

原 著

1歳6か月児健康診査で用いる親子関係アセスメントツール（PCRAT）の開発
－支援を要する親子のタイプに着目して－

Concerning the development of the Parent-Child Relationship Assessment Tool
(PCRAT), which is used during medical checkups on 18 month old children
-- With a focus on the characteristics of parents and children who are in need of
assistance

松原三智子¹⁾、岡本玲子²⁾、和泉比佐子³⁾
Michiko Matsubara¹⁾, Reiko Okamoto²⁾, Hisako Izumi³⁾

- 1) 北海道科学大学保健医療学部看護学科
- 2) 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻
- 3) 神戸大学大学院保健学研究科
- 1) Health Sciences, Hokkaido University of Science, Sapporo, Japan
- 2) Osaka University Graduate School of Medicine, Division of Health Sciences, Osaka, Japan
- 3) Graduate School of Health Sciences, Kobe University, Kobe, Japan

抄 録

目的：本研究の目的は、親子関係アセスメントツール原案（PCRAT 原案）を1歳6か月児健康診査（以下、1歳半健診）で適用して親子関係をアセスメントし、支援を要する親子の特徴的な項目に着目した親子のタイプを明らかにすることである。

方法：調査方法は郵送による自己記入式質問紙調査を行った。研究参加者は1歳半健診に従事している保健師69名であった。PCRAT 原案を保健師に健診で使用してもらい、親子支援を要する対象と捉えた94事例について、クラスター分析でグループを分類し、判別分析で分類したグループの判別率を確認した。さらに、項目の該当率に着目して、1歳半健診で支援を要する親子のタイプと特徴を解釈し、ツールとして用いることができる様式を作成した。

結果：PCRAT 原案37項目は、母子保健の経験年数に関わらずほとんどの項目で有意差がなく、安定性が確認できた。これらの該当率は1.1-53.2%で、1項目につき平均18.2事例（レンジ1-50）であった。判別に有効な項目は20項目で、4つに分類でき、交差妥当性の判別の中率は80.9%であった。これら20項目の中から特徴的な項目に着目して、1歳半健診で支援を要する親子のタイプと特徴を解釈した。タイプⅠは表現苦手／関わり下手タイプで、タイプⅡは無表情／落ち着きない子どもに翻弄タイプで、タイプⅢは関わり両極端／両者粗雑影響タイプで、タイプⅣは関わり希薄／両者反応微弱タイプであった。

結論：本研究で示された4つの親子のタイプは、虐待のサインに類似した項目を含んでおり、予防的支援が必要な親子のタイプと特徴を捉えていた。

Abstract

Objectives : The purpose of this study was to use the draft of a parent-child relationship assessment tool during checkups for 18 month old children to evaluate parent-child relationships, with a focus on clarifying the types of items distinctive in parents and children who are in need of assistance.

Methods : Our survey method was to employ a self-answered questionnaire that we sent out by mail. The study participants were 69 public health nurses who perform medical checkups on 18 month old children. We asked the nurses to use the draft during their medical checkups, and then we analyzed 94 cases that seemed to show that the parents were in need of assistance. Next, we classified the group using a cluster analysis, and then investigated the discrimination rate of this group using discriminant analysis. Furthermore, we focused on the applicable rates for each item and interpreted the types and characteristics of parents who are thought to be in need of assistance at the time of the child's 18 month medical checkup; thus we created a format which can be used as a tool. There were no significant differences in most of the 37 items of the PCRAT draft, regardless of their years of experience in maternal and child health; thus we confirmed the stability. The applicable rate was 1.1-53.2%, with an average of 35 cases per item.

Results : Twenty items were valid for determination, and were classified into 4 categories; the discrimination predictive value in cross-validation was 80.9%. We focused on the distinctive items of these 20 items, and we believe that they are the characteristics of parents and children who are thought to be in need of assistance at the time of the child's 18 month medical checkup. Of the 4 classified categories, Type I showed weakness in expression / poor involvement; type II seemed emotionless / tired of caring for restless children, type III seemed to show extreme signs of bipolarism / coarse influence was seen in both parent and child; and type IV seemed to show shallow relationships / poor interaction between both parent and child.

Conclusions : The four parent-child relationship types shown in this study include items that are signs of abuse; thus we assume that these characteristics represent the type of parents and children who are thought to be in need of pre-emptive support.

キーワード : マルトリートメント、早期予防、親子関係、1歳6か月児健康診査、アセスメントツール

Keywords : Maltreatment, Early prevention, Parent-Child Relationship, 18-Month Health Check-Up, Assessment Tool

I. 序論

我が国における子どもの虐待相談対応件数は、児童虐待防止法が制定する前年の1999年には11,631件であったが、2015年には103,260件と16年間で8.9倍に増加している¹⁾。このため、保健活動においては、虐待に移行する恐れのある親子を早期に把握し、一次予防の段階で支援を徹底する必要がある。

兵庫県H市および大阪府I市を対象に行った大規模な実態調査では²⁾、親が支援を要する時期は出産後の退院した直後と1歳前後であったことが示されている。現在、前者の時期の親子支援では、エジンバラ産後うつ病スクリーニング尺度³⁾やBonding質問票⁴⁾を用いた簡易なアセスメントが乳児健診で行われており、その効果が示されている^{5,6)}。しかし、後者の幼児前期の健診で普及している一般的なツールは見当たらず、問診票を用いて個々の保健師経験に基づくスクリーニングと、その後のカンファレンスにおける共有化において支援の必要性を決定している。

幼児前期の子どもは「歩く」および「話す」能力を獲得し、親との関係性も人間対人間へと変化する時期⁷⁾

といわれている。Eriksonは自我発達理論の中で、「心理社会的人生段階を8つに分け、その第1段階を乳児期～15ヶ月頃としている。この時期に養育者から安定した養育を提供されることで、子どもは信頼を達成する。しかし、この時期に養育者が子どものニーズを満たさず関係を拒否し続けると、子どもは人間関係的なニーズを否認し自閉的な世界に住まざるを得なくなる」⁸⁾と述べている。したがって、子どもが1歳を過ぎてこれらの発達をクリアする1歳6か月の時期に、親子関係の構築について確認することはとても重要である。

我が国では母子保健法において、1歳6か月児健康診査(以下、1歳半健診とする)を行うよう定めている。この健診の受診率は95%と高く⁹⁾、自治体ではほとんどの親子の様子を把握できる機会となっている。しかし、1歳半健診の要経過観察者割合は、全国的に13.5%(レンジ:0-46.7%)¹⁰⁾、関西2府4県(105市町村)では1.9-56.3%¹¹⁾という報告があり、自治体格差が大きいという課題が示されている。さらに、某自治体における乳幼児健診のフォロー率は、乳児健診18.4%、3

歳児健診17.1%と2割に満たないが、1歳半健診だけ49.8%と高い報告が示されている¹²⁾。

そのため、1歳半健診でフォローが必要な親子を、一定の水準で把握できるような親子関係に着目したアセスメントツール（以下、PCRAT）が必要である。しかし、この時期の健診で用いることが可能な親子の特徴やタイプを示したツールは見当たらない。

Bowlbyが愛着理論を唱え¹³⁾、Ainsworthらはこの愛着理論に注目して、ストレンジ・シチュエーション法によるアタッチメント・パターンを、回避型、安定型、抵抗型（アンビバレント型）に分類した¹⁴⁾。しかし、健診では子どもの成長や親の相談を主体とするため、ストレンジ・シチュエーション法を用いて親子の愛着を確認することは非常に困難な現状がある。

親子関係をアセスメントするためのツールは、例を示すと海外ではThe Home Observation for Measurement of the Environment (HOME)¹⁵⁾が子どもの養育環境と親の子育ての質の測定に、Parenting Scale (PS)¹⁶⁾および母親の養育態度における潜在的虐待リスクスクリーニング質問紙¹⁷⁾は育児状況の把握に用いられている。またInteraction Rating Scale (IRS)¹⁸⁾やNursing Child Assessment Teaching Scale (NCATS)¹⁹⁾は親子相互作用をアセスメントするために用いられている。しかし、HOME、PS、母親の養育態度における潜在的虐待リスクスクリーニング質問紙は親が回答する形式であるため、親が偽って回答した場合や親の認識がずれている場合に、ツール使用の限界がある。IRSおよびNCATSは項目数が多く、子どもの健診や親の相談を主体とする健診の場で使用する困難さが示されている^{20,21)}。

以上のことから、我々は1歳半健診の限られた時間内で支援が必要な親子をアセスメントするために、先行研究²²⁻²⁴⁾から項目を精選し、3領域37項目からなる親子関係アセスメントツール原案（以下、PCRAT原案とする）を作成した²¹⁾。このツールはScale-Content validity index=0.90で高い内容妥当性が確認されている²¹⁾。

本研究の目的は、このPCRAT原案を1歳半健診で適用して親子関係をアセスメントし、支援を要する親子の特徴的な項目に着目した親子のタイプを明らかにすることである。本研究の意義は、保健師が母子保健の経験を問わずに一定水準以上の精度で支援を要する対象を把握でき、対象の親子タイプを明確にすることで、1歳半健診で支援を要する親子のタイプを見極める一助になると考える。

II. 研究方法

1. 参加者

研究参加者は1歳半健診に従事している保健師であり、自治体の保健師統括者を介して依頼した。自治体は、関連学会で母子保健事業について発表していた所、あるいは複数の自治体の幼児健診に従事している臨床心理士3名より情報を得た所とし、26ヶ所に依頼したうち、11ヶ所に協力を得られた。

2. データ収集方法

調査方法は郵送による自己記入式質問紙調査であり、研究参加の同意が得られた者に対して、研究目的と概略を書いた依頼文、倫理的配慮、同意書、同意撤回書、2回分の質問紙をセットにして送付した。研究参加者には、2014年3月から9月の期間、1～2ヶ月の期間をあけて2回の回答を依頼して個々に返送するよう求めた。調査内容は、研究参加者の属性（性別、年齢、母子保健経験年数）、原案37項目であった。原案の評定尺度は、7：非常に当てはまる～1：全く当てはまらないまでの7段階とし、各項目について「親子関係にひずみがある対象で支援が必要と判断した際、アセスメント項目として用いる程度」について回答を求めた。また2回目の回答は、1歳半健診に従事後とし、各項目について同様の問いに回答を求めた。さらに、「親子関係にひずみがある対象で支援を要する事例（以下、事例と略す）毎に、原案のどの項目が該当したか」についても、その有無を記載するよう求めた。

3. 分析方法

PCRAT原案の信頼性は、2回行った調査結果の安定性により確認した。具体的には、2回の調査について、全体と母子保健経験年数群毎に前後の得点を対応させWilcoxonの符号順位検定を行った。母子保健経験年数の群分けには、Saekiら²⁵⁾の4分類を用いた。次に、事例への適用性は次の手順で確認した。(1) 現実に健診で遭遇する事例のタイプを念頭にアセスメントできるよう、階層的クラスター分析のウォード法を用いて事例を分類した。(2) 分類した事例のタイプをより明瞭にするために、これ以降は各項目の該当事例の割合が15%以上の項目で検討することとした。(3) 分類したグループを目的変数、PCRAT原案の項目を説明変数として判別分析を行い、分類の妥当性を確認した。判別の中率は高いほど判別性が高いといわれているが統計的な基準はなく、常識的に80%以上であれば良好とされている²⁶⁾。(4) 上記の結果から、1歳半健診で支援を要する親子のタイプと特徴を解釈し、ツールとして用いることができる様式に整えた。この際、ツールには

各タイプの特徴の解釈に貢献する項目として、複数項目が選定できるように親子の各タイプの事例該当率が40%以上の項目を記載し、より特徴のあるものを示した。

統計解析には IBM SPSS Statistics 23.0 を使用した。

4. 倫理的配慮

倫理的配慮は、所属責任者と研究参加者に対して、調査協力の自由、個人情報保護の保護、データの保存方法、研究結果の公表、調査協力による負担等について文書で説明し、研究参加者より同意書を得た。研究計画は所属大学倫理審査委員会の承認を得て実施した(岡山大学大学院保健学研究科看護学分野倫理審査委員会D13-05, 2013.9.28)。

III. 結果

1. 研究参加者の特性

研究参加者は11自治体に所属する保健師82人であった。途中辞退者の1人と、2回目の未回答者12人を除き、有効回答者数は69人(85.2%)であった。研究参加者69人の特性は表1に示した。性別が男性1人、女性68人であった。年齢は30代が34.8%と最も多く、次いで40代が27.5%、20代が26.1%で、50代以上は11.5%であった。平均年齢は37.0±9.2歳(レンジ23-59)であった。保健師の母子保健経験年数は、5年以下が最も多く33.3%、6-10年以下と11-20年以下がそれぞれ24.6%、21年以上は17.4%で、平均は11.8±9.9年(レンジ1-40)であった。1歳半健診従事後に記載を求めた2回目の調査では、保健師69人中58人が1-5事例、合計94事例を記載した。

2. PCRAT 原案の安定性

2回の調査の結果、全体と母子保健経験年数4群における前後比較について表2に示した。全体および母

子保健経験年数4群すべてにおいてほとんどの項目に有意差がなく、各項目を用いた対象のアセスメントに安定性があることが確認された。全体および母子保健経験年数5年以下群の親子の関わりに属する1項目④のみ2つの調査間の得点に有意差が認められた($p<0.01$)。

3. PCRAT 原案の事例への適用性

親子支援を要する理由で健診後にフォローとなった94事例について、PCRAT 原案37項目の該当状況を確認すると1項目につき平均18.2事例(レンジ1-50)、該当率は1.1-53.2%であり、すべての項目が適用されていた。これらはクラスター分析を用いて4つに分類でき、表3に示したとおり、タイプIは36事例、タイプIIは34事例、タイプIIIは17事例、タイプIVは7事例が含まれた。

また、94事例全体の事例該当率が15%以上の項目は37項目中20項目であった。これらの中から着目すべき項目として以下の5項目が示された。全体合計の該当率が40%を超えた項目は、親の様子②「表情が硬い/乏しい/暗い/笑顔がない」が53.2%で最も多かった。次いで、親子の関わり⑤「子どもに社会的規範を教えない(悪いことを叱り、よい手本を示すなど)」が44.7%、親子の関わり①「健診を待つ間、子どもの語り掛けがほとんど見られず、子どもへの配慮が見られない」が43.6%、子どもの様子⑥「物を壊す、投げる、乱暴である」が43.6%の4項目であった。また、親子の4タイプすべてが40%以上であった項目は、先に示した親の様子②「表情が硬い/乏しい/暗い/笑顔がない」という1項目のみであった。4タイプ中3タイプが40%以上であった項目は、親子の関わり②「子どもがぐずっても、なだめることをしない/できない」

表1 本調査における研究参加者の特性

		(n=69)	
		人	(%)
性別	男性	1	(1.4)
	女性	68	(98.6)
年齢	20~29歳	18	(26.1)
	30~39歳	24	(34.8)
	40~49歳	19	(27.5)
	50歳以上	8	(11.5)
母子保健経験年数	5年以下	23	(33.3)
	6-10年以下	17	(24.6)
	11-20年以下	17	(24.6)
	21年以上	12	(17.4)
保健師が18か月健診で	0事例	11	(15.9)
親子関係が気になって要フォローとなった事例(合計:94事例)	1事例	39	(56.5)
	2事例	9	(13.0)
	3事例	6	(8.7)
	4事例	1	(1.5)
	5事例	3	(4.4)

表2 質問紙調査前後の回答状況と母子保健経験年数による比較

項目	全体				p値		
	N=69		N=12				
	pre Median (25percentile/75percentile)	post Median (25percentile/75percentile)	p値	p値			
親子の関わり	① 健診を待つ間、子どもへの語り掛けがほとんど見られず、子どもへの配慮が見られない	6.0(5.7, 7.0)	6.0(6.0, 7.0)	0.57	0.47	0.26	0.32
	② 子どもがぐずっても、なだめることをしない／できない	6.0(6.0, 7.0)	6.0(6.0, 7.0)	0.40	0.40	0.71	1.00
	③ 子どもが積み木を積むなど、課題を達成して喜んでいない／子どもに共感できない	6.0(5.0, 7.0)	6.0(5.0, 6.0)	0.05	0.45	0.13	0.38
	④ 子どもの理解や奉還に合わせて声掛け、説明、対応ができない(手本を示さない/難しすぎる説明など)	6.0(5.0, 6.0)	6.0(5.0, 6.0)	<0.01 *	<0.01 *	0.33	0.07
	⑤ 子どもに社会的規範を教えない/悪いことを叱り、よい手本を示すなど)	5.0(4.0, 6.0)	6.0(5.0, 6.0)	0.05	0.30	0.36	0.13
	⑥ 子どもをかわいがったり、厳しく突き放したり、親の感情のまま、子どもに接している	6.0(6.0, 7.0)	6.0(6.0, 7.0)	0.76	0.59	0.76	0.13
	⑦ 子どもに対してかわいくない/きらい/置いていくなど、否定的な言葉を直接に言う	7.0(6.0, 7.0)	7.0(6.0, 7.0)	0.05	0.78	0.11	0.05
	⑧ きょうだい間で著しく関わり方を変え、愛情に差を示す(能力以上の要求、能力的な比較など)	6.0(6.0, 7.0)	6.0(6.0, 7.0)	0.13	0.42	0.13	0.35
	⑨ 子どもへの声掛けがイライラしていて、口調が悪い	6.0(5.0, 7.0)	6.0(5.0, 7.0)	0.83	0.71	0.94	0.11
	⑩ 親の考え、期待に沿わないと叱責する(課題ができないと怒り出すなど)	6.0(5.0, 7.0)	6.0(6.0, 7.0)	0.56	0.57	0.16	0.26
	⑪ 子どもができることも親が代わって行い経験させない	5.0(5.0, 6.0)	6.0(4.5, 6.0)	0.90	0.33	0.19	0.48
	⑫ 子どもへの関わり方が粗雑で叩いたり、引っ張ったりする	7.0(6.0, 7.0)	7.0(6.0, 7.0)	0.42	0.41	0.53	0.17
	⑬ 感情に任せて子どもを怒鳴る、叱り続ける	7.0(6.0, 7.0)	7.0(6.0, 7.0)	0.10	0.59	0.20	0.21
	⑭ 普段の子どもの様子を保健師に説明することができない	6.0(5.0, 6.0)	6.0(5.0, 6.0)	0.75	0.42	0.06	1.00
	⑮ 寒さ、暑さなどの季節に合わせて衣服を子どもに着せていない	6.0(5.0, 7.0)	6.0(5.0, 6.5)	0.36	0.72	0.16	0.42
親の様子	① 保健師と視線を合わせない	5.0(4.0, 6.0)	6.0(5.0, 6.0)	0.06	0.91	0.16	0.34
	② 表情が硬い/乏しい/暗い、笑顔がない	6.0(5.0, 6.0)	6.0(5.0, 7.0)	0.17	0.59	0.25	0.76
	③ 問診時に訴えが多く、長時間席を立たずに話し続ける	5.0(4.0, 6.0)	5.0(4.5, 6.0)	0.13	0.14	0.91	0.64
	④ 感情の起伏が激しく、怒り出すと感情を押しさえられなくなり、健診スタッフに暴言をほくなど攻撃的である	6.0(5.0, 7.0)	6.0(5.0, 7.0)	0.84	0.23	0.17	0.30
	⑤ 話をしても反応が鈍く、やりとりがぎこちない	6.0(5.0, 6.0)	5.0(5.0, 6.0)	0.15	0.97	0.05	0.60
	⑥ 問診票の質問内容や面接内容を聞いていくと、話す内容に一貫性がない	6.0(5.0, 6.0)	6.0(5.0, 6.0)	0.69	0.69	0.97	0.36
	⑦ 問診票の質問内容や面接内容に、ずれた返答をする	5.0(5.0, 6.0)	6.0(5.0, 6.0)	0.27	0.95	0.63	0.08
	⑧ 親の確固たる考え、価値観があり、相談する姿勢が見られない	5.0(4.0, 6.0)	5.0(4.0, 6.0)	0.50	0.62	0.59	0.68
	⑨ 健診を待つ間、他の親から浮いている(離れた場所に座る、様相などが極端に人と違う)	5.0(4.0, 6.0)	5.0(5.0, 6.0)	0.07	0.07	0.80	0.14
	⑩ さみさな問題を抱えており、保健師に不安や大変な気持ち等を伝え、涙を流す	5.0(5.0, 6.0)	5.0(5.0, 6.0)	0.30	0.52	0.09	0.89
	⑪ 問診票の相談や心配事の自由記載欄に、細かい文字でびっしり不安や心配の記載がある	5.0(4.0, 6.0)	5.0(4.5, 6.0)	0.79	0.28	0.11	0.64
	⑫ 問診票に、相談者や協力者がいない記載がある	5.0(4.0, 6.0)	5.0(5.0, 6.0)	0.07	0.14	0.67	0.20
	⑬ 問診票に、眠れない、疲れやすい、やる気がでないなどの記載がある	6.0(5.0, 6.0)	6.0(5.0, 6.0)	0.29	0.25	0.85	0.26
子どもの様子	① 身長や体重が2SD未満である/増加が悪い	5.0(4.0, 6.0)	5.0(4.0, 6.0)	0.58	0.23	0.88	0.74
	② う歯がある	5.0(5.0, 6.0)	5.0(5.0, 6.0)	0.48	0.47	0.27	0.55
	③ 視線が合わない	5.0(4.0, 6.0)	5.0(4.0, 6.0)	0.78	0.50	0.52	0.67
	④ 笑顔がなく、感情表現や反応が乏しい	6.0(5.0, 6.5)	6.0(5.0, 7.0)	0.57	0.29	0.56	0.07
	⑤ 注意が散漫で絵カードや積み木積みなどに集中できない、落ち着かない	5.0(4.0, 6.0)	5.0(4.0, 6.0)	0.37	0.26	0.34	1.00
	⑥ 物を壊す、投げる、乱暴である	5.0(5.0, 6.0)	5.0(5.0, 6.0)	0.77	0.37	0.45	0.32
	⑦ 特定の場所、音、物に対してパニックを起こす	5.0(4.0, 6.0)	5.0(4.0, 6.0)	0.30	0.30	0.94	0.55
	⑧ 寝つきが悪い、睡眠が浅い/短い	5.0(4.0, 6.0)	5.0(4.0, 6.0)	0.78	0.06	0.36	0.46
	⑨ 特別なものへの極端なこだわりなど、変わった特性・習癖がある	5.0(4.0, 6.0)	5.0(4.0, 6.0)	0.44	0.06	0.59	0.85

* Wilcoxonの符号順位検定 p<0.01

表3 親子関係アセスメントツール (PCRAT) の事例適応状況と親子関係の特徴的傾向

親子関係アセスメントツールの項目		全体	タイプ I	タイプ II	タイプ III	タイプ IV
		合計(%) n=94	合計(%) n=36	合計(%) n=34	合計(%) n=17	合計(%) n=7
親子の 関わり	① 健診を待つ間、子どもの語り掛けがほとんど見られず、子どもへの配慮が見られない	43.6	16.7	38.2	88.2	100.0
	④ 子どもの理解や発達に合わせた声掛け、説明、対応ができない(手本を示さない/難しすぎる説明など)	35.1	27.8	38.2	70.6	100.0
	③ 子どもが積み木を積み木など、課題を達成して喜んでいても、一緒に喜ばない/子どもに共感できない	21.3	16.7	0.0	47.1	85.7
	⑤ 子どもに社会的規範を教えない(悪いことを叱り、よい手本を示すなど)	44.7	13.9	32.4	52.9	85.7
	⑭ 普段の子どもの様子を保健師に説明することができない	33.0	16.7	5.9	41.2	71.4
	② 子どもがぐずっても、なだめることをしない/できない	21.3	5.6	41.2	70.6	71.4
	⑨ 子どもへの声掛けがイライラしている、口調が荒い	33.0	11.1	35.3	82.4	14.3
	⑥ 子どもをかわいがったり、厳しく突き放したり、親の感情のまま、子どもに接している	16.0	0.0	23.5	64.7	14.3
	⑫ 子どもへの関わり方が粗雑で叩いたり、引っ張ったりする	21.3	8.3	14.7	35.3	14.3
親の様子	② 表情が硬い/乏しい/暗い、笑顔がない	53.2	44.4	55.9	47.1	100.0
	⑤ 話をしても反応鈍く、やりとりがぎこちない	25.5	44.4	2.9	11.8	71.4
	⑫ 問診票に、相談者や協力者がいい記載がある	17.0	8.3	32.4	5.9	57.1
	⑨ 健診を待つ間、他の親から浮いている(離れた場所に座る、様相などが極端に人と違う)	33.0	19.4	26.5	70.6	42.9
	⑧ 親の確固たる考え、価値観があり、相談する姿勢が見られない	20.2	5.6	17.6	47.1	0.0
	⑬ 問診票に、眠れない、疲れやすい、やる気が出ないなどの記載がある	18.1	11.1	11.8	35.3	42.9
子どもの 様子	④ 笑顔がなく、感情表現や反応が乏しい	16.0	5.6	26.5	5.9	100.0
	③ 視線が合わない	22.3	2.8	29.4	23.5	85.7
	⑤ 注意が散漫で絵カードや積み木積みなどに集中できない、落ち着きがない	20.2	13.9	67.6	64.7	28.6
	⑥ 物を壊す、投げる、乱暴である	43.6	11.1	17.6	47.1	28.6
	② う歯がある	21.3	13.9	5.9	47.1	0.0

クラスター分析および判別分析後の全体および各タイプの該当割合

太字:40%以上の値

という1項目のみであった。

さらに、20項目を用いて判別分析を行ったところ図1に示したとおり、各グループの重心はタイプI(第1正準変量-2.13, 第2正準変量0.22)、タイプII(0.18, -0.46)、タイプIII(2.96, -1.45)、タイプIV(2.87, 4.62)であった。これらの結果より、タイプI、タイプII、タイプIIIは親子のタイプで類似傾向があり、タイプIVのみ明確に異なる親子タイプが示された。4タイプの交差妥当化の判別率の中率は80.9%で事例を良好に分類できることが示された。

4. 1歳半健診で支援が必要な親子のタイプ

表4は、表3で示した20項目の中から、事例該当割合が40%以上の項目(太字部分)に着目して、1歳半健診で支援が必要な親子のタイプと特徴を記述した。40%以上を基準に設定した理由は、4つの親子の各タ

イプで複数項目が選定でき、より特徴のあるものが示されたからである。

4つの親子のタイプは、下記に示すとおりであった。タイプIのアセスメント項目は2項目で、表現苦手/関わり下手タイプで、「親に笑顔がなく、態度がぎこちない傾向にある」という特徴を示す対象であった。タイプIIのアセスメント項目は3項目で、無表情/落ち着きない子どもに翻弄タイプで、「子どもに落ち着きがなく、多くの場合親の表情が乏しく、子どもを上手くなだめられない」という特徴を示す対象であった。タイプIIIのアセスメント項目は14項目で、関わり両極端/両者粗雑影響タイプで、「子どもへの声かけや接し方が荒く感情的、あるいは逆に放任している状況がみられ、他の親から浮いている。子どもに落ち着きがない場合が多く、乱暴でう歯がみられることもある」という特徴を示す対象であった。タイプIVのアセスメント項目は、関わり希薄/両者反応微弱タイプで、「親の表情が硬く、子どもに合わせた配慮や対応ができない。子どもも反応に乏しく、視線が合いにくい」という特徴を示す対象であった。

IV. 考察

1. 研究参加者の特性

研究参加者は11自治体に所属する保健師69人で、そのうち男性は1人(15%)であった。2015年看護関係統計資料集^{27,28)}では、2014年の市町村保健師における男性保健師割合は16%を示し、同程度の割合であったことから母集団の代表性を一定に有すると考える。

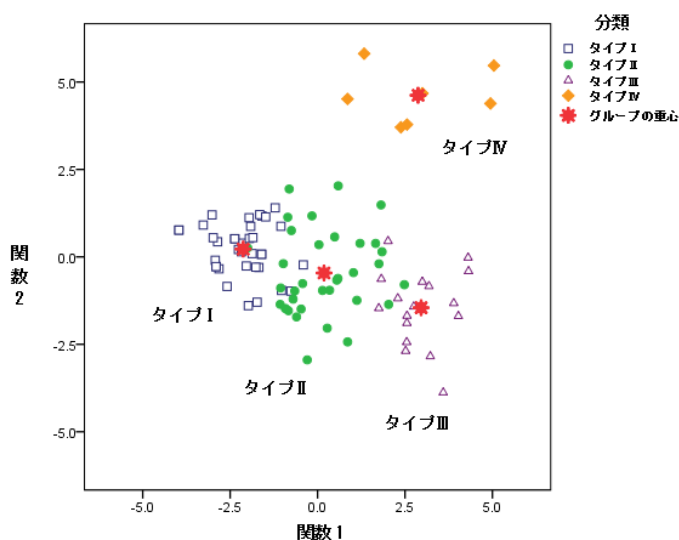


図1 判別分析による4つの親子のタイプ

表4 1歳6か月児健康調査で親子関係アセスメントツール (PCRAT) を適用して示された支援を要する親子のタイプと特徴

親子関係のタイプ	タイプの特徴	アセスメント項目	
タイプⅠ 表現苦手／関わり下手タイプ	親に笑顔がなく、 態度がぎこちない傾向にある	親の様子	② 表情が硬い／乏しい／暗い、笑顔がない※ ⑤ 話をしても反応鈍く、やりとりがぎこちない
タイプⅡ 無表情／落ち着きない子どもに 翻弄タイプ	子どもに落ち着きがなく、 多くの場合親の表情が乏しく、 子どもを上手くなだめられない	親子の関わり	② 子どもがぐずっても、なだめることをしない／できない※
		親の様子	② 表情が硬い／乏しい／暗い、笑顔がない※
		子どもの様子	⑤ 注意が散漫で絵カードや積み木積みなどに集中できない、落ち着きがない※
タイプⅢ 関わり両極端／ 両者粗雑影響タイプ	子どもへの声かけや接し方が荒く感情的、 あるいは逆に放任している状況がみられ、 他の親から浮いている。 子どもに落ち着きがない場合が多く、 乱暴でう歯がみられることもある。	親子の関わり	① 健診を待つ間、子どもの語り掛けがほとんど見られず、子どもへの配慮が見られない※ ③ 子どもが積み木を積み木など、課題を達成して喜んでいても、一緒に喜ばない／子どもに共感できない ④ 子どもの理解や発達に合わせた声掛け、説明、対応ができない(手本を示さない／難しすぎる説明など)* ② 子どもがぐずっても、なだめることをしない／できない※ ⑤ 子どもに社会的規範を教えない(悪いことを叱り、よい手本を示すなど)※ ⑭ 普段の子どもの様子を保健師に説明することができない
		親の様子	⑨ 健診を待つ間、他の親から浮いている(離れた場所に座る、様相などが極端に人と違う) ② 表情が硬い／乏しい／暗い、笑顔がない※ ⑧ 親の確固たる考え、価値観があり、相談する姿勢が見られない
		子どもの様子	⑤ 注意が散漫で絵カードや積み木積みなどに集中できない、落ち着きがない※ ⑥ 物を壊す、投げる、乱暴である ② う歯がある
タイプⅣ 関わり希薄／ 両者反応微弱タイプ	親の表情が硬く、 子どもに合わせた配慮や対応ができない。 子どもも反応に乏しく、視線が合いにくい。	親子の関わり	① 健診を待つ間、子どもの語り掛けがほとんど見られず、子どもへの配慮が見られない※ ④ 子どもの理解や発達に合わせた声掛け、説明、対応ができない(手本を示さない／難しすぎる説明など)* ③ 子どもが積み木を積み木など、課題を達成して喜んでいても、一緒に喜ばない／子どもに共感できない ⑤ 子どもに社会的規範を教えない(悪いことを叱り、よい手本を示すなど)※ ② 子どもがぐずっても、なだめることをしない／できない※ ⑭ 普段の子どもの様子を保健師に説明することができない
		親の様子	② 表情が硬い／乏しい／暗い、笑顔がない※ ⑤ 話をしても反応鈍く、やりとりがぎこちない ⑭ 問診票に、相談者や協力者がいない記載がある ⑨ 健診を待つ間、他の親から浮いている(離れた場所に座る、様相などが極端に人と違う) ⑬ 問診票に、眠れない、疲れやすい、やる気が出ないなどの記載がある
		子どもの様子	④ 笑顔がなく、感情表現や反応が乏しい ③ 視線が合わない

脚注
 本ツールは、1歳6か月児健康調査で支援が必要な親子の特徴とアセスメント項目を示している。
 ※親の様子②「表情が硬い／乏しい／暗い、笑顔がない」は4タイプ全てに該当する割合が高い重要項目である。
 ※親子の関わり②「子どもがぐずっても、なだめることをしない／できない」はタイプⅡ～Ⅳに該当する割合が高い重要項目である。
 ※全体の該当率が40%以上を示した重要項目は、親子の関わり①、⑤、親の様子②、子どもの様子⑥であり、これらに着目するとどれかのタイプを発見しやすい。
 *のついている項目は、5年以下の新人期に安定性が悪い項目であったため、1歳半の子どもの発達とそれに伴う親の関わり方をイメージしておく必要がある。
 タイプⅠは、子どもに敬候は見られないが、親の対人面に敬候が示され、予防的支援が必要なタイプである。
 タイプⅡは、子どもに落ち着きがなく、親の対人面、子どもへの関わりの手下手が示され、予防的支援が必要なタイプである。
 タイプⅢ・Ⅳは、子どもと親の両者に敬候が示され、支援が必要なタイプである。

2. PCRAT の項目使用の安定性

本研究におけるPCRATの2回の調査は、親子の関わりに属する④の1項目以外で有意差は認めず、経験年数を問わずに使用できる項目であったと考える。有意差が認められた項目は、「子どもの理解や発達に合わせた声掛け、説明、対応ができない」であり、18ヶ月児の個人差の大きい時期の子どもの発達について、知識や経験を問われる項目であったと考える。日本の新人保健師の課題は、乳幼児健診や家庭訪問で知識不足や対象との関わり方に悩んでいる割合が8割である結果²⁹⁾や、「知識不足」「技術不足」に気掛かりがあるという報告³⁰⁾がされている。したがって、本ツールを使用する際には、この1項目については5年以下の新人期に安定性が悪いことを明記し、1歳半の子どもの発達とそれに伴う一般的な親の関わり方を把握して使用することを喚起する必要があると考える。

3. 事例を用いたPCRATの適用性

調査の結果、PCRAT原案37項目は、支援が必要な対象94事例のいずれかに該当していることが確認できた。中でも、事例の該当率の高かった20項目

は、親子関係から9項目(60.0%)、親の様子から6項目(46.2%)、子どもの様子から5項目(55.6%)と、3領域にわたりバランスよく該当していた。これは支援が必要な対象は、子どもの様子単独、あるいは親の様子単独ではなく、親子相互の関わりも同時に確認してアセスメントする必要性を示唆していた。この結果は、親子相互作用が親子の特性に影響するというBarnardらの見解³¹⁾と一致しており、親子関係をアセスメントする際、重要な視点であったと考える。また、判別率の中率が80%以上を示し、親子関係の特徴を踏まえて4つに分類できたことで、支援が必要な親子のタイプを明確に示すことができたと考える。

また、着目すべき5項目(親子の関わり①②⑤、親の様子②、子どもの様子⑥)は、健診時の観察ポイントとして気に留めておくと、支援が必要な親子のタイプを見極めやすい項目であったと考える。つまり、これらの特徴を持つか否かが親子支援を判断するうえで鍵となっている項目であることが該当率から示唆された。また、親子の関わり②や親の様子②は、親子の各タイプで重複しているため、タイプを判断するうえ

で迷う可能性を懸念する。しかし、表4で示した支援を要する親子のタイプと特徴を照らし合わせることで、タイプを分けることが容易になると考える。

4. 支援が必要な親子の4タイプの特徴

次に、本研究で示された親子のタイプの特徴および違いについて考える。

タイプIは、健診で最も遭遇する頻度の多い対象であったが、親の様子しか示されておらず、子どもは際立った特徴がなく、親の表現苦手/関わり下手ということが特徴的なタイプであった。このタイプは、子どものアセスメント項目のみに着目した場合、健診では問題なしと判断される対象である。したがって、親子支援を重視した本ツールでのみ把握できる対象であり、本ツールを用いて最も把握したい対象であったと考える。

タイプIIは、親が落ち着きのない子どもに翻弄され、無表情になっているタイプであり、遭遇する頻度の多いタイプであった。このタイプは、子どもの様子で「集中力のなさ、落ち着きのなさ」を特徴として7割近い該当率を示していた。親の様子の「表情が硬い/乏しい」は、親の特性として元来のものか、子どもに翻弄されて示されたものかの判断はできないが、親子の関わりで「子どもがぐずっても、なだめられない」ことが特徴として示され、表情が硬く、育児下手な印象が示されていると考える。

一般的に、1歳半の子どもは落ち着きない特徴を示すため、健診では見過ごされる可能性がある対象である。しかし、子どもの落ち着きのなさに加えて、親が子どもに翻弄されて表情が乏しくなっている場合は、「うつ病」などのメンタル的疾患が影響している可能性もあり、ひいては子どもを放任して関わりなくなる可能性も考えられる。また、第1子などで育児下手であれば、支援をすることで健全育成の範囲に戻せる可能性が考えられる。したがって、本ツールを用いて支援が必要な対象として見極める必要があると考える。

タイプIIIとIVは、遭遇する頻度はI、IIより少ないものの、それぞれの特徴が示された。

まず、親子の関わり領域が重複して示され、タイプIII、IVともに、「健診を待つ間で子どもへの配慮が見られない」「子どもに合わせた声掛け、対応ができない」「子どもに共感できない」「子どもへの社会的規範を教えない」「普段の子どもの様子を保健師に説明できない」「子どもがぐずってもなだめられない」という6項目より、子どもへの関わり方の配慮不足が示

されていた。これらの項目は、度合いが過ぎるとネグレクトの領域に至る徴候と考えられ、我々の先行研究²⁵⁾で明らかになった親の子どもへの希薄な関わりを示すものとする。しかし、両者の違いは、タイプIIIの場合「子どもへの声掛けがイライラしていて、口調が荒い」「子どもをかわいがったり、厳しく突き放したり、親の感情のまま子どもに接している」、また、割合は多くはないが「関わり方が粗雑で叩いたり、引っ張ったりする」ことが特徴として示されていた。これらは、先々、身体的虐待や心理的虐待の領域に至る徴候と捉えられ、我々の先行研究²⁵⁾で明らかになった親の子どもへの過剰な関わりを示すものであったと考える。

次に親の様子では、タイプIIIの親は「確固たる考え、価値観があり、相談する姿勢が見られない」という特徴を示し、タイプIVの親は「表情が硬く、笑顔がない」「反応が鈍く、やりとりがぎこちない」「相談者や協力者がいない」という特徴を示していた。子どもの様子では、タイプIIIは「落ち着きない」「乱暴」「う歯が見られる」ことから多動傾向にあった。一方、タイプIVはすべての子どもに「笑顔がなく」「視線が合わない」ことから自閉症的な傾向をそなえていると考える。

以上のことから、タイプIIIは、子どもが多動傾向にあり、親が希薄な関わりを示しながらも、親自身もイライラして感情的に過剰に関わるため、親の子どもへの関わり方は、希薄と過剰な関わりとの両極端なタイプと考えられる。つまり、親子ともにエネルギーの高い対象であり、親は自分の都合で子どもを放任している一方で、急に怒鳴ったり過剰な反応を示したりするタイプと考える。また、親自身は確固たる考えを持っていて、相談姿勢がないために、相談時にとつきにくい印象を示す介入拒否のタイプと考える。タイプIVは、子どもが自閉症的な徴候を示し、親は希薄な関わりを示すため、親子ともに触れ合えず、親子の関係が育まれにくい、両者反応微弱な特徴をもつと考える。親の表情も硬く、やりとりがぎこちなく、協力者もいないことから、心配な印象をもつ親と考えられ、親自身も支援を要するため、支援ルートにのりやすいと考える。したがって、タイプIIIとIVは、子どもの様子から既に健診の中で支援が必要なタイプと考えられるが、親子をともに支援をせずに放置すると、愛着形成が育まねず、将来さまざまな課題が出現する可能性が考えられる。

以上のことから、本ツールの親子のタイプIとIIは、支援が必要な徴候が顕在化し始めたばかりの対象

で、保健分野で早期に把握して親子教室や子育て支援センターなどにつなぐことで、健全育成の方向に容易に戻せる対象であったと考える。これを放置しておく、タイプⅢやⅣへの移行なども懸念され、早期の予防的支援が重要である。また、親子のタイプⅢとⅣは、不適な関わりとして希薄さ及び過剰さが徴候として既に示されており、虐待への移行を防止するよう支援が必要な対象と考える。Paavilainenらは、児童虐待を示す目印として、子どもは落ち着きなく集中力が散漫している、家族の様子は孤立していてネットワークに欠ける、親は子どものニーズよりも自分中心になるなどの傾向を示しており³²⁾、本研究で示された項目と類似していた。したがって、先々虐待に至る目印になる項目と一致することから、親子のタイプⅢ、Ⅳは予防的支援を要する対象として捉える必要性が示唆されたと考える。

5. 1歳半健診における本ツールの活用

本研究結果から、1歳半健診で遭遇した事例の中から親子関係にひずみがある対象を支援する必要性が判断されたのは94事例で、これらの事例は高い弁別性をもつ4つのタイプに分類された。この4タイプの特徴と、各タイプを特徴づけるアセスメント項目について、多くの保健師が認識を深めることによって、1歳半健診で支援が必要な親子の判断が容易になると考える。本アセスメントツールを、健診の場で活用することで、親子のタイプを系統立てて把握できる可能性が高く、4タイプの支援が必要な親子を保健師の経験年数を問わずに把握する一助につながると考える。また、保健師が予防的な関わりを早期に行うことで、就学時までのモニタリングが促進され、ひいては健全な子どもの発育を保証することに貢献できると考える。

V. 本研究の限界と今後の展望

本研究の限界は、特定地域の限られた研究参加者であったこと、各保健センターに依頼して研究参加を自由意思で募ったため、母子保健に興味関心を持ち意識が高い者であった可能性があり、このバイアスは本研究の限界であると考えられる。また、個別健診ではない集団健診の場で捉えた結果であったため、健診方法の影響が考えられる。

今後の展望は、本ツールを使用して把握した対象に対して、タイプ別の介入プログラムを作成して実施・評価を行い、効果について検討していく必要がある。

謝辞

本研究を実施するにあたり、お忙しい中ご協力をいただきました保健師の皆様に深く感謝申し上げます。また、本研究は文部科学省科学研究費(C) (研究課題番号: 20592630 研究代表者名: 松原三智子) の助成を受けて実施した一部である。

REFERENCES

- 1) 厚生労働省. 平成27年度の児童相談所での児童虐待相談対応件数(速報値). [online] 平成28年8月4日、雇用均等・児童家庭局総務課. [2016年8月24日検索]、
- 2) URL<<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11901000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Soumuka/0000132366.pdf>>
- 2) 原田正文. 育児における母親の心配・不安. 子育ての変貌と次世代育成支援一兵庫レポートにみる子育て現場と子ども虐待予防一. 名古屋: 名古屋大学出版. 2007: 173-209.
- 3) 岡野慎治, 村田真理子, 増地聡子他. 日本版エジンバラ産後うつ病自己評価表(EPDS)の信頼性と妥当性. 精神科診断学. 1996; 7: 525-533.
- 4) 鈴宮寛子, 山下洋, 吉田敬子. 出産後の母親への自己記入式質問票を活用した援助介入. 小児保健研究. 2008; 67(4): 641-647.
- 5) 鈴宮寛子, 山下洋, 吉田敬子. 出産後の母親にみられる抑うつ感情とボンディング障害一自己質問紙を活用した周産期精神保健における支援方法の検討一. 精神科診断学. 2003; 53: 49-57.
- 6) 鈴宮寛子. 産後うつ病早期発見と虐待予防活動一新生児訪問指導におけるEPDS(エジンバラ産後うつ病質問票)の実施一. チャイルドヘルス. 2001; 4(12): 938-940.
- 7) 服部祥子. 生涯人間発達論. 東京: 医学書院. 2000: 29-39.
- 8) 舟島なをみ. 看護のための人間発達学 第3版. 東京: 医学書院. 2005: 28-35.
- 9) 厚生労働省. 平成26年度地域保健・健康増進事業報告の概要. [online] 平成28年3月30日、大臣官房統計情報部 人口動態・保健社会統計課行政報告統計室. [2016年8月4日検索]、URL < <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/c-hoken/13/dl/kekka1.pdf> >
- 10) 近藤直子, 白石恵里子, 張貞京他. 障害乳幼児施

- 策全国実態調査 自治体における障害乳幼児施策の実態, 障害者問題研究, 2001; 29(2): 96-123.
- 11) 都筑千景, 村嶋幸代: 1歳6ヵ月児健康診査の実施内容と保健師の関わり, 日本公衆衛生雑誌, 2009; 56(2): 111-120.
- 12) 阿部哲美, 水口克幸, 佐々木浩治他. 北海道の早期療育対象児とグレーゾーンの実態分析および各地域における対応の総合的検討, 北海道ノーマライゼーション研究, 1996; 8: 115-130.
- 13) Bowlby J. Attachment and Loss, volume 1, Attachment, New York: Basic Books. 1969, 1982.
- 14) Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., et al. Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation. Hillsdale, N.J.: Erlbaum. 1978.
- 15) Caldwell, B.M., Bradley, R.H. Home Observation for Measurement of the Environment. Little Rock: Center for Research on Teaching and Learning, University of Arkansas. 1974.
- 16) Arnold, D.S. Wolff L.S., Acker, M.M. The Parenting Scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations, Psychological Assessment, 5, 1993:137-144.
- 17) 花田裕子, 小西美智子. 母親の養育態度における潜在的虐待リスクスクリーニング質問紙の信頼性と妥当性の検討. 広島大学保健学ジャーナル. 2003; 3(1): 55-62.
- 18) Anme T., Shinohara R, Yuka S, et.al. Interaction Rating Scale (IRS) as an Evidence-Based Practical Index of Children's Social Skills and Parenting, Journal of Epidemiology, 20(2), 419-426.
- 19) Summer, G., Spietz, A. NCAST: Caregiver/parent-child interaction teaching manual, Seattle, NCAST Publications. 1996.
- 20) 川村秋, 寺本妙子, 大森貴秀 他. 日本語版 NCATS 簡易版作成の試み 乳幼児健診現場における親子の関係性の理解のために 乳幼児医学・心理学研究, 2009; 18(1): 45-56.
- 21) 松原三智子, 和泉比佐子, 岡本玲子. 親子関係アセスメントツールの開発 - 項目の内容妥当性の検討 -. 日本社会医学研究. 2015; 33(1): 131-138.
- 22) 松原三智子. 1歳6か月児健康診査で保健師が気になる母子の様子. 北海道科学大学研究紀要. 2015; 39: 115-122.
- 23) 松原三智子, 和泉比佐子. 1歳6か月児健康診査で保健師が「不適切な養育」と捉えた母親の状況 - 調査票開発に向けた項目作成のプロセス -. 北海道公衆衛生学雑誌: 2008; 21(2): 141-150.
- 24) 松原三智子, 岡本玲子, 和泉比佐子. 保健分野で予防的に支援が必要な親の子どもへの不適切な関わり - 子どもの虐待問題に携わる専門職へのインタビューをとおして. 日本公衆衛生看護学会誌. 2015; 4(2): 121-129.
- 25) Saeki K, Izumi H, Uza M, et.al. Factors associated with the professional competencies of public health nurses employed by local government agencies in Japan. Public Health Nurse, 2007; 24(5): 449-57.
- 26) 小田利勝: ウルトラ・ビギナーのためのSPSSによる統計解析入門, プレアデス出版, 2007, 長野, 118-148.
- 27) 公益社団法人日本看護協会: 平成27年看護関係統計資料集, 保健師就業者数, <https://www.nurse.or.jp/home/statistics/pdf/toukei02-2016.pdf>,
- 28) 公益社団法人日本看護協会: 平成27年看護関係統計資料集, 男性保健師就業者数, <https://www.nurse.or.jp/home/statistics/pdf/toukei05-2016.pdf>
- 29) 塚田 久恵, 大森 せつ, 高瀬 裕美, 他. 子育てをサポートする保健師の悩みや課題 保健師経験年数別の結果. 北陸公衆衛生学会誌. 2004; 30(2): 81-86.
- 30) 浦橋久美子, 齋藤澄子, 白木裕子, 他. 東日本大震災時の保健師活動の実態と保健師経験期間の関連, 茨城キリスト教大学看護学部紀要. 2013; 5(1): 23-31.
- 31) Barnard, K.E., Spietz, A.L., Snyder, C., et.al. Thenursing child assessment satellite training study guide, Un published program learning manual, 1977. 12-13.
- 32) Paavilainen, E., and Tarkka, M, T. Definition and Identification of Child Abuse by Finnish Public Health Nurses, Public Health Nursing, 2003; 20(1): 49-55.