

小児のメンタルヘルス推進のための人材開発に関する研究

国立保健医療科学院 研修企画部 部長

加藤 則子



(スライド11、17から23及び30に関しては、P56文末の注釈をご参照お願い致します。)

【スライド-1,2】

この研究は、オーストラリアで開発されたトリプルPという「前向き子育てプログラム」を我が国に導入していく上で、この研究助成のポイントの一つが人材育成ということだった関係から、人材育成の方策について考察しようと、このような組み合わせでやってまいりました。

トリプルP（Positive Parenting Program：前向き子育てプログラム：頭文字にPが3つあるのでトリプルPと言っています）は認知行動理論に基づきまして、オーストラリアのクィーンズランド大学の家族支援センターというところで20年前に開発され、世界の10カ国でその効果が科学的に裏付けられています。

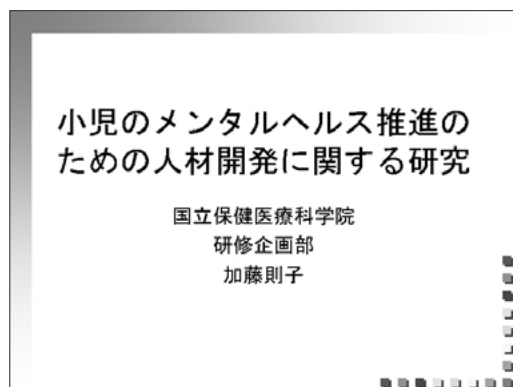
一応日豪共同研究ということで進めさせていただいておりますが、実のところ10カ国の国際共同研究ということになっております。

【スライド-3】

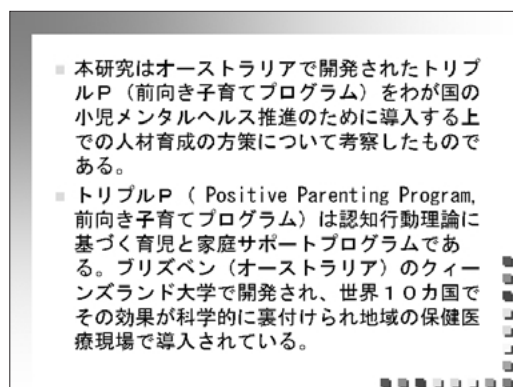
このトリプルPを我が国に導入しようと思ひ至りましたきっかけは、1つは、当院で5年くらい前に「青少年暴力の原因究明と対策」というプロジェクトがございました、事務局のお世話をさせていただいていましたが、そこで問題行動に関してはむしろ予防対策の方が重要である

ということ、乳幼児期からの育児の関わり方というところに非常に感心をもってきていました。さらに私自身が母子保健を専門としている関係から、地域母子保健活動が慢性的な予算及び人員不足で、非常に地域のモチベーションに問題がある中で、

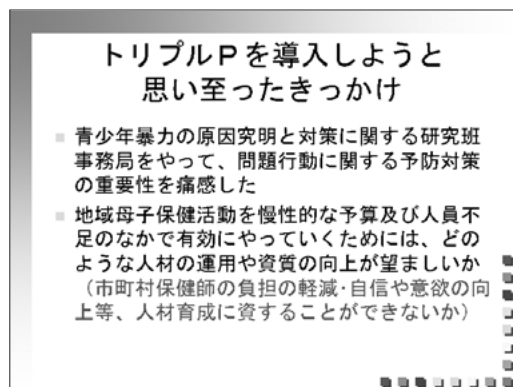
スライド-1



スライド-2



スライド-3



どのように若い市町村の保健師さんの負担や不安を軽減し、自信や意欲の向上もしくは資質の向上に役立てるか、そのためには何か新しい軸が必要かな、といった疑問をずっと持っておりまして、この2つの点の解決策として、このプログラムに関心を持ったわけです。

【スライド-4】

この育児プログラムといいますのは、例えばアメリカの親業ですとか、カナダのノーバディーズパーフェクトですとか、いろいろなものがございます。

こうした育児プログラムは精神論が多く、「あなたは素晴らしい能力があるのよ」というところから始めていくのが多いのですけれども、このオーストラリアのプログラムは非常にオーストラリア的な文化、すなわちプラクティカルで分かりやすく実行が容易であるということに大きな特徴があります。といいますのも、これは行動療法の理論に基づいているからです。現在日本のお母さま方はとかくマニュアル化されておりまして、言われたことはやるけれども自分で考えるのがとても苦手です。ですから、むしろプログラムという形から入っていった方が、非常に行動に移しやすいのです。そういった意味で、これからの日本には重要なものと思っております。

幼児期の子どもさんに使うこともできて、また、評価指標がはっきりしております。

そして地域の介入であるということも重要です。つまり、希望者だけが恩恵を受けるのではなくて、地域のあらゆるレベルの問題行動例について、地域で底上げしていけるといった特徴がありますので、いろいろひかれる点が多いわけです。

【スライド-5】

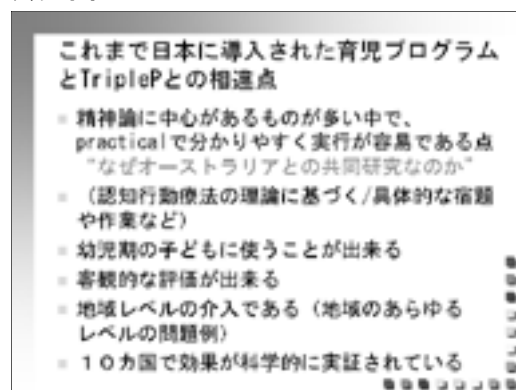
介入レベルですが、地域介入としてUniversalというのは、地域の全ての子どもさんと親に対する、メディアを通じてのものです。ラジオやテレビのコマーシャルをオーストラリアでは使っています。

Selected は、小児科の外来などで医師が5分間くらいの育児のヒントを与えるものです。

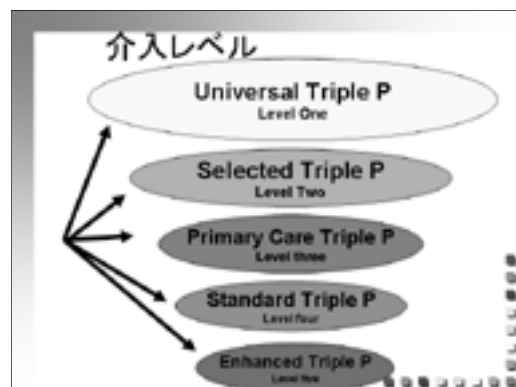
Primary Careと言いますのは、我が国になぞらえば、地域の保健センター、保健所で乳幼児健診等で問題例と感じた例に対して、ちょっと残っていただいてアドバイス、もしくはひと月くらい経ってもう一度フォローアップ健診いたしますが、それらに対して1回20分くらいの介入を行うようなものに対応しております。

StandardがこのトリプルPの特徴を最

スライド-4



スライド-5



もあらわしているもので、8週間の介入プログラムです。

Enhanced は8週間にもう1ヶ月足しまして、残りの1ヶ月は個別の対応になり、かなり困難な事例に行っているものです。

【スライド-6】

コストですけれども、子ども1人にかかるコストはこうにレベルごとに違っているわけです。現在の母子保健シス

テムではだいたい乳幼児健診自体にほとんどお金をかけていますので、スクリーニングをするところが非常に大きく、濃淡を付けて個別に必要なものに対応していくところが弱いと思います。このシステムで地域介入をすれば、いらないところにはお金をかけずにすむし、必要なところに十分なお金をかけることができるわけです。

1人当たりはたったの3,000円足らずと、お安くなっているかなという印象もあります。

【スライド-7】

人材の育成ですけれども、これは主にプロバイダーのトレーナーと地域のファシリテーターから構成されております。サンダース教授という創始者が2月に2週間講習しますとプロバイダートレーナーが誕生します。日本人としては今度の2月に1名誕生します。プロバイダートレーナーは、現在地球上に全部で80数名おります。3日間講習をしますとファシリテーターという人が誕生しまして、我が国でいえば地域保健師、つまり市町村の保健師さんにあたる方がこれになられると非常によいかと思います。図では8週間のレベル4ですが、もしくはレベル3とかレベル2でも、地域の実情に合っているかもしれません。こうして地域の家族にdistributeされていくわけです。

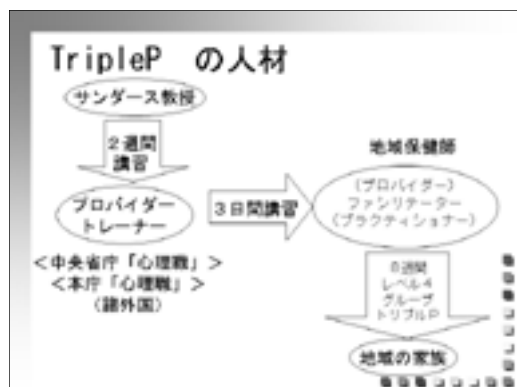
【スライド-8, 9】

こんな教材を使っています。

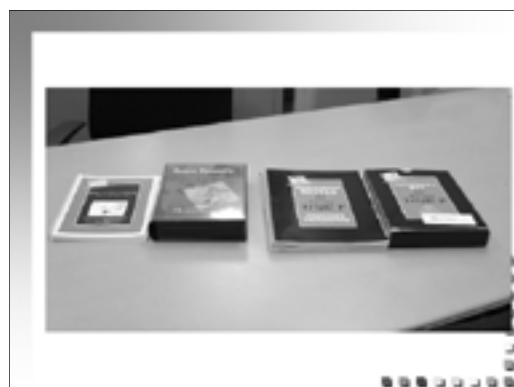
スライド-6

コスト効率はどうか？	
・ 子ども一人にかかる費用	
= \$ 0.75 (Universal Triple P)	
= \$24.84 (Selected Triple P)	
= \$54.74 (Primary Care Triple P)	
= \$87.78 (Group Triple P)	
= \$96.45 (Self directed Triple P)	
= \$422.45 (Standard Triple P)	
= \$379.01 (Enhanced Triple P)	
・ 人口400万人の地域で全2-12歳の子ども (572,701人) に介入を行うとかかる費用	
= \$19,749,000	
・ 一人当たり\$34	

スライド-7



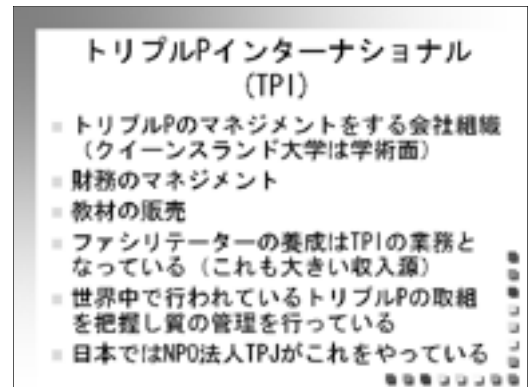
スライド-8



スライド-9



スライド-10



【スライド-10】

豪州ブリスベンでは、TPIという会社がマネジメントをやっています。

日本では、私自身も公務員ですのでお金のことができません。NPO 法人トリプルP ジャパンを設立して、運営面を全部そちらに委せています。

【スライド-11】

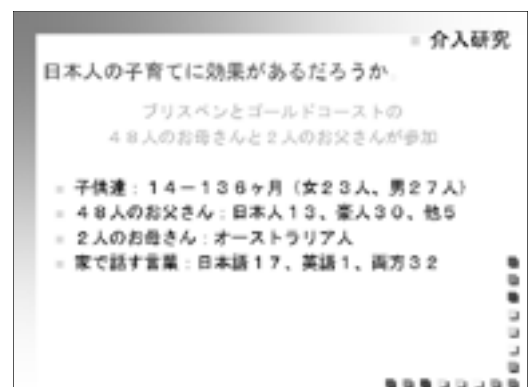
これが助成期間中に行いましたパイロットスタディーです。

ブリスベンとゴールドコーストの日本人の家族に対して介入研究を行いました。

【スライド-12】

時間が無いので端折らなければならないのですが、8週間のセッションはこのように行いました。

スライド-11



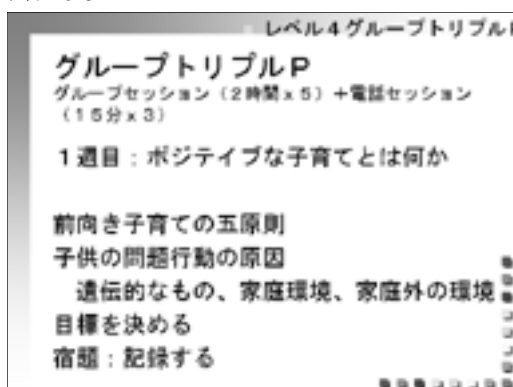
【スライド-13】

これが第2週です。

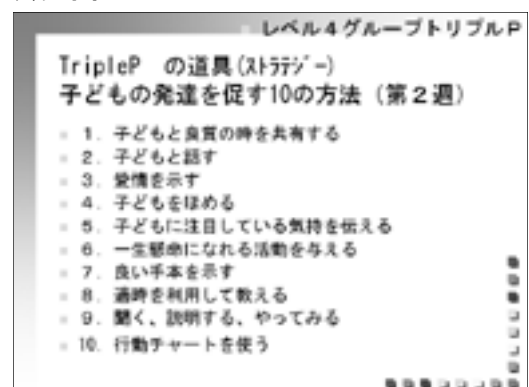
【スライド-14】

第3週にこんな講義をしまして、

スライド-12



スライド-13



【スライド-15】

第4週に4週間の講義のまとめをいたしまして、

【スライド-16】

5週、6週、7週は自宅に戻って宿題をやって、電話でフォローします。

8回目に全員でまたもう一度話し合っ
て、自分の計画がどの程度できたかとい
うことを評価します。

グループでするメリットは仲間作りが
できるということです。深刻な問題はフ
ァシリテーターが1対1でやると技量が難
しく、むしろ仲間作りの中でグループで
話し合った方が、それぞれの人が自分の
問題を口に出して言いやすくなります。
ですからグループでやるところは、非常
にファシリテーターにとってもやりやす
いかなと思います。

【スライド-17～23】

評価法ですけれども、6つの評価指標
で、これは尺度化されております。妥当
性、信頼性は、英語での質問紙では担保
されているのですが、日本語での質問紙
では実のところ現在取組中です。

子どもの問題に関する親の見方の問題
行動の指標、あるいは、親が自覚する自
分の子育てのタイプですとか自信ですと

か考え、それから父母の間での考えの一致点、あと親の心理状態です。これらについ
て6つの指標を使っています。

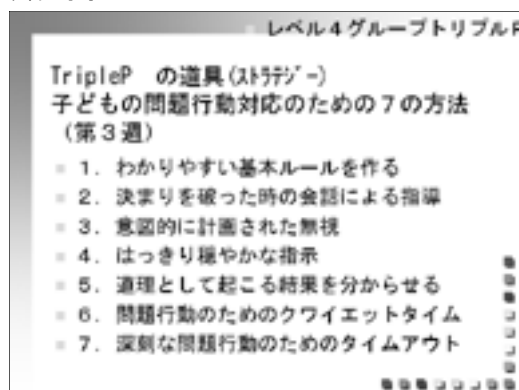
これは答えるのに30分以上かかるので、我が国では回収率で困難をきたしております。

ブリスベンの方々にしてみますと、一元配置分散分析で有意な効果がみられていま
す。左がトリートメント（介入群）で右がウエイトリストです。

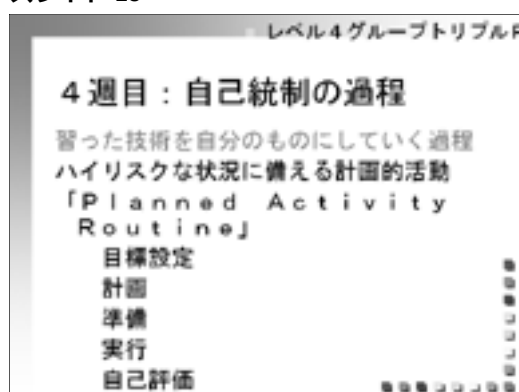
対象群ですけれども、この方々は対象群としての観察が終わった後同じようなサー
ビスを受けていただきますので、我が国でも受益者の不公平がこれで避けられると思
っております。

問題行動も有意に減少し、子どもに甘いと思っていたのが、甘くないと思えるよう
になったですとか、子どもへの過剰に反応するのが落ち着いて反応できるようになっ
たとか、あるいは自信がついてきたとか、あるいは父親と母親の間での意見の相違が

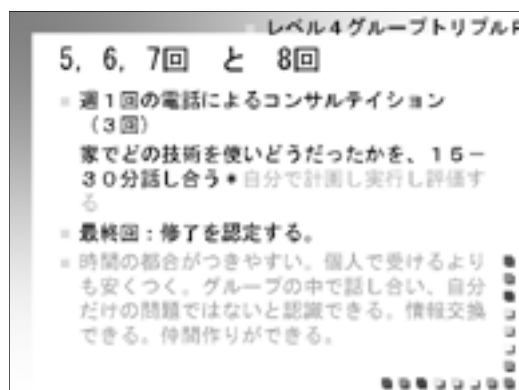
スライド-14



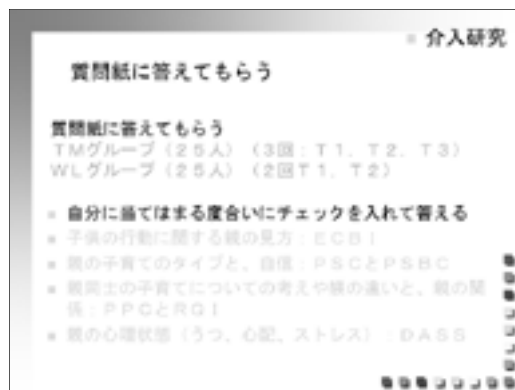
スライド-15



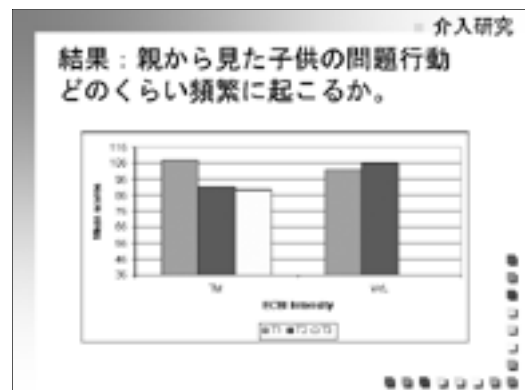
スライド-16



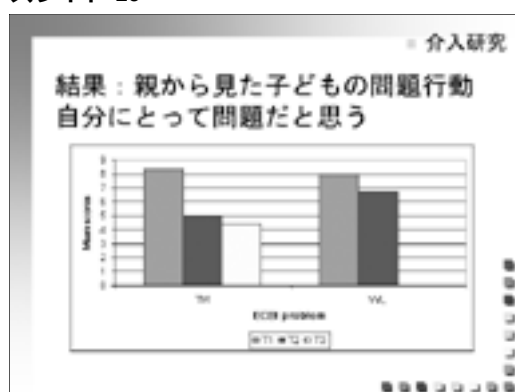
スライド-17



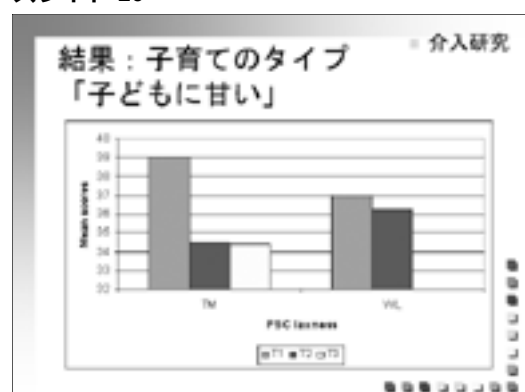
スライド-18



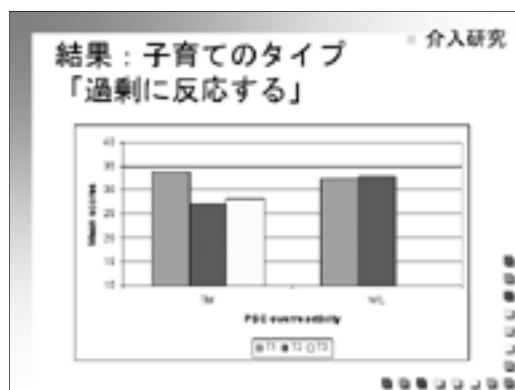
スライド-19



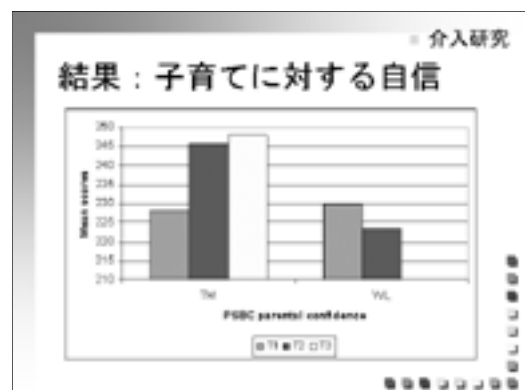
スライド-20



スライド-21



スライド-22



直ってきたとか、こういったいろいろな効果が認められました。去年の3月頃このスタディのまとめが行われました。

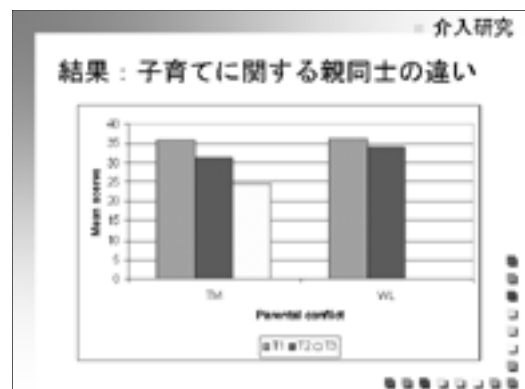
【スライド-24～26】

日本での展開はご覧のとおりです。

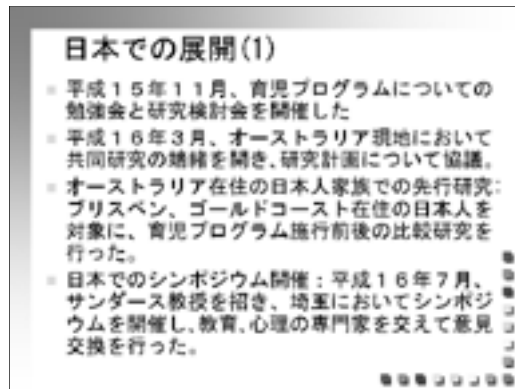
今年（2005年）の1月から4月まで、埼玉県和光市の育児グループを使って、また和歌山県でも育児グループを使って介入を行い、現在質問紙の解析中です。

そして今年の8月、私もスタッフとしてついて行きましたが、地域のNPOの代表の

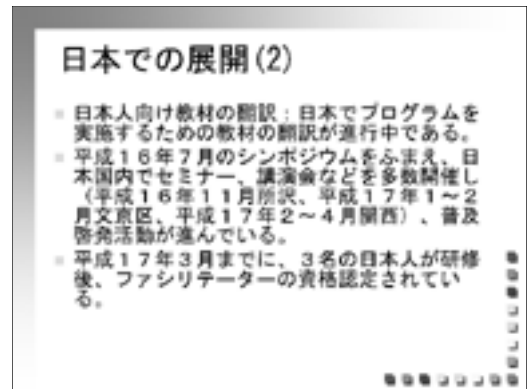
スライド-23



スライド-24

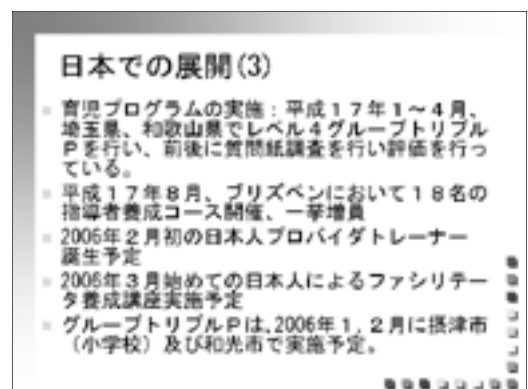


スライド-25



方とか大学の教授・助教授のような立場の18名の日本人が、ブリスベンの指導者養成コースに一拳に行き、増員されました。そして2006年2月には、日本人の初のプロバイダートレーナーが誕生いたします。誕生すると、たぶんこれからが早いと思うのですが、3月には日本人による日本のファシリテーターの養成が始まります。現在までの21名は皆英語によって講義を受け英語で認定されているので、かなり言葉の壁がありましたが、日本人のプロバイダートレーナーが生まれれば、これからは早いと思います。

スライド-26



今後は来年（2006年）1月にもう一度和光市でやるのと、あと、小学校でやらせてもらえることになりました。小学校は壁が厚かったのも、そこでできるのがちょっと嬉しいかなというところです。

【スライド-27】

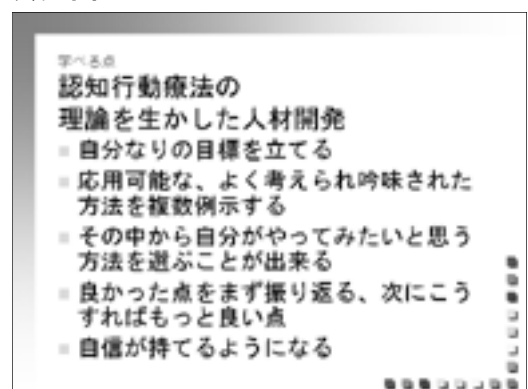
そろそろまとめに入っていきますが、人材育成の中でこのような介入プログラムがどのように生かされていくのかという点です。

まず人材育成に行動療法を用いておりますので、目標を立てることができます。

それから自分でやってみたいと思うことを選ぶことができます。

そして行動療法の特徴として、このスキームでは良かった点をまず振り返ります。つまり自分への自信が持てるような形で導いていけるので、これによって育成された人材は、自分に対する自信を持って業務に取り組めるということになります。

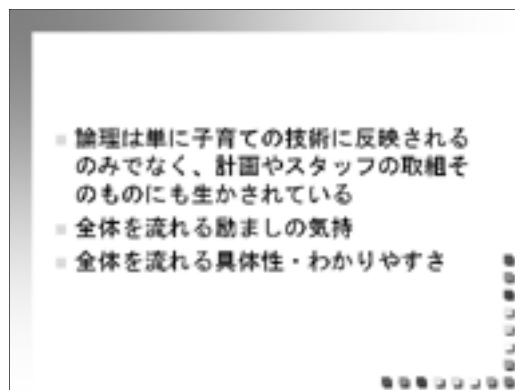
スライド-27



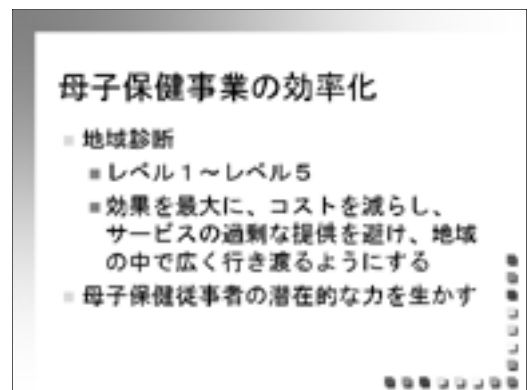
【スライド-28】

また、行動療法の論理が生かされます

スライド-28



スライド-29



と、業務の計画ですとかスタッフの取り組みそのものにも変化が現れます。即ち、このプログラムは親に対する認知行動療法だけではなく、スタッフに対しても具体的で分かりやすく励ましになるようなプログラムです。実際、プログラムをやっていると、参加者は四六時中誉められています。認定試験も、ビデオを撮り終わったあと、まずアドバイザーである私達は「素晴らしかったわ」と認定試験受験者をほめるような習慣をつけています。

【スライド-29】

もう一つ狙っている点は、母子保健事業の効率化です。地域診断をして、レベル1からレベル5の間の、必要な介入をするということが重要です。そうすることでコストを減らして、サービスの過剰な提供を避けて、むしろ必要なところにサービスが行われるようになるのではないかと。また、母子保健従事者の潜在的な力や自信を生かしていけるのではないかと、といった希望を持っております。

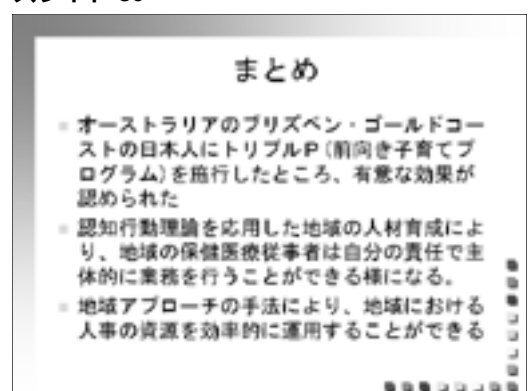
【スライド-30】

まとめですけれども、オーストラリアのブリスベンで日本人にトリプルPのバイロットスタディをさせていただいて、有意な効果が認められました。

行動療法を用いた人材育成をもって、自分の責任で主体的に業務が出来るようになり、母子保健事業の方も効率的にパワーアップしていくのではないかなと思います。

これから長い目でみていろいろな方法で地域と関わっていきたいと思っています。

スライド-30



質疑応答

会場： 素晴らしい発表ありがとうございました。限られた医療資源をどこに重点配分をしていくかということで、レベルに応じた費用対効果をきちっと出されたのは非常に素晴らしいことです。一つ質問したかったのは、階層化をしてどこに重点的に配分するかということは、これは生活習慣病の場合も全く同じ発想で、たぶんこの考え方はポピュレーションベースで進められるディジーズマネジメントと基本的には同じではないかと思うのですが、このメンタルヘルスの場合の階層化というのはどんな形でやられるのか。簡単に教えていただければ有り難いのですが。

加藤： 例えばシンガポールは、人口が全部でたったの200万人ですので、年間2,000万円をかけて出生時に地域の子どもたち全員にこれをやっています。即ち、事前評価で6つの指標をとるわけですが、それを地域の家族全員にやります。そこでスコアが出てきますので、そのスコアを見てレベル別に分けます。ですから基本的には質問紙調査です。ただ日本では答えるのに30分くらいかかるので、なかなか地域全員にこれをという了解を得づらいので、いろいろ検討させていただいております。

会場： 素晴らしい発表ありがとうございました。随分昔になるのですが、私は留学中にアメリカで、その頃日本人会で熱心な方がいらしゃいまして、ペアレンティングを経験いたしました。そのときのいろいろな話がこのように発展して、国際的な連携となって展開していることを聞いて、非常に嬉しく思いました。現在は英語の教材しかないということですが、私の使ったのも英語の教材でした。日本人のメンタリティーにも合うようなものを作っていただけるということで、それによりこの活動が非常に活性化するのではないかと期待しております。どうも有り難うございました。

座長： 日本の子ども達のメンタルヘルスあるいは小児虐待という非常に重要な問題ですので、これからも是非日本で発展されますように願っております。どうも有り難うございました。

スライド17から23までのデータはクイーンズランド大学大学院心理学部博士課程在籍 松本有貴氏の研究によるものである。スライド11及び30においても誤解を生みかねない表現があるが、ブリスベンでのパイロットスタディーは松本氏がマット・サンダース教授の指導で行った松本有貴氏の研究である。