

チャイルドサイエンス, 2018, 16, 13-18

《特集》研究論文

子育て期の夫婦のQOL

吉武尚美 (順天堂大学特任准教授)

菅原ますみ (お茶の水女子大学大学院教授)

孫 怡 (立命館大学専門研究員)

要約

養育者の QOL の向上は自身の健全な発達を促進するにとどまらず、子どもとの良質な関わりを介して子どもの健全な成長や発達を促すと考えられる。しかしながら臨床群を対象とした研究に比べて、一般人口における研究は進んでおらず、とりわけ我が国の子育て期の夫婦の QOL の状態や関連する要因についての検討は行われていない。本研究は、10693 名の男女（夫婦 4376 組、母親 1831 名、父親 110 名。平均 34.7 歳 (SD = 8.4)）を対象に、WHOQOL-BREF の評定データを分析し、子育て期の父親と母親の QOL の高さ、子どもの QOL との関連、および社会経済的変数との関連を検討した。分析の結果、養育者の QOL はどちらかというの良い状態という程度の水準にあり、WHO のフィールド調査結果の測定値より有意に低かった。父親と母親で評定値は独立しており、領域により得点に有意差が認められた。領域による違いはあるものの、娘の QOL は両親の QOL との相関が見られた。心理領域得点と環境領域得点では、年収や教育年数の効果が属性によって異なる様相を示し、特に年収の低い若年夫婦への心理的・経済的支援の必要性が認められた。

キーワード：子育て期の夫婦、QOL、WHOQOL-BREF

はじめに

QOL とは生活の質に関する評価指標であり、幸福感やウェルビーイングの有効な指標と見なされている。ところが、QOL の研究は主として治療や緩和を目的とした臨床試験やリハビリテーションの改善、患者とのコミュニケーションの促進など、臨床群を対象にした研究で用いられており (Fayers & Machin, 2000; 福原・数間訳, 2005)、生産活動を担う世代の QOL の状態は研究者の関心を集めてこなかった (田崎・中根, 1998)。一般人口における QOL 研究の目的には 3 つあり、経済的指標に並ぶ国の豊かさの比較と、特定の集団との比較を可能にする基準値の設定、および国民の健康増進への寄与である (Evans, 1994)。特に 3 つ目の目的に関連して、WHO は QOL の定義として、「個人が生活する文化や価値観のなかで、目標や期待、基準または関心に関連した自分自身の人生の状況に対する認識」と提唱しており、これは健康の定義と一致するとの指摘があり (田崎・中根, 1998)、よって国民の健康増進施策には QOL の向上が求められるのである。

ところで、QOL の評価は主観的な基準に基づいて下され、物質的充足がある程度満たされている状態ではその基準は個人のライフスタイルや価値観に大きく左右されると考えられている (Jenkins, 1992)。夫婦

は生活を共にする中で、パートナーの特徴が自身のメンタルヘルスに影響したり (パートナー効果)、自身とパートナーの特徴がお互いの信頼感、生活への満足度、家事頻度といった認知や感情、行動に影響したり (相互作用)、さらには自身とパートナーが共通する原因因子 (例えば近隣環境、家族凝集性など) にさらされるといった夫婦特有のダイナミクスが展開される (Kenny et al., 2006)。相互に依存した関係を通して共通したライフスタイルや価値観に至る一方 (Kelly & Thibaut, 1978)、互いへの不満の蓄積が心理的な疎遠状態を招くこともある。例えば、家庭内の役割分担に起因する母親の不満が中年期に父親への愛情低下につながるものが指摘されている (菅原, 2000)。親業だけではなく様々な役割を担う中年期の生活を豊かにすることは、個人の幸福の実現のみならず、健全な社会の形成に寄与する。しかしながら、家族成員の QOL 研究の多くでは、疾患や障害を抱える子どもを対象に、親子または夫婦間の異同は検討されているが (Eiser et al., 2004; Upton et al., 2008; Waters et al., 2003)、一般人口における父親と母親の QOL の実態については十分明らかにされていない (中根他, 1999)。

先行研究により、貧困や親の精神病理、夫婦間葛藤など、逆境的な家庭環境は子どもの発達に悪影響を及ぼすことが示されている (川島他, 2008; 菅原, 1997)。養育者の QOL は、子どもへの良質な関わりを介して

子どもの健全な成長や発達を促し、子どもの QOL に影響するという仮定のもと、我々は子育て期の親の QOL に焦点をあてて、その実態と影響要因、子どもの発達への関連性について実証的検討を重ねて来た（菅原他，2014）。生活環境や価値観を共有し、認知や感情、行動に影響し合いながら生活する男女の QOL を解明するため、夫婦の 2 者データを収集した研究デザインは国内であり例を見ない。本研究は、我が国の子育て期の夫婦の QOL について、その状態を明らかにするとともに、子どもへの影響や社会経済的変数との関連を検討する。

方法

使用したデータセット

妊娠期から成人期に至る発達段階の子どもを持つ世帯を対象とした 2 つの調査データを利用した。

妊娠出産子育て基本調査（以下、調査 1）：初めての子どもの持つ全国の夫婦（子どもは 0 歳～2 歳）の妊娠出産および子育て期の環境や夫婦関係を捉えることを目的とした調査である（第 1 回は 2006 年、第 2 回は 2011 年に初回調査を実施；ベネッセ次世代育成研究所，2013）。2 回の調査を合わせて 9143 名の回答を分析対象とした（夫婦 3738 組、母親 1568 名、父親 99 名）。平均年齢は 32.0 歳で、父親は平均 33.1 歳（SD = 5.3、範囲 = 18-57 歳）、母親は 31.3 歳（SD = 4.6、16-47 歳）であった。

表 1：調査協力者の基本的属性

属性	父親 (n = 4480)	母親 (n = 6213)
年齢 (SD)	35.8 (8.7)	33.9 (8.0)
教育年数 (SD) ¹	14.5 (2.3)	14.1 (1.7)
年収 (百万)	5.2 (3.1)	1.3 (2.0)
就労状況 (カッコ内の数値は%)		
フルタイム	3755 (83.8)	916 (14.7)
パートタイム	200 (4.5)	779 (12.5)
自営業	385 (8.6)	270 (4.3)
無職	39 (0.9)	3238 (52.1)
子どもの発達段階 (カッコ内の数値は%)		
妊娠期	1259 (28.1)	1634 (26.3)
乳児期 (0-2 歳)	2564 (57.2)	3678 (59.2)
児童期 (10-12 歳)	244 (5.4)	326 (5.2)
青年期 (14-22 歳)	198 (4.4)	295 (4.7)
成人期 (23 歳-)	199 (4.4)	279 (4.5)

1. 小学校入学以降の就学年数を表す。

生涯発達における QOL とメンタルヘルス（以下、調査 2）：児童期以降（10 歳～30 歳）の子どもを持つ全国の夫婦の精神的健康を年に 1 度、3 年にわたり追跡した調査である（菅原他，2014）。初回調査時には 1550 名が調査に協力した（夫婦 638 組、母親 263 名、父親 11 名）。平均年齢は 50.0 歳で、父親は平均 51.6 歳（SD = 7.7、範囲 = 34-71 歳）、母親は 49.0 歳（SD = 6.7、範囲 = 30-66 歳）であった。

これら 2 つのデータセットを合わせて、10、693 名の男女（夫婦 4376 組、母親 1831 名、父親 110 名）を分析対象とした。調査協力者の属性を表 1 に示す。

QOL 尺度

両親の QOL は、WHO が開発した WHOQOL-BREF（WHOQOL Group, 1998；田崎・中根，1997）を用いて測定された。この尺度は健康状態に由来する要素に限定された健康関連 QOL の尺度として知られている。全般的な生活の質を尋ねる 2 項目（「自分の生活の質をどのように評価しますか」「自分の健康状態に満足していますか」）に加えて、4 つの下位領域の状態を問う 24 項目で構成される。具体的には、**身体領域** 7 項目（「体の痛みや不快感のせいで、しなければならないことがどのくらい制限されていますか」「毎日の生活を送るための活力はありますか」「毎日の活動をやり遂げる能力に満足していますか」など）、**心理領域** 6 項目（「毎日の生活をどのくらい楽しく過ごしていますか」「物事にどのくらい集中することができますか」「自分の容姿（外見）を受け入れることができますか」など）、**社会領域** 3 項目（「人間関係に満足していますか」「性生活に満足していますか」「友人たちの支えに満足していますか」）、**環境領域** 8 項目（「あなたの生活環境はどのくらい健康的ですか」「余暇を楽しむ機会はどのくらいありますか」「家と家のまわりの環境に満足していますか」など）からなる。評価は 5 件法（1：全く満足しない～5：非常に満足）であり、得点

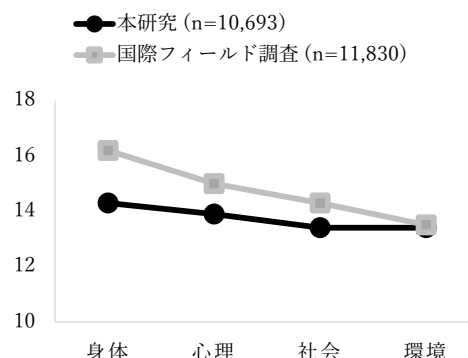


図 1：WHOQOL-BREF の領域得点

注：国際フィールド調査の値は Skevington et al. (2004) より引用した。

が高いほど良好な状態にあることを示す。我が国の成人を対象に WHOQOL-BREF の確証的因子分析を行った結果、男女で因子構造に差がないことが見いだされている (Yoshitake et al., 2015)。

結果

(1) 子育て期の夫婦の QOL の状態

本研究で分析対象とした子育て期の夫婦の QOL の領域別評定値を図 1 に示す。各領域得点の 12 点を中間点とし、QOL が良い状態でも悪い状態でもないとなると、本研究サンプルの QOL はどちらかという和良好的状態であるが、あまり高いとは言えない水準であると解釈された。

WHOQOL-BREF の開発にあたり、特定地域の人口動態を反映した平均的な年齢、教育水準、社会経済的地位、人種・性別構成を代表していると思われる患者、健康者、医療従事者で構成されたフォーカスグループを対象にした予備調査が世界 23 ヶ国 で実施された (Skevington et al., 2004)。そこで、フォーカスグループの得点を基準値とし、本研究サンプルの QOL の評定値と比べた結果、とくに身体領域での差が大きく ($t = 53.49, p < .01$)、心理領域 ($t = 30.92, p < .01$)、社会領域 ($t = 23.61, p < .01$)、環境領域 ($t = 4.31, p < .01$) でも統計的に有意な差があり、本研究で使用した父親母親の QOL の評定値は、どの領域においても WHO の報告値より低かった。

次に、父親と母親の QOL 評定がどれだけ似ているかを調べるため、級内相関係数 (ICC) を求めた。結果を表 2 に示す。身体、心理、社会の領域得点の ICC は弱く (ICCs = .16 - .20, $ps < .01$)、ICC のカットオフ値によると (Cicchetti, 1994)、似ていないと解釈される範囲にあった。環境領域得点には中程度の相関が認められ (ICC = .35, $p < .01$)、やや似ていることが判明したが、夫婦は住環境を共有していることから当然と考えられる。さらには、男女差を検討するため、対応のある t 検定を行った結果、身体領域を除くその他の領域得点には有意差が認められ、心理領域得点は

父親の方が母親より高く ($t = 4.90, p < .01$)、社会領域と環境領域得点は母親の方が高かった (社会: $t = 16.55$, 環境: $t = 8.41$, ともに $p < .01$)。

(2) 子どもの発達に伴う親の QOL の推移

子育て期の夫婦の QOL をさらに詳細に検討するため、子どもの発達に伴う親の QOL の推移を分析した。子どもの発達段階によって親を群分けし、子どもの発達段階と親の性別を被験者間要因とした 2 要因分散分析を行った。父親と母親の領域得点を子どもの発達段階別、父親母親別に求めた結果を図 2 に示す。

身体領域では、子どもの発達段階の主効果と、性別と子どもの発達段階の交互作用が有意となった (順に $F(4, 10665) = 160.40, F(4, 10665) = 3.44$, ともに $p < .05$)。単純主効果の検定を行ったところ、妊娠期は父親の方が母親より得点が高いが、乳児期では反対に母親の方が高かった。その他の発達段階では有意な男女差は見られなかった。また、妊娠期・乳児期の子どもを持つ父親の領域得点は、児童期、青年期、成人期の子どもの父親の得点より有意に高く、母親は乳児期の得点が最も高く、次いで妊娠期が続き、児童期、青年期、成人期は有意に低かった。

心理領域では、子どもの発達段階の主効果のみが有意となった ($F(4, 10665) = 28.94, p < .01$)。多重比較

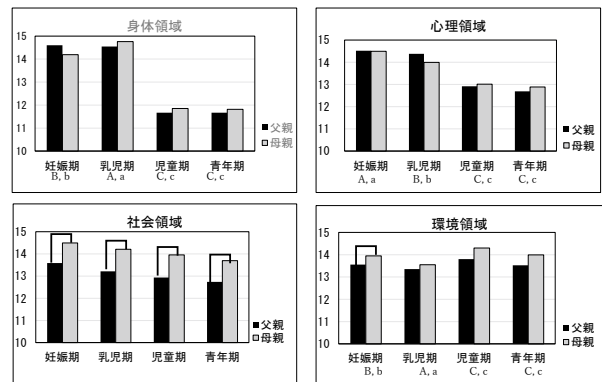


図 2: 子育て期の父親と母親の WHOQOL-BREF の領域得点 (4-20) の推移
注: 子どもの発達段階による父親と母親の得点の差に関して、同じアルファベット間では有意差は認められなかった。大文字は父親、小文字は母親を表す。

表 2: QOL 領域得点の相互相関、夫婦間相関、記述統計、 t 検定結果 ($n = 4376$ 組)

	1	2	3	4	父親	母親	t
1. 身体領域					14.35 (2.25)	14.30 (2.27)	1.17
2. 心理領域	.16**				14.06 (2.43)	13.83 (2.35)	4.90**
3. 社会領域	.72**	.20**			12.97 (2.47)	13.73 (2.28)	16.55**
4. 環境領域	.51**	.60**	.16**		13.19 (2.27)	13.52 (2.21)	8.41**
	.61**	.66**	.53**	.34**			

注: 両親の級内相関は対角線上に太字で示し、父親の領域間相関係数は対角線より右上の部分、母親の領域間相関は左下の部分に斜体で示した。 t 値は領域得点の男女差に対応のある t 検定を行った結果である。** $p < .01$

を行ったところ、父親母親とも、妊娠期が最も得点が高く、乳児期、児童期の順に低く、青年期と成人期の子どもを持つ親が最も低かった。身体領域得点の推移と同様、子どもの発達段階が進むにつれて親の心理領域得点は低い傾向にあった。

社会領域では、親の性別の主効果のみが有意となり ($F(1, 10665) = 11.69, p < .01$)、父親より母親の領域得点の方が子どもの発達段階を通じて有意に高かった。一方、子どもの発達段階による得点の有意差は父親母親とも認められなかった。母親の方が父親より一貫して社会領域の得点が高かったが、成人期を通じ、女性の方が家族をはじめ、地域や友人など、男性より広範囲なサポートネットワークを形成し、そのことが対人領域での満足度につながっていると考えられる。

環境領域は、性別の主効果と子どもの発達段階の主効果が有意となった (順に、 $F(1, 10665) = 4.97, p < .05$, $F(4, 10665) = 4.83, p < .01$)。発達段階の主効果について多重比較を行ったところ、乳児期の子どもに親の領域得点が最も低く、次に妊娠期の親が続き、児童期、青年期、成人期の子どもに親の間には有意差はなかった。また、父親より母親の方が子どもの発達段階を通じて有意に高かった。

(3) 子どもの QOL との関連

親の QOL と子どもの QOL の関連性を検討するため、家族内の相関係数を求めた。分析対象は児童期と青年期の子どもとその親であり、児童期は 243 名 (男子 116 名) で、平均 10.94 歳 ($SD = 0.30$; 範囲 10 - 12 歳)

であり、18 歳から 22 歳までの青年期サンプルは 171 名 (男子 78 名) で、平均 10.94 歳 ($SD = 0.30$) であった。児童期の子どもの QOL は小学生版 QOL 尺度 (KINDL; Bullinger et al., 1993; 柴田他, 2003) を用いて自己評定された。KINDL は 24 項目からなり、身体的健康、精神的健康、自尊感情、家族、友だち、学校生活という 6 つの下位領域の状態を問うそれぞれ 4 個の質問項目で構成されている。評定は 5 件法で、得点が高いほど QOL が高いことを意味する。青年期の子どもに対しては親と同じ尺度の WHOQOL-BREF を使用した。

子どもの男女別に、親の QOL 総得点と子どもの QOL の得点との相関を求めた結果を表 3 に示す。児童期の子どもの場合、娘の QOL 総得点と精神的健康が父親母親の QOL 総得点と有意な相関を示した。息子の QOL 得点は両親の QOL とほとんど相関しなかった。青年期の子どもの場合、母親と娘の QOL 総得点の相関係数が有意であり、息子の環境領域得点は母親と、娘は両親の QOL 総得点と有意な相関を示した。

(4) QOL と社会経済的変数との関連

先述の通り、親の QOL の領域得点には性別や年齢による違いがあることが示された。そこで、属性の他に、教育年数や家庭の経済状態という社会経済的変数の説明力も検討した。マルチレベル回帰分析の結果、世帯収入と教育年数はすべての領域得点の高さを有意に予測した。とくに、心理領域得点については、教育年数の効果が父親と母親で異なることが示され、教育年数の長さや領域得点の関連は女性でのみ有意となった。同様に、心理領域および環境領域において、世帯収入の効果が親の年齢により異なることも明らかとなり、若年夫婦 (26 歳以下) の方が年長の夫婦 (43 歳以上) よりも収入と領域得点の関連性が強かった。交互作用の分析結果を図 3 に示す。

考察

モノや情報にあふれ、世界で有数の豊かさを誇る日本において、しかしながらその生産活動を担う世代の QOL は、世界的に見て高いレベルとは言えなかった。また、父親と母親の QOL の評定は環境領域の評定を除き一致度は低く、心理領域の評定は父親の方が母親より有意に高く、社会および環境領域は母親の方が有意に高かった。一緒に暮らしていても、心身の状態や対人関係の満足度は夫婦個々に独立した評価がなされていた。子どもの QOL との関連性については、児童期の娘の精神的健康が両親の QOL と相関があったことから、養育者の QOL は子どもの、少なくとも児童期の娘の、健全な発達に寄与する可能性が示された。

表3: 親と子のQOLの相関係数

	息子		娘	
	父親	母親	父親	母親
児童期 ($n = 243$)				
QOL 総得点	.06	-.03	.18*	.19*
身体的健康	.01	-.02	.16	.16
精神的健康	-.01	-.02	.21*	.21*
自尊感情	.06	.04	.06	.06
家族	-.02	-.06	.15	.16
友だち	.09	.07	.10	.11
学校生活	.13	.12	.10	.11
青年期 ($n = 171$)				
QOL 総得点	.16	.26	.19	.29*
身体領域	.12	.21	.09	.18
心理領域	.09	.14	.17	.26
社会領域	.10	.19	.16	.25
環境領域	.21	.32*	.25*	.30*

注: * $p < .05$

一方、青年期の子どもの場合、息子と父親の相関を除き、環境領域の評定の高さが親の QOL の良さと関連しており、両親の QOL は子どもにとって生活環境の一部に組み込まれ、子ども自身の生活環境への満足度に影響を与えていることが示唆された。

子育て期の夫婦の QOL の評定は子どもの発達段階により異なることも明らかになった。身体領域と心理領域は、年長の子どもの持つ親ほど評定が低い傾向が見られた。一般に年長の子どもの持つ親ほど年齢が高いことから、得点推移の様相は、加齢による身体的健康の低下や (Skevington et al., 2004)、家庭や職場、地域社会などで求められる役割期待の多様性と責任の増大、子どもの自我の発達に伴う親子間葛藤など、親自身が発達課題に直面することによる心理社会的ストレスの増加を反映していると考えられる。ストレスの影響を支持するものとして、分析により世帯年収と教育年数の効果が見いだされた。すなわち、世帯年収の高い夫婦は、低い夫婦より心理領域得点が高く、この傾向は若年夫婦の方が年長夫婦より顕著であった。若い夫婦の方がワーク・ライフ・バランスやワーク・ファミリー・コンフリクトの葛藤に強くさらされていることが伺われる。また、大学卒の女性と比べて高校卒の女性の得点が有意に低かった (図3を参照)。学歴の高い女性の方がストレスに対処するための情報やリソースにアクセスしやすく、スキルも有しており、結果として心理状態が良好で、気力も活力も充実していると考えられる。また、社会経済的地位の高いパートナーと知り合う機会が多く、子育て期において高い世帯収入とよりよい生活環境が実現できるのであろう。

社会領域については、母親の方が父親より一貫して得点が高かったが、成人期を通じ、女性の方が家族をはじめ、地域や友人など、男性より広範囲なサポートネットワークを形成し、そのことが対人領域での満足度につながっていると考えられる (Skevington et al.,

2004)。身体、心理領域とは対照的に、環境領域では幼い子どもを持つ親の方が年長の子どもの持つ親より得点が低い傾向があった。このことは、収入の高さと環境領域得点の関連性が若年夫婦により強く見られたという結果と関連しており (図3)、菅原 (2015) の指摘にもある通り、発達初期の子どもの持つ親が物質的に困難な状況に置かれていることが QOL 尺度によって測定できることが確認された。これらの結果は、国民全体の QOL の水準を上げるとともに、特定の集団に焦点を当てた支援プログラムの必要性を明らかにしている。とりわけ収入の低い若年夫婦には心理的状态や生活環境の向上を図るための支援策が必要である。そしてこの支援策は子どもの QOL の維持向上の実現につながると考えられる。

健康増進施策の目標は、障害や疾病の治療だけではなく、ウェルビーイングや QOL の維持と向上にある。「どれだけ良い状態か」という指標を医療や心理学に標準で採用することにより、健常者や患者に関わらず、すべての人の QOL の充実を目指した研究と介入が可能になる。Diener and Chan (2011) は、QOL への介入は障害や疾病に直接アプローチするわけではないが、心身の症状にインパクトを与え、最終的には健康に影響すると主張している。子育て期の男女の QOL を向上させることは、成人期の健全な発達を促進するだけにとどまらず、子どもの QOL の向上をもたらすと考えられる。一般成人を対象とした QOL の規定因や介入研究など、今後も実証的な研究を蓄積し、子どもの健全な発達につながる親の健康と生活の充実のための支援策を提案していかなければならない。

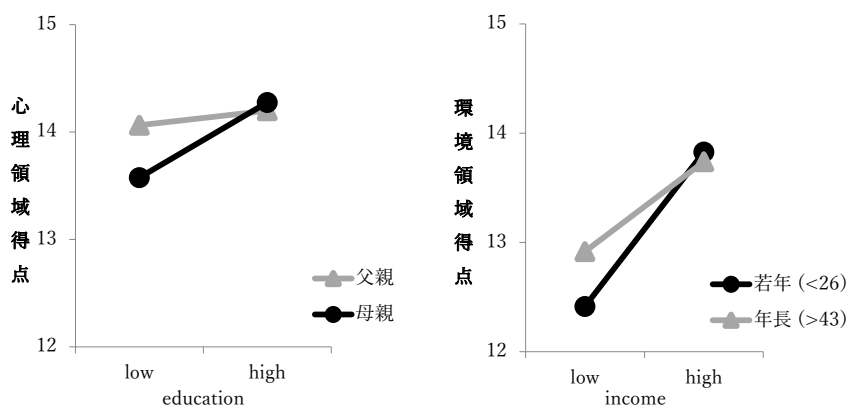


図3：属性と社会経済的変数の交互作用

〈引用文献〉

- ベネッセ世代育成研究所 (2013) . 第2回 妊娠出産子育て基本調査 (横断調査) 報告書 . <https://berd.benesse.jp/jisedai/research/detail.php?id=3316> [2018年8月20日閲覧]
- Bullinger, M., Mackensen, S., & Kirchberger, I. (1993) . KINDL-ein Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 2, 64-67.
- Cicchetti, D.V. (1994) . Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6, 284-290.
- Diener, E., & Chan, M.Y. (2011) . Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Health and Well-Being*, 3, 1-43.
- Eiser, C., Vance, Y.H., Horne, B., Glaser, A., & Galvin, H. (2003) . The value of the PedsQL in assessing the quality of life in survivors of childhood cancer. *Child Care Health Development*, 29, 95-105.
- Evans, D.R. (1994) . Enhancing quality of life in the population at large. *Social Indicators Research*, 33, 47-88.
- Fayers, P.M. & Machin, D. (2000) . *Quality of Life: Assessment, Analysis and Interpretation*. West Sussex, England: John Wiley & Sons. (フェイヤーズ P.M. & マッキン D. 福原俊一・数間恵子 (監訳) (20005) *QOL 評価学: 測定、解析、解釈のすべて*. 中山書店)
- Jenkins, C.D. (1992) . Assessment of outcomes of health intervention. *Social Science and Medicine*, 35, 367-375.
- 川島亜紀子・眞榮城和美・菅原ますみ・酒井厚・伊藤敦子 (2008) . 両親の夫婦関係葛藤に対する青年期の子どもの認知と抑うつとの関連. *教育心理学研究*, 56, 353-363.
- Kelly, H.H., & Thibaut, J. W. (1978) . *Interpersonal relations: A theory of interdependence*. New York: Wiley.
- Kenny, D.A., Kashy, D.A., & Cook, W.L. (2006) . *Dyadic Data Analysis*. New York: Guilford Press.
- 中根允文・田崎美弥子・宮岡悦良 (1999) . 一般人口における QOL スコアの分布. *医療と社会*, 9, 123-131.
- 柴田玲子・根本芳子・松寄くみ子他 (2003) . 日本における Kid=KINDL (小学生版 QOL 尺度) の検討. *日本小児科学会誌*, 107, 1514-1520.
- Skevington, S.M., Lofty, M. & O'Connell, K.A. (2004) . The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial: A report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13, 299-310.
- 菅原ますみ (1997) . 養育者の精神的健康と子どものパーソナリティの発達—母親の抑うつに関して—. *性格心理学研究*, 5, 38-55.
- 菅原ますみ (2000) . 夫婦関係の心理学—子育てとの関係から—. *PSIKO*, 1, 102-105.
- 菅原ますみ (2015) . クオリティ・オブ・ライフと子ども期の発達—妊娠期から青年期まで—. *日本小児看護学会誌*, 24, 56-63.
- 菅原ますみ・松本聡子・孫怡・吉武尚美・酒井厚・後藤憲子・高岡純子 (2014) . 生涯発達におけるクオリティ・オブ・ライフと精神的健康 (7) 子育て期の夫婦の QOL. 第11回子ども学会義
- 田崎美弥子・中根允文 (1997) . WHOQOL 短縮版 使用手引き. 金子書房
- 田崎美弥子・中根允文 (1998) 健康関連「生活の質」評価としての WHOQOL. *行動計量*, 25, 76-80.
- Upton, P., Lawford, J., & Eiser, C. (2008) . Parent-child agreement across child health-related quality of life instruments: a review of the literature. *Quality of Life Research*, 17, 895-913.
- Yoshitake, N., Sun, Y., Sugawara, M., Matsumoto, S., Sakai, A., Takaoka, J., & Goto, N. (2015) . The psychometric properties of the WHOQOL-BREF in Japanese couples. *Health Psychology Open*, 1-9.

- Yoshitake, N., Sun, Y., Sugawara, M., Matsumoto, S., Sakai, A., Takaoka, J., & Goto, N. (2016) . QOL and sociodemographic factors among first-time parents in Japan: A multilevel analysis. *Quality of Life Research*, 25, 3147-3155.
- Waters, E., Stewart-Brown, S., & Fitzpatrick, R. (2003) . Agreement between adolescent self-report and parent reports of health and well-being: Results of an epidemiological study. *Child: Care, Health and Development*, 29, 501-509.
- WHOQOL Group (1998) . Development of the World Health Organization: WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.

フィールド調査国は、アルゼンチン、オーストラリア、ブラジル、ブルガリア、中国、クロアチア、ドイツ、ギリシア語、ハンガリー、イスラエル、イタリア、インド、日本、マレーシア、オランダ、ナイジェリア、ノルウェー、ルーマニア、ロシア、スペイン、トルコ、イギリス、アメリカであった。