

この質問には、「年齢にはこだわらない」「結婚するかしないかにはこだわらない」といった、最近の風潮からすれば考えうる選択肢が示されていません。「そんな風潮には興味がない」と考えて研究するのも一案ですが、「わからない」が回答の半数を占めたらどうでしょうか？ それに、回答者は質問を作成する側が持っているバイアスを敏感に察知します。その結果、回答率が下がったり、現実を映さない結果が得られたりしたのでは、研究する意味がありません。また、きわめて単純な質問のしかたの違い（例：「～すべきだと思いますか？」と聞くか、「～すべきではないと思いますか」と聞くか）や、質問、選択肢の並べ方によっても回答が少なからず変化することが知られています。

## (2) 焦点／条件を絞って質問する

家の近くで車に乗るとき、子どもにチャイルドシートを使ったことは  
まったくなかった+---+---+---+---+---+---+必ず使った

上の質問で、「家の近く」「車に乗るとき」「子ども」は、いかような解釈もできるあいまいな言葉です。そこで、本稿筆者らが実施した研究では、目的に沿って以下のような条件をつけて質問しました。

過去1ヶ月間、家の近くの買い物や送り迎えなどで自家用車に乗るとき、6歳以下の自分の子どもにチャイルドシートを使ったことは

まったくなかった+---+---+---+---+---+---+必ず使った

近隣では車を運  
転しなかった

(小児の傷害予防への科学的アプローチ・チャイルドシート問題に対する取り組み、平成19年)

ここでは、「(過去1ヶ月間)近隣では車を運転しなかった」という選択肢も用意しました。これは「運転していない」という回答者が、「運転しなかった」と答えるかわりに「(チャイルドシートをつかったことは)まったくなかった」を選択することがないようにするためです。では、次の例はどうでしょう？

6歳以下の私の子どもが自家用車に乗っているとき、事故にあり可能性は...  
まったくありえないと思う+---+---+---+---+---+---+非常にありえると思う

これも条件があいまいです。そこで、以下のように異なった条件下での可能性を尋ねました（実際には4つの条件を使っています）。そうしないと、回答者は自分なりの条件を思い浮かべてしまい、回答が何を意味するのかわからないからです。

6歳以下の私のこどもが自家用車にのっているとき、事故にあう可能性は...

①安全運転をしていないとき

まったくありえないと思う+---+---+---+---+---+---+非常にありえると思う

②安全運転をしていて、旅行などの遠出をするとき

まったくありえないと思う+---+---+---+---+---+---+非常にありえると思う

(小児の傷害予防への科学的アプローチ・チャイルドシート問題に対する取り組み、平成19年)

(3) 2つの質問を一度に聞かない。2つの答えを一緒くたにしない。

ひとつの質問で聞くことはひとつ。選択肢も単純な形にしなければいけません。

(現在喫煙している妊婦の回答者に)

今後はどうしますか？

禁煙したい    禁煙したいができない    禁煙するつもりはない

(東京都における妊婦および子育て中の母親の喫煙・飲酒の現状、平成18年)

上の質問は、次の2つに分けることで、意思 (Intention) と自己効力感 (Self-efficacy または Perceived control。「自分にできる」という気持ち。行動変容において重要な変数) を分けることができます。

あなたは...

禁煙したい    禁煙するつもりはない

あなたにとって...

禁煙はむずかしいと思う    禁煙は簡単だと思う

細かいことを言うと、2つに分けた上の質問を前後に並べて尋ねることは避けたほうがいいでしょう。「禁煙したい」に丸をつけた回答者は、禁煙したいのに喫煙している自分を説明するために「禁煙はむずかしいと思う」に丸をつけがちだろうから、です。2つの質問を前後に並べないことで、意思と自己効力感をある程度分ける (完璧に分けることは無理ですが) ことができるでしょう。

(4) あいまいな質問、解釈不可能な質問をしない。

同居の家族の喫煙についてお聞きします。 (○で囲んでください)

吸う人はいない

いる ( 夫、 夫の父、 夫の母、 実母、 実父、 その他 )

(東京都における妊婦および子育て中の母親の喫煙・飲酒の現状、平成18年)

上の質問では、「同居している人がいない」場合でも、回答者は「吸う人はいない」に丸をつけるでしょう。これは、2つの質問を一度にしている例でもありますから、以下のように2つの質問に分けることができます。「質問が増えてしまう」と心配する必要はありません。質問が単純であれば、回答者は考えこむことなく、あるいは「この質問はなにを聞いているんだろう」と悩むことなく先へ進むことができるのですから。

成人の同居家族は... (複数回答可、○で囲んでください)  
いない 夫 (パートナー) 夫以外の成人家族 (夫またはあなたの家族)

成人の同居家族は喫煙しますか？  
する しない

最後に、本稿筆者の間違いを紹介します。チャイルドシート使用の質問票に、次の質問があります。

チャイルドシートについての説明やアドバイスを受けたことがありますか？  
かかりつけの小児科医から 定期健診で 聞いたことがない

(「受けた」と答えた方へ)  
そのアドバイスによって、チャイルドシートに対するあなたの意識は変わりましたか？  
はい いいえ

(小児の傷害予防への科学的アプローチ・チャイルドシート問題に対する取り組み、平成19年)

この質問票では、「アドバイスを受ける前の意識の高さ」を聞かなかつたために、2つめの質問に対する「いいえ (意識が変わらなかった)」という回答が、アドバイスに効果がなかったことを意味するのか、もともと回答者の意識が高かったから意識に変化がなかったのかわからないという結果に終わってしまいました。

#### (5) 比較対象を明確にする。

個人の態度や認識を尋ねる場合、比較の対象を明確にする必要があるかどうかを考える必要があります。「あなたは、(自分の)背が高いと思いますか？」と聞いたとして、回答者が思い浮かべる比較対象が異なってはいけません。この場合、「クラスメートと比べて」「日本人の平均と比べて」など、比較対象をはっきり示すことが不可欠です。

## 参考文献

- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Chen, C., Lee, S., & Stevenson, H.W. (1995). Response style and cross-cultural comparisons of rating scales among East Asian and North American students. *Psychological Science*, 6, 170-175.
- Glanz, K., Rimer, B.K., Lewis, F.M. (2002). The scope of health behavior and health education. In K. Glanz, Rimer, B.K., Lewis, F.M. (Eds.). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (3<sup>rd</sup> edition). San Francisco, CA: Jossey-Bass. pp.3-21.
- Heine, S.J., Lehman, D.R., Peng, K., & Greenholtz, J. (2002). What's wrong with cross-cultural comparisons of subject Likert scales?: Reference-group effect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 903-918.
- Janz, N.K., Champion, V.L., & Strecher, V.J. (2002). The Health Belief Model. In (Eds.) Glanz, K., B.K. Rimer., Lewis, F.M. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (3<sup>rd</sup> ed). San Francisco: CA, Jossey-Bass.
- Jobe, J.B. (2003). Cognitive psychology and self-reports: Models and methods. *Quality of Life Research*, 12, 219-227.
- 掛札逸美. (2007). 『傷害予防のための社会心理学的アプローチ』. 小児内科 (特集: 小児の事故による傷害とその予防) , 37, 1052-1057.
- Kakefuda, I., Yamanaka, T., Stallones, L., Motomura, Y., & Nishida, Y. (in press) Child restraint seat use behavior and attitude among Japanese mothers. *Accident Analysis and Prevention*.
- Montaño, D.E. & Kasprzyk, D. (2002). The Theory of Reasoned Action and the Theory of Planned Behavior. In (Eds.) Glanz, K., B.K. Rimer., Lewis, F.M. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (3<sup>rd</sup> ed). San Francisco: CA, Jossey-Bass.
- Ronis, D, 1992. Conditional health threats: Health beliefs, decisions, and behaviors among adults. *Health Psychology*, 11, 127-134.
- Rosenstock, I.M. (1974). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.
- Smith, T.W. (2004). *Methods for assessing and calibrating response scales across countries and language*. Paper presented to the Sheth Foundation/Sudman Symposium on Cross-National Survey Research, Champaign/Urbanna.
- Trifiletti, L.B., Gielen, A.C., Sleet, D.A., & Hopkins, K. (2005). Behavioral and social sciences theories and models: Are they used in unintentional injury prevention research? *Health Education Research*, 20, 298-307.
- 『小児の傷害予防への科学的アプローチ：チャイルドシートの問題に対する取り組み』報告書（平成18年度厚生労働科学研究費補助金 子ども家庭総合研究事業）。研究協力者・山中龍宏，分担研究者・東海林文夫。平成19年3月。

メモ

メモ

メモ

平成19年度 厚生労働科学研究費補助金  
子ども家庭総合研究事業

妊娠・育児中の飲酒・喫煙防止と  
小児の事故予防対策の推進および環境整備に関する研究

報 告 書

アンケート / 質問票の作りかた・入門

発 行 日 平成20年3月  
編 集・発 行 分担研究者 東海林 文夫（葛飾区保健所長）

〒124-0012 東京都葛飾区立石8-18-6  
TEL 03-3691-9631  
FAX 03-3695-8739



# 学童期の子どもへの現況：QOL尺度調査からの考察

古 莊 純 一

「小児の精神と神経」第47巻第4号 別刷  
(2007年12月)

日本小児精神神経学会  
アークメディア

住民参画と保健福祉の協働による  
子育て機能の向上・普及・評価に関する研究  
主任研究者 前川 喜平

# 学童期の子どもの現況：QOL尺度調査からの考察

古 莊 純 一\*

**Key words** : 小学生版QOL尺度, 中学生版QOL尺度, 自尊感情, 発達障害, うつ尺度

**要旨** : 小学生および中学生版QOL尺度を用いた調査結果で, ①QOL総得点は学年が上がるごとに低下, 特に自尊感情が著明である, ②自尊感情は女兒が低く, 家族と友だちは男児が低い, ③QOL得点とうつ尺度は強い負の相関がある, ④中学生では睡眠時間が7時間未満, 朝食をとらない子どものQOL得点が低い, ⑤親子の認識の差が認められ, 子どもの評価の方が個人差が大きい, ⑥軽度発達障害の子の支援評価に応用し有用であった, ⑦本尺度をスクリーニングとして用いた子どもの不安や抑うつなどの内面的な問題の支援の可能性, などについて言及した. 今後, 低いQOLを平均的と捉えることなく実際の子どもの状態を反映できる方法, 下位領域ごとの信頼性, 妥当性, 標準的な値の算出する方法, 幼児および高校生など年齢を拡大し応用する方法, などが検討課題である.

## I. 日本版QOL尺度の開発

近年, 小児科領域で単に子どもの身体疾患の対応に限らず, 精神・行動面の対応や学校生活への適応などのトータルケアが求められている. このような状況のなかで, 医療関係者など子どもに関わる職種から見た病気に関する評価のみではなく, 簡便に使いやすく, 子ども自身の報告による学校適応を含めた日常生活全般の健康度や適応度を測定できるものが必要であると考えられる.

子どものQOL (Quality of Life) 尺度に関する

研究の基礎的検討は, 慢性疾患に罹患した子どもたちを対象としたものが多く, その質問は, 主として一つの疾患の影響や症状改善を測定するための指標である. RavensとBullinger (1998) は, 子どものQOLを『子どもの主観的な心身両面からの健康度・生活全体の満足度』と定義し, 客観的に測定できる指標としてKid-KINDL<sup>R</sup> (Questionnaire for Measuring Health - Related Quality of Life in Children, Revised Version) (Ravensら, 2000)を開発した. この尺度は, ドイツで開発され, 7~16歳の学生の生活の質を測定する測定具として, 疾患の影響のみなら

*Junichi FURUSHO* : Examination of Present Condition of Japanese School Age Children — Using the Kiddo-KINDEL<sup>R</sup> Questionnaire for Measuring Health - Related Quality of Life in Children, Revised Version —

\*青山学院大学文学部教育学科 [〒150-8366 東京都渋谷区渋谷4-4-25]

表1 中学生版QOL尺度項目

- 【1】この1週間のあなたの健康について、聞かせてください。
1. 病気かなと思ったことがあった。
  2. 頭がいたかったり、おなかがいたかったりした。
  3. 疲れてぐったりしたことがあった。
  4. 元気いっぱいだった。
- 【2】この1週間、あなたはどんな気持ちで過ごしましたか。
1. 楽しかったし、たくさん笑った。
  2. たいくつだった(つまらなかった)。
  3. ひとりぼっちのような気がした。
  4. びくびくしていた(こわかった)。
- 【3】この1週間あなたは自分のことをどのように感じていましたか。
1. 自分は素晴らしい(よくやった)と思った。
  2. 自分はなんでもできる感じがした。
  3. 自分に満足していた(自分が好きだ)。
  4. いいことをたくさん思いついた。
- 【4】この1週間のあなたとあなたの家族について聞かせてください。
1. 両親(お父さんやお母さん)となかよくしていた。
  2. 家で、気持ちよくすごしていた。
  3. 家で、家族とけんかした。
  4. 両親にしたいこと(やりたいこと)をさせてもらえなかった。
- 【5】この1週間、あなたの友だちとのようすを聞かせてください。
1. 友だちといっしょにあそんだ。
  2. 他の子どもたちに自分は好かれていたと思った。
  3. 友だちと楽しく過ごした。
  4. 他の子どもたちと自分はちがっているような気がした。
- 【6】この1週間、あなたの学校でのようすを聞かせてください。
1. 学校の勉強はやさしかった(かんたんだった)。
  2. 授業はたのしかった。
  3. 次の週が来るのが楽しみだった。
  4. わるい点数やわるい成績をとらないか心配だった。

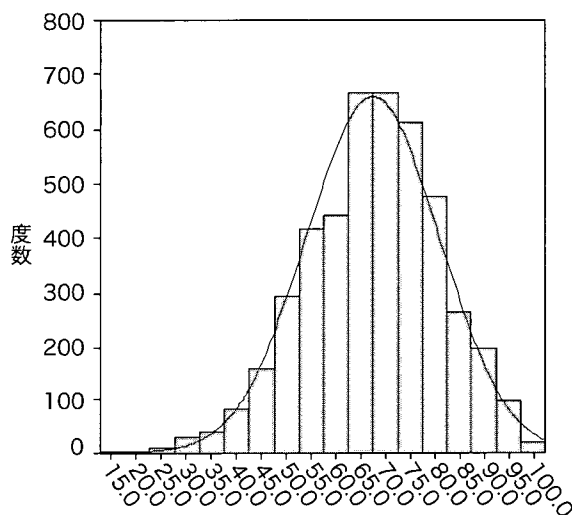


図1 小学生版QOL尺度得点分布

ず、日常生活場面である家庭と学校における心身の健康度と適応状態を考慮に入れた包括的かつ簡便な尺度である。

われわれはKid-KINDL<sup>®</sup>を日本語に翻訳し、わが国の小学生(柴田, 2003)および中学生(松崎, 2007)のQOL尺度としての信頼性と妥当性の検討を行い報告した。小学生版QOL尺度および中学生版QOL尺度は、原尺度と同じく、1)身体的健康、2)情動的Well-being、3)自尊感情、4)家族、5)友だち、6)学校、の6領域について各4項目ずつ合計24項目で構成されている。各項目について、「この1週間の自分の状態にあてはまるかどうか」を(1. ぜんぜんなかった 2. たまにあった 3. ときどきあった 4. よくあった 5. いつもだった)の5段階評定で答えさせる。6下位領域各4項目、計24項目の合計をQOL得点とし、より高い得点のものがよりよいQOL示すように配点する(レンジは1~120)。6領域の合計得点をもってQOL得点とし、より高い得点の者がよりよいQOLを示すよう配点されている。また、各領域の得点およびQOL得点を原尺度と同様に0~100の値に変換する。

原尺度の翻訳は小児科医1名、臨床心理士2

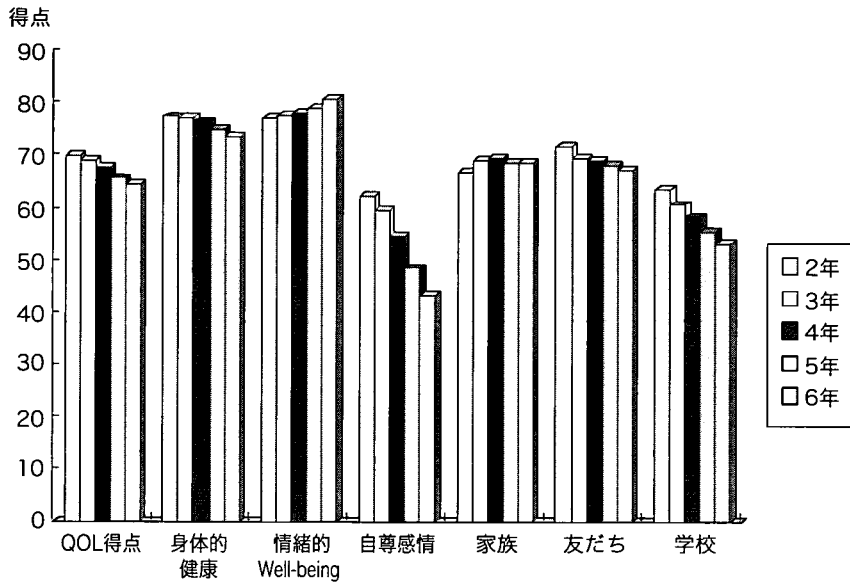


図2 小学生の学年別QOL得点と6下位領域得点の平均値

名、心理学者1名と筆者の計5名がそれぞれ独立に訳したうえで、原尺度と照らし合わせながら適切な訳文かを検討した。こうしてできあがった日本語訳原案を在米25年以上の日本人言語学者やバイリンガルの大学院生などに英訳してもらい、そのback translationを原本とつきあわせて検討した。最終的に子どもたちにわかりやすい表現になるように改良を加え完成させた。

具体的な項目を表1(柴田, 2003)に示す。表は中学生の質問であるが、小学生版は全部ひらがな表記であること以外、質問内容は同じである。なお、ドイツ語の原版は、幼児版(interview version)、8~11歳版(children's version)、12~16歳版(teenager's version)に分かれている。小学校1年生(7歳)は原版では幼児版を使用しているため、今回は検討の対象に含めていない。また小学6年生は、8~11歳版を翻訳した本邦の小学生版QOL尺度での信頼性、妥当性が確かめられているため、小学生版尺度で検討した。

## II. QOL 得点の学年別変遷(柴田, 2005)

図1は、小学生4,973人のQOL得点の度数分布である。平均 $67.47 \pm 13.49$ とほぼ正規分布を示した。小学生においてQOL得点が低い子どもが少なからず存在することが判明した。図2は、小学生の学年別QOL得点と6下位領域得点の平均値を示した。QOL得点は学年が上がるにつれて低下するが、下位領域において、自尊感情、次いで学校が低い結果であった。図3は、小学生の男女別QOL得点と6下位領域得点の平均値の比較を示した。QOL得点では差がないが、下位領域で、自尊感情と身体的健康は女兒に有意に低く、家族と友だちは女兒に有意に高かった。

次に中学生版QOL尺度の結果を提示する。全2,969人を対象にしたQOL得点の度数分布は、平均値 $60.93 \pm 13.04$ であり、同様にほぼ正規分布をしていた。また小学生の結果に比して、QOL得点は約6.5ポイント低かった(図4)。図5は中学生の学年別QOL得点と6下位領域得点の

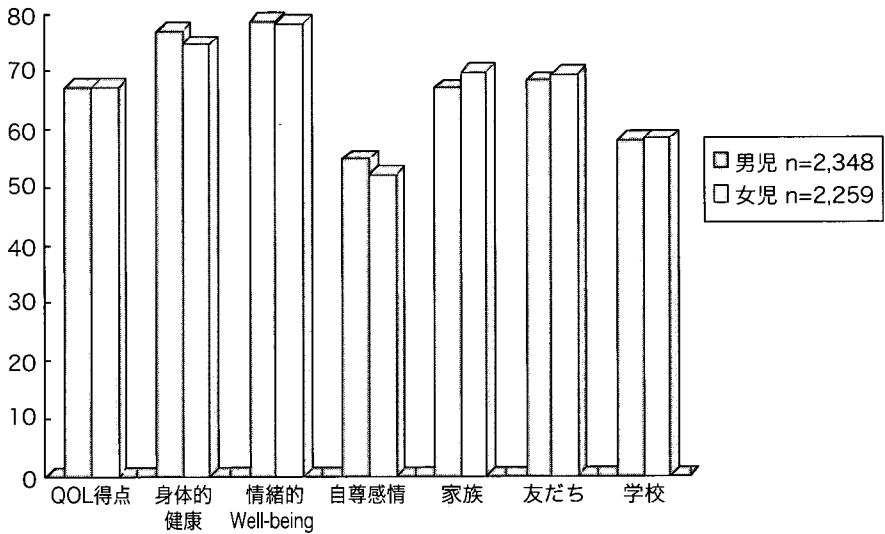


図3 小学生の男女別QOL得点と6下位領域得点の平均値

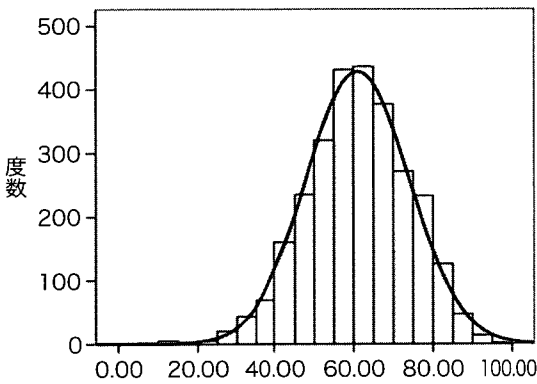


図4 中学生版QOL尺度度数分布

平均値、図6は、中学生の男女別QOL得点と6下位領域得点の平均値を示したものである。学年が上がるにつれて、QOL総得点が有意に減少した。また下位領域の得点は自尊感情および、情緒的well-beingが有意に低下した。QOL得点では男女差がないものの、自尊感情は女児が有意に低く、家族、友だちは女児が有意に高い結果であった。

以上より、本研究において、わが国の子どものQOL得点は、学年が上がるにつれて低くなり、特に自尊感情の低下が著しかった。また下

位領域で自尊感情は女児が男児よりも低く、家族、友だちは女児の方が高かった。

### Ⅲ. 生活習慣とQOL尺度

根本ら(2006)は、中学校計9校の1~3年生の児童2,757名において睡眠時間・朝食の摂取状況と「中学生版QOL尺度」の関連性を検討し、十分な睡眠と毎日の朝食が中学生のQOL得点と関連性があることを示した。睡眠時間が平均(=7時間)よりも短い中学生は、有意にQOL得点が低かった(図7)。同様に、睡眠が足りていないと回答した子どもは足りていないと回答した子どもよりもQOL得点が有意に高かった。また朝食を毎日食べる子ども、朝食を毎日食べない子ども、朝食を食べない子ども、の順に有意にQOL得点が低かった(図8)。

QOL尺度では、毎日の食事や睡眠などの生活習慣を問う質問は設定されていないが、十分な睡眠と毎日の朝食が中学生のQOL得点と正の関連性があることが示唆された。

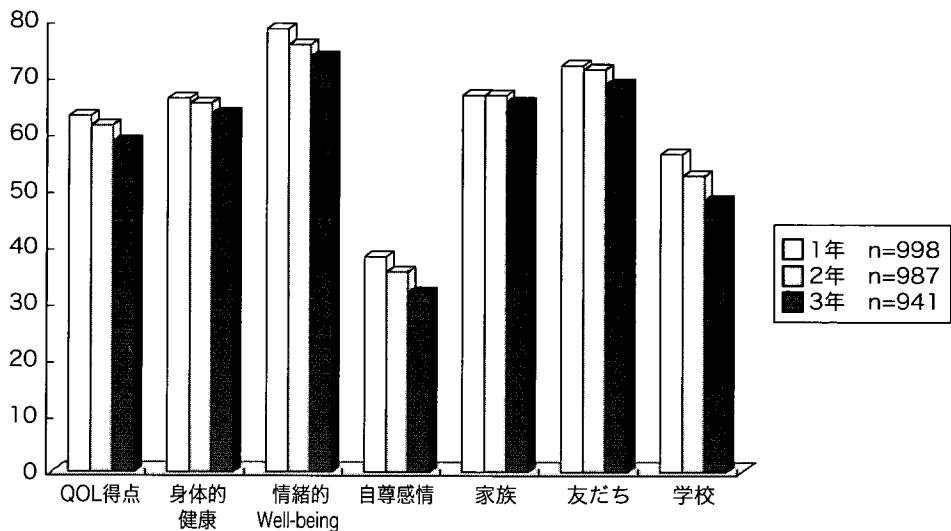


図5 中学生の学年別QOL得点と6下位領域得点の平均値

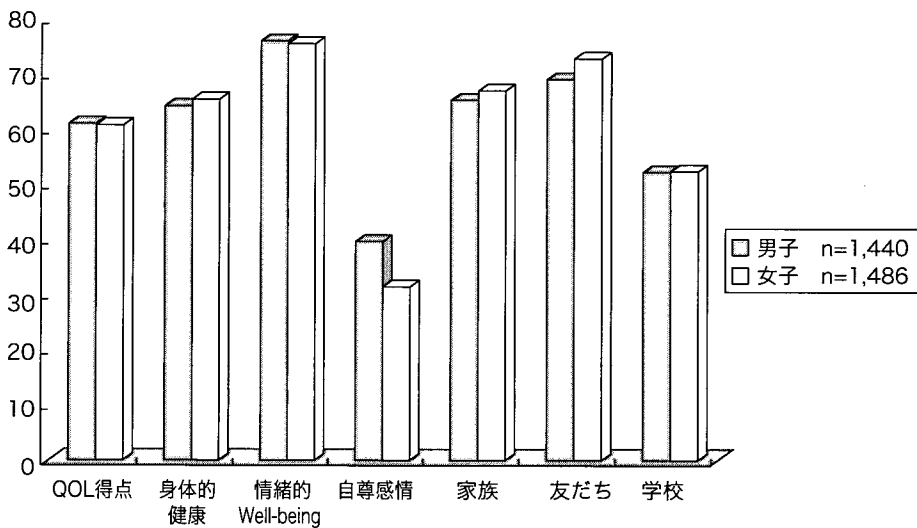


図6 中学生の男女別QOL得点と6下位領域得点の平均値

#### IV. 親子の認識の差

われわれは、本学会機関誌である『小児の精神と神経』に、小学生(根本, 2005)および中学生(根本, 2007) QOL尺度での有意性尺度を用いた親子の認識の差を報告した。

小学生版QOL尺度を用いた親子の認識の差の研究では、子ども自身のQOL得点が平均-1SD

以下の子どもたちを便宜上低得点群とし、低得点群の親子の認識の差を検討した。その結果、低得点群においては、QOL得点だけでなくすべての下位領域において、親子の得点差が有意に差が大きかったことから、低得点群の親の方が対照群の親よりも子どもを正しく認識していないのではないかと推測された。

中学生版QOL尺度を用いた研究では、子ども

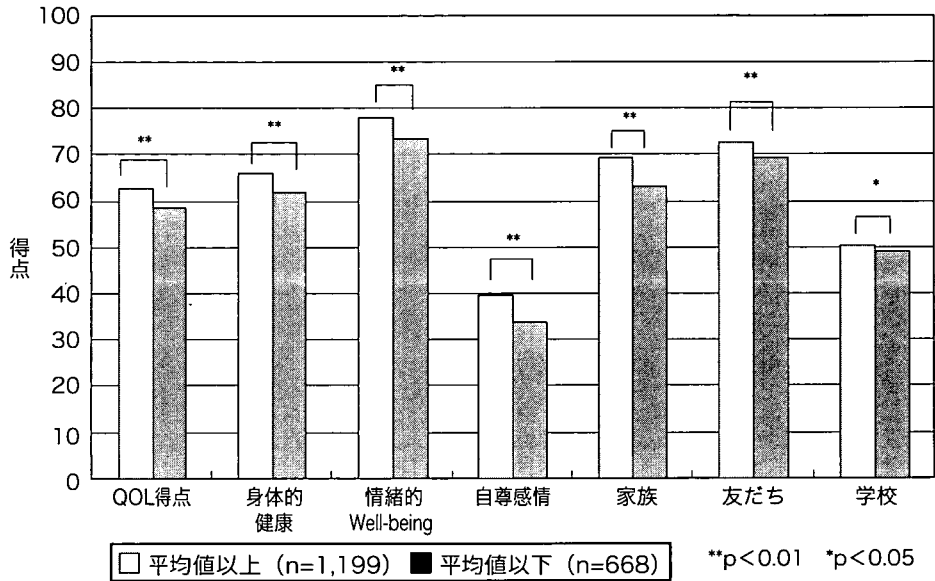


図7 中学生の睡眠時間とQOL得点(睡眠時間平均=7.0時間)

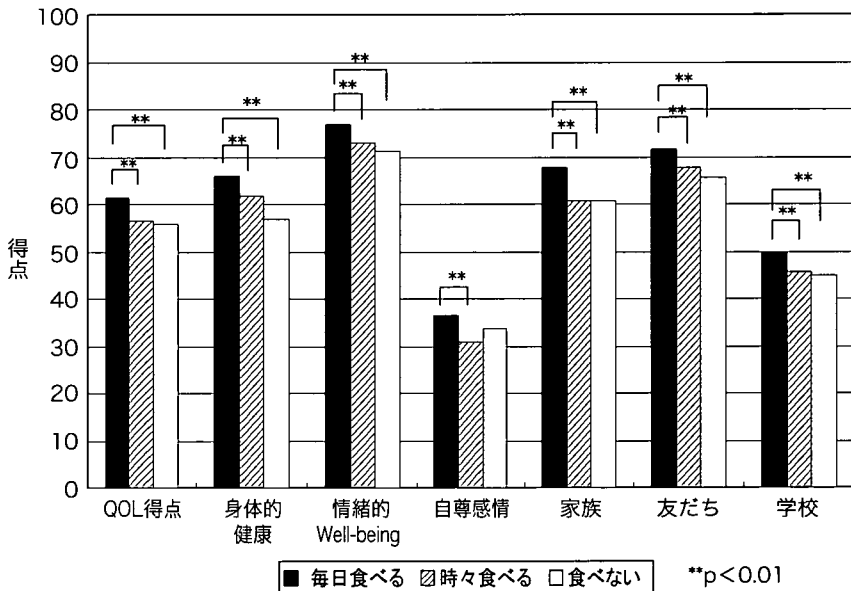


図8 朝食の欠食とQOL得点ならびに各領域の得点の平均値の比較

と母親の比較ではQOL得点およびすべての下位領域項目において母親からみた子どもの得点の方が子ども自身の得点よりも高かった。父親との比較においても同様の結果であった。さらに父親の方が子どもとのQOL得点の平均値の差が母親よりも大きかった。また、得点の度数分布

を見ると、子どもの方が親よりも得点のばらつきが大きく、低得点群と対比した高得点群(+1SD以上)は、親よりも子どもが高い結果が得られている。

この結果から、小学生の子どもが、抑うつや不安などの内面的な問題を抱えていても、親は

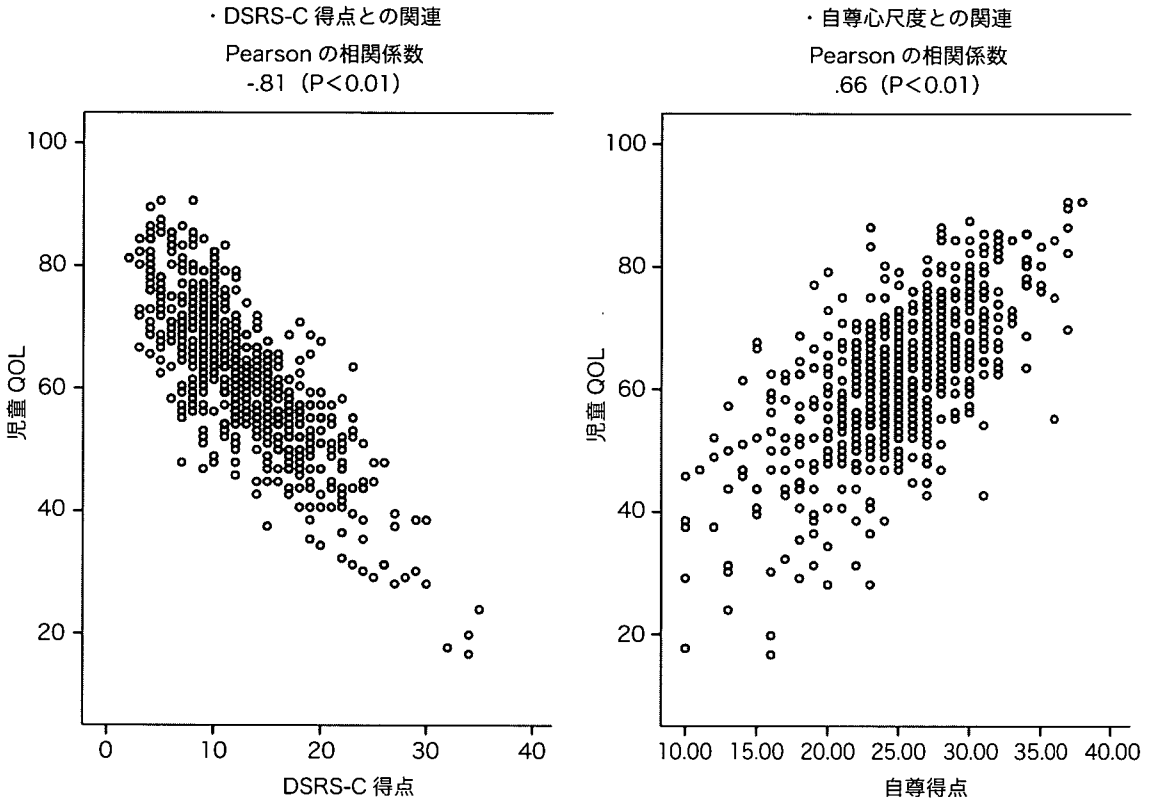


図9 中学生版 QOL 尺度とうつ尺度, 自尊心尺度との関連(松寄, 2007)

それを把握しにくいこと, 中学生の父母は全般的に子どもの内面的な問題を必ずしも把握していないことが推察された。一方高得点の子どもにおいても親子の認識の差が認められたが, その要因および高得点の子どもの経過観察は, 今後の検討課題であろう。

### V. うつ尺度との比較

われわれは, QOL 尺度と他の心理的適応尺度との関連性について, 中学生版 QOL 尺度と同時に DRSRS-C (Depression self rating scale for children) 尺度 19 項目 (Birlleson P, 1981, 村田ら, 1989) および自尊感情尺度 (Rosenberg M, 1965) 10 項目を実施した (松寄, 2007)。対象 840 人のうち有効回答として 672 人 (80.2%) を分析対象と

して, 並存的基準関連妥当性を検討した。QOL 得点と DRSRS-C 得点との相関係数は,  $r = -0.80$  ( $p < 0.01$ ) と有意に高い負の相関がみられた。また, QOL 得点と自尊感情尺度得点との相関係数は,  $r = 0.66$  ( $p < 0.01$ ) と有意に高い正の相関がみられた (図 9)。

図 10 は, DRSRS-C の調査結果である。カットオフ値を 16 点とすると 26.4%, 臨床群を 22 点に設定すると 5.2% が該当し, 伝田ら (2004) が北海道で行った調査結果とほぼ一致した。

### VI. 軽度発達障害 (古荘, 2006b)

小学校通常クラスに在籍中の軽度発達障害児で, 多動, 衝動性, 対人葛藤などで医療機関を受診している 20 (男児 17, 女児 3) 名を対象とし



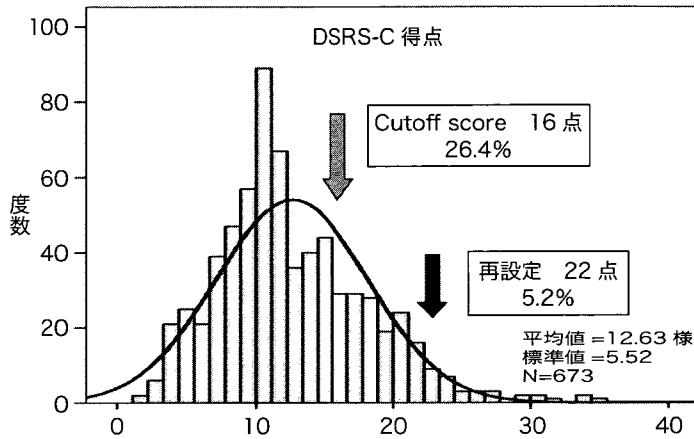


図10 うつ尺度得点分布

て、本人には小学生版QOL尺度、母親には小学生版QOL尺度親用(親から見た子どものQOL)を施行し、同時に公立小学校通常学級382人とその母親の得点(対照群)と比較した結果を示す(古荘, 2006)。

軽度発達障害児と対照群の子ども間での比較(表2)において、QOL総得点は軽度発達障害児の評価が有意に低かった。下位領域では、発達障害児の評価は、情動well-being、家族、友だち、学校の項目が有意に低かったが、健康および自尊感情は差がなかった。しかし自尊感情は対照群自体が低い得点であるが、軽度発達障害の児童はさらに低い傾向がみられた。軽度発達障害児と対照群の母親間での比較(表3)において、QOL総得点では、軽度発達障害群の母親の評価が有意に低かった。下位領域では、発達障害群の親が、健康、情動的well-being、友だち、学校を有意に低く評価していた。自尊感情は有意差はないが、低い傾向があった。家族の項目のみ差がなかった。軽度発達障害児およびその母親、親子の比較(表4)において、QOL総得点自体は有意差がないが、下位領域では、親が、健康、情動的well-being、学校をより低く評価しているのに対し、子どもは、自尊感情、および

家族の評価が低く、友だちの項目のみ有意差がなかった。このように親子では下位領域において大きな認識の差があった。Bastiaansenら(2004)は、AD/HDの子どもにおいて、親子の評価の違いを指摘しているが、本邦においても、QOL尺度を用いた調査で、親子の認識の差が確認された。

また、アスペルガー障害の子を対象とした土曜日放課後を利用した、療育機関で行われた放課後学級において経時的な変化を検討した(表5)。その結果5月の学校開始に比べて、翌年2月の終了時が、QOL得点が高く特に友だちの項目が高かった。まだ少数例ではあるが、臨床の現場で経時の変化を観察するのに有用であると考えられた。

## Ⅶ. 今後の課題

今後の課題として以下の点があげられる。

(1)小学生版、中学生版QOL尺度の両尺度において、学年別、性別の標準的な値を求めることが、尺度の有効な利用を考える上で必要と考えられる。しかし、平均値を標準とする考え方にしたがると、「低いQOL」を平均的と捉える形になり、実際の子どもの状態を反映できない

表2 軽度発達障害と対照群：子ども間の比較

	総得点	健康	情動的 Well-being	自尊感情	家族	友だち	学校
発達障害群 (SD)	59.3* (13.14)	72.4 (18.44)	67.0* (19.11)	43.9 (27.97)	59.0* (24.39)	59.9* (21.62)	53.5* (19.56)
対照群 (SD)	68.0 (15.03)	76.2 (17.75)	76.4 (20.05)	54.7 (26.27)	69.2 (20.59)	70.2 (18.31)	60.9 (21.69)

\*p < 0.05

表3 軽度発達障害と対照群：母親間の比較

	総得点	健康	情動的 Well-being	自尊感情	家族	友だち	学校
発達障害群 (SD)	61.2* (8.48)	61.4* (13.98)	57.4* (9.27)	59.1 (16.30)	67.6 (7.65)	59.1* (17.68)	23.3* (11.69)
対照群 (SD)	71.8 (8.83)	80.8 (13.55)	80.9 (11.58)	66.3 (15.51)	69.0 (12.34)	76.9 (14.01)	56.7 (11.31)

\*p < 0.05

表4 軽度発達障害児童：親子間の比較

	総得点	健康	情動的 Well-being	自尊感情	家族	友だち	学校
子ども (SD)	59.3 (13.14)	72.4 (18.44)	67.0 (19.11)	43.9* (27.97)	59.0* (24.39)	59.9 (21.62)	53.5 (19.56)
母親 (SD)	61.2 (8.48)	61.4* (13.98)	57.4* (9.27)	59.1 (16.30)	67.6 (7.65)	59.1 (17.68)	23.3* (11.69)

\*p < 0.05

表5 アスペルガー障害の子どもを対象とした土曜学校での調査

QOL得点	身体的健康	情動的 Well-being	自尊感情	家族	友だち	学校
64.1	72.9	72.4	52.8	69.8	61.5	55.7
69.8	79.2	77.1	55.1	76.6	74.0	55.7

上段：学校開始時，下段：8カ月後学校終了時

可能性もある。特に、下位領域「自尊感情」の評価においては自尊感情が低い状態が一般的と捉えることになり、軽度発達障害事例の調査のように、より低得点であっても有意差が認められないこともある。本邦の子どもたちへの独自の質問内容などを検討する必要があると思われる。

る。

(2)小学生版，中学生版QOL尺度の両尺度において、下位領域「学校」の質問項目は、夏休み、入院中、不登校など、学校に通っていない時期の児童にとって現実的ではない。QOL得点を、「学校」の質問項目を除いても推定できるような

手続きの検討，下位領域ごとの信頼性，妥当性，標準的な値の算出などについて，検討する必要がある。

(3) 学年が上がるほど得点が低下する傾向にあったが，関連する要因，その意味について，さらに検討する必要がある。原尺度はドイツで開発されたものであり，文化的な差を考慮する必要があるかもしれない。今後，得点の低下が日本の文化的な特徴によるものか，実際にQOLや自尊感情が低下しているのか，についても検討する必要がある。

(4) 4～6歳の幼稚園や保育園に通う子どもを対象としたKiddy-KINDL<sup>R</sup>とKiddy-KINDL<sup>R</sup> Parent Versionに関しても検討していきたい。

(5) ドイツで開発された現尺度は，16歳までを対象としたものである。現在高校1年生における信頼性と妥当性を調査しているが，高校2年，3年生まで対象を拡大した調査が必要と考えている。

(6) 下位領域それぞれの信頼性，妥当性が確認できれば，自尊感情，身体的健康，情動的Well-beingは，高校卒業後の青年を対象として行うことも可能である。

(7) 本尺度は，多くの言語に翻訳されている。同年代の子どもたちの調査結果を国際比較することも必要であろう。

子どもの行動面や学習面の問題は家族や学校関係者は気づきやすいが，抑うつ，不安など内面的な不安は気づきにくい(古荘，2003)。さらに，われわれは虐待を学校現場で早期発見することにも役立つことを報告した(古荘，2005)。今後，学童期の子どもの，精神面の問題の支援システムを作成するにあたり，小学生・中学生版QOL尺度は初期スクリーニングとして重要であると考えられる(古荘，2006a)。

## VIII. まとめ

(1) QOL総得点は学年，年齢が上がるごとに低下している。特に下位領域の自尊感情の得点が小学校4年生から低下する。

(2) 性差の検討では，総得点では男女差は見られなかったが，下位領域では，自尊感情は女性が低く，家族，友だちは男児が低かった。

(3) QOL総得点，特に自尊感情とうつ尺度は強い負の相関があった。

(4) 睡眠時間が短い，朝食をとらないなど生活習慣の不規則な生活習慣の子どもは，QOL得点が低かった。

(5) QOL得点の親子の認識の差では，小学生は低得点の子どもにおいて認められた。中学生は本人と親，特に父親との得点差が見られ，子どもの得点が低得点であるほど差が大きかった。逆に高得点では，親よりも子どもの評価が高かった。

(6) 臨床現場で軽度発達障害の子の支援評価に応用し有用であった。この尺度は臨床にも応用可能であると考えられる。

(7) QOL調査において，大人が把握しにくい，不安や抑うつなどの子どもの内面的な問題に気づききっかけとなりうる。

## 謝 辞

本研究は厚生労働研究，渡辺班(平成15，16年)および前川班(平成17，18，19年)の研究の一環として行ったものである。また，以下の方々との共同研究，研究協力の成果である。この場を借りて深謝申し上げます。

松崎くみ子，根本芳子，柴田玲子，曾根美恵，渡辺修一郎，佐藤弘之，久場川哲二，山下裕史朗，小沢浩，加我牧子，小田島安平，武智信幸，上田厚，桜井俊輔，松村陽子，神前裕子，前川喜平，奥山眞紀子(順不同)

## 文 献

- Bastiaansen D, Koot HM, Ferdinand RF et al (2004) : Quality of life in children with psychiatric disorders; self, parent, and clinician report. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43 (2) : 221-230
- Birleson P (1981) : The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale. *J Child Psychol Psychiatry* 22 (1) : 47-53
- 傳田健三, 賀古勇輝, 佐々木幸哉, 他 (2004) : 小・中学生の抑うつ状態に関する調査—Birleson自己記入式抑うつ評価尺度 (DSRS-C) を用いて—. *児童青年精神医学とその近接領域* 45 (5) 424-436
- 古荘純一, 市橋いずみ, 松崎くみ子, 他 (2003) : 小児科外来を受診した不安障害の検討. *日児誌* 107 (10) : 1347-1351
- 古荘純一, 渡辺修一郎, 佐藤弘之, 他 (2005) : 小学生版QOL尺度スクリーニングと医師面接で虐待が判明した1例. *日児誌* 109 (4) : 528-529
- 古荘純一, 柴田玲子, 根本芳子, 他 (2006 a) : 小学生版QOL尺度をスクリーニングとして用いた学童の支援システムの検討. *小児保健研究* 65 (1) : 35-40
- 古荘純一, 久場川哲二, 佐藤弘之, 他 (2006b) : 軽度発達障害における小学生版QOL尺度の検討. *脳と発達* 38 (3) : 183-186
- 松崎くみ子, 根本芳子, 柴田玲子, 他 (2007) : 中学生版QOL尺度の信頼性と妥当性の検討. *日児誌* 111 (11) : 1404-1410
- 村田豊久, 清水亜紀, 森洋二郎, 他 (1996) : 学校における子どものうつ病—Birlesonの小児期うつ病スケールからの検討—. *最新精神医学* 1 : 131-138
- 根本芳子, 松崎くみ子, 柴田玲子, 他 (2005) : 「小学生版QOL尺度」を用いた子どもと母親の認識の差異に関する検討. *小児の精神と神経* 45 (3) : 159-165
- 根本芳子, 松崎くみ子, 柴田玲子, 他 (2006) : 睡眠時間・朝食の摂取状況と中学生版QOL尺度得点との関連性. *小児保健研究* 66 (3) : 398-404
- 根本芳子, 松崎くみ子, 柴田玲子, 他 (2007) : 「中学生版QOL尺度」を用いた子どもと父母の認識の差異に関する検討. *小児の精神と神経* 47 (3) : 147-154
- Ravens-Sieberer U, Bullinger M (1998) Assessing health-related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content analytical results. *Qual Life Res* 7 (5) : 399-407
- Ravens-Sieberer U, Gortler E, Bullinger M (2000) : Subjective health and health behavior of children and adolescents a survey of Hamburg students within the scope of school medical examination. *Gesundheitswesen* 62 (3) : 148-155
- Rosenberg M (1965) : *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- 柴田玲子, 根本芳子, 松崎くみ子, 他 (2003) : 日本におけるKid-KINDL® Questionnaire (小学生版QOL尺度) の検討. *日児誌* 107 (11) : 1514-1520
- 柴田玲子, 根本芳子, 松崎くみ子, 他 (2005) : 子どものQOL尺度質問用紙 (小学生版・中学生版・親用) 厚生労働研究科学研究 (子ども家庭総合研究事業) 「健やか親子21推進のための学校における思春期の心の問題に関する相談システムモデルの構築」総合研究報告書: 26-45.

\*

\*

\*