解であるとする。そして、子どもの行動を問題であると感じる理由について考えてもらい、その過程で、自身の受け止め方をより好ましいものに変えてゆこうとするものである。

児童虐待に至っている親への支援の仕方として、このような接近は新鮮に感じられる。

3) 幼児期から学齢期への移行

保育所・幼稚園での生活から学校生活への移行は、その変化が大きいだけに、子育てにおけるハイリスクの時期と言えるにもかかわらず、わが国においては、それに特化したサポートシステムがあまりない。これは、地域保健と学校保健が縦割り行政によって分断されているためにどちらからも手がつけられずにいることによる。地域における子どもサポートの盲点になっていると言える。トリプルPシステムでは、2歳から10歳までの子供を扱うため、この時期の子どもに対しても課題設定をして親を支援してゆくことができる。実際、この移行にあたって子育て困難を感じる親は多く、プログラムのニーズが高いことが外国の経験で知られている。トリプルPがこの分野の穴埋めのために地域で活用されることが望まれる。

7. 日本での展開

本プログラムの日本での展開は4年近い歴史をもつ。

認定指導者を養成する資格を持つ日本人が2年前に誕生した。レベル2に当たるセミナーは数多く行われている。レベル2,3で用いる子育てヒントのシートは50種あるうちの10種に関して翻訳が終わり商品化されている。レベル4のグループトリプルPに関しては、現在約100人の認定指導者(ファシリテータ)が養成されている。全国で計約30カ所のグループトリプルPが施行された。

教材の販売や事業の運営のためにNPO法人トリプルPジャパンが2006年1月に設立され、ホームページも立ち上がっている(<http://www.triplep-japan.org/>)。問い合わせへの対応、媒体の注目の受付、養成講座の開催、子育て講座の開催、参加申し込み受け付けなど、種々の業務にあたっている。

8. 結び

トリプルPの認定指導者養成講座を受講したある保健師から、内容は私たちが日ごろやっていることと同じだという感想を聞いたことがある。これには勇気づけられる。なぜならば、わが国の子育て文化の中で伝承された子育て技術がおそらく地域保健の現場での母子保健指導の内容となっていることが想像されるが、このトリプルPシステムは、このような内容が整理されシステムに構築されたものと理解することができるからである。いいかえればトリプルPの内容の外的妥当性が検証されたとも言えるわけである。

トリプルPシステムでは、問題例はさらに上のレベルで紹介してゆく成り立ちとなっているが、地域の様々な資源につなげてゆくこともまた重要である。保健所・保健センターをはじめ様々な医療機関や療育機関の連携ネットワークの中で、トリプルPシステムがどのように機能してゆくのが良いか考えてゆくことも課題となるであろう。

この取り組みは、財団法人ファイザーヘルスリサーチ振興財団、財団法人明治安田こころの健康財団、財団法人総合健康推進財団、及び厚生労働科学研究費補助金子ども家庭総合研究事業の助成を受けて行われている。

文 献

- 1) Sanders MR. Triple P-Positive Parenting Program: towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 1999; 2 (2): 71-90.
- 2) 松本有貴. 前向き子育てプログラム「トリプルP」. *チャイルドヘルス*, 2005; 8 (4): 297-300.
- 3) 加藤則子. 認知行動療法を応用した育児プログラムによる地域アプローチ. *思春期学*, 2005; 23 (3): 305-309.
- 4) 加藤則子. 前向き子育てプログラム(トリプルP)の紹介. *小児保健研究*. 2006; 65 (4): 527-31
- 5) 加藤則子. 最近の子育て支援プログラムとその評価に関する内外の動向. *公衆衛生*. 2004; 68 (9): 717-720.
- 6) 石津博子, 加藤則子, 益子まり, 他. 地域における前向き子育てプログラム介入効果の検証. *小児保健研究*. (印刷中)