

研 究

救急外来を受診した子どもの保護者が認識する
Health Locus of Control の親尺度の関連要因山田 晃子¹⁾, 山崎あけみ²⁾, 酒井 規夫²⁾
長谷川泰浩³⁾, 笠原 勝⁴⁾

〔論文要旨〕

本研究では、子どもの急病時に、保護者が不安を増大させずに落ち着いて子どもの病状に応じて対処できるために、医療者が行う支援のあり方を検討することを目的として、救急外来を受診した子どもの保護者の認識に関連する要因を明らかにすることを目的とした。保護者の認識とは、保護者が子どもに対して行うことが、子どもの健康に影響していることを示す「保護者の行動で子どもの健康が決まる」である。広域一次小児救急センターを受診した15歳以下の子どもの保護者1,125人に無記名自記式調査票を配付し、有効回答304人を分析した。「保護者の行動で子どもの健康が決まる」との保護者の認識は、日本版 Parent Health Locus of Control Scales 親尺度（以下、親尺度）により測定した。属性の違いによる親尺度得点の平均を比較した結果、過去6か月間に子どもの救急外来受診歴なしの群の得点が、受診歴ありの群よりも有意に高かった。過去6か月間に子どもに救急外来受診歴ありの群は、受診歴なしの群と比べて、子どもの平均年齢、日本語版ソーシャル・サポート尺度得点が有意に低かった。子どもに救急外来受診歴がある保護者に対して、医療者が行う支援のあり方は、子どもの健康管理を相談できるための支援、子どもの体調の見方、および子どもの急病時の対処方法を説明する重要性が示された。

Key words : 小児救急外来, 保護者, Health Locus of Control

I. 目 的

子どもの急な発病に対する保護者の戸惑いは、大きい。近年、15歳未満の人口は減少傾向にあるが、15歳未満の初診料及び再診料の時間外・休日・深夜加算の算定回数は概ね横ばいで推移している¹⁾。小児一次急病センターを受診した子どもの保護者に、著者らが実施した調査では、診察前の不安が強いと回答した保護者が62.7%を占めた²⁾。その一方で、小児科医が直ぐに入院施設への紹介または、翌日紹介が必要と判断した子どもは4.1%と、保護者の不安と実際の病状には大きな乖離が生じていた²⁾。子どもの急病時に、保

護者が不安を増大させることなく、子どもの病状に応じて対処できるように医療者が行う効果的な支援のあり方を検討することは、小児医療提供体制を整備する一助になることが期待できる。

休日や夜間に、子どもが発熱した際の保護者の対応は、まずは自分で何とかする、あるいは、医師に何とかして欲しくて受診する等が明らかにされている³⁾。Health Locus of Control は、個人が健康や病気に関して、その原因を自分自身 (Internal locus of control) もしくは、運や偶然、有力な他者など (External locus of control) のいずれに帰属させる傾向にあるかを意味する^{4,5)}。つまり、Health Locus of Control に基づき

Associated Factors of Cognition by Parents Regarding the Influence on the Health Locus of Control
among Their Children Visiting Pediatric Emergency Unit

〔32014〕

Akiko Yamada, Akemi Yamazaki, Norio Sakai, Yasuhiro Hasegawa, Masaru Kasahara

受付 20. 3. 2

採用 22. 7. 6

1) 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程 (現: 奈良県立医科大学医学部看護学科) (看護師)

2) 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 (看護師)

3) 箕面市立病院小児科 (医師/小児科)

4) 豊能広域こども急病センター (医師/小児科)

子どもが発熱した際の保護者の対応が分かれた背景を考えたところ、「保護者の行動で子どもの健康が決まる」と考える傾向 (Internal locus of control) または、本人以外、有力な他者である医療者の行動で子どもの健康が決まると考える傾向があるか (External locus of control) と説明できる。

成人を対象にした調査では、人は自身の行動で健康が決まると考える傾向が高まると、健康管理における自己効力感が高まり、保健行動の実践が促されていた⁶⁾。一方、子どもは幼いほど、健康管理の多くを保護者に依存し、保護者も自分のこと以上に、子どもの健康状態を気にかけ、子どもの健康管理をしていると考える。これにより、成人とは異なり、子ども本人だけではなく保護者の認識が、子どもの健康管理に大きく影響すると考える。

先行研究では、白血病と診断された子どもの保護者が「保護者の行動で子どもの健康が決まる」と認識するほど、保護者の生活の満足度が高い値を示し、保護者のうつ症状や不安が低い傾向を示した⁷⁾。また、急性疾患で受診した子どもの保護者では、育児ストレスと「保護者の行動で子どもの健康が決まる」との認識が、有意な負の相関を示した⁸⁾。

子どもの受診行動に関与する要因を、保健行動をとる見込みを説明する Health Belief Model⁹⁾により検討した研究では、鎌状赤血球症で治療中の子どもが発熱時に、即座に受診するか否かは、保護者が認識する受診に伴う有益性が影響していた¹⁰⁾。

先行研究の結果より、救急外来を受診した子どもの保護者が「保護者の行動で子どもの健康が決まる」との認識を強める要因は、子どもの救急外来受診に伴う不利益を認識している、子どもの健康管理にかかりつけ医を活用している、子どもの急病時の支援が得られることが考えられる。この仮説をもとに、本研究の目的は、広域一次小児救急センターを受診した子どもの保護者を対象に「保護者の行動で子どもの健康が決まる」との認識に関連する要因を明らかにし、子どもの急病時に、保護者が不安を増大させることなく落ち着いて、子どもの病状に応じて対処できるために、医療者が行う支援のあり方を検討することとした。

II. 対象と方法

1. 研究対象者

2018年3月～2019年2月に、広域一次小児救急セ

ンターを受診した15歳 (中学生) 以下の子どもの保護者を研究対象者とした。即時に入院施設を備えた病院への受診が必要な子どもの保護者、調査票に日本語で回答することが難しい保護者、他者への感染防止のためなど別室に隔離された子どもの保護者は、研究対象者から除外した。調査を実施した施設は、小児救急医療の維持を目的に設立され、当該医療圏 (4市2町: 2015年総人口1,036,617人・0～15歳人口148,746人)¹¹⁾では夜間・時間外の小児一次救急診療を行う唯一の機関である。

2. 研究デザイン

無記名自記式質問紙による横断的研究。

3. 調査方法

診察が終了した子どもの保護者に、調査趣旨の説明と調査への協力を依頼し、保護者が調査票の受け取りに同意した場合に、調査票と説明文書、返信用封筒を配付した。調査票の回収は、保護者が回答後に、研究者宛に郵送する方法とした。

4. 調査項目 (表1)

i. 日本版 Parent Health Locus of Control Scales 親尺度

「保護者の行動で子どもの健康が決まる」との保護者の認識は、日本版 Parent Health Locus of Control (以下、PHLOC) Scales¹²⁾の下位尺度である親尺度を用いて評価した。日本版 PHLOC Scales は、何が子どもの健康を決めると親は認識しているかを評価する尺度であり、子どもの健康を決めるものとして、親、子ども、医療者、メディア、運、神仏と霊の力の6下位尺度合計30項目から構成されている¹²⁾。日本版 PHLOC Scales は、原版の PHLOC Scales¹³⁾に基づき著者が開発した尺度であり、信頼性と妥当性は示されている¹²⁾。本研究では親尺度のクロンバックの α 信頼性係数は、0.885であった。日本版 PHLOC Scales 親尺度 (以下、親尺度) は7項目から構成され、各項目に対する回答を6 (まったくそのとおり)、5 (そのとおり)、4 (ややそのとおり)、3 (やや違う)、2 (違う)、1 (まったく違う) の6段階で求めた。尺度項目は、表1に示した。親尺度の得点が高いほど、「保護者の行動で子どもの健康が決まる」と保護者が認識する傾向が高いことを示す¹²⁾。「保護者の行動で子ども

表 1 親尺度および親尺度に関連する尺度項目と尺度得点

尺度項目	過去 6 か月間 子どもの救急外来受診歴		p 値
	受診歴なし n = 180	受診歴あり n = 121	
	平均値 ± 標準偏差		
親尺度	4.64 ± 0.73	4.44 ± 0.82	0.022
私は、私の子どもの健康に影響力をもつ。 私は、私の子どもが傷つかないようにするために多くのことができる。 私は、私の子どもを病気から防ぐために多くのことができる。 私が、私の子どもに対して家庭で行うことは、私の子どもの健康にとって重要である。 私の子どもの安全は、私しだいである。 私は、私の子どもが元気であるために多くのことができる。 私は、私の子どもが丈夫で健康であるために多くのことができる。			
子どもの健康管理におけるかかりつけ医の活用尺度	4.65 ± 0.79	4.68 ± 0.83	0.670
あなたの子どもの病気や健康に関する疑問について気軽に相談できますか。 あなたの子どもの病気や薬に関する助言は得られますか。 あなたの子どものことをよく理解していますか。 診察に満足していますか。 待ち時間、診療時間、立地などからみて、気軽に受診できますか。			
子どもの救急外来受診に伴う利益の認識尺度	4.71 ± 0.69	4.68 ± 0.76	0.941
救急外来に行けば、子どもの病気や症状を何とかしてくれる。 救急外来があるから、夜間に気軽に受診できる。 救急外来で、医師に子どもを診てもらえたら安心する。 救急外来では、子どもに合う薬を出してもらえる。 救急外来は、夜間でも休日でも、すぐに子どもを医師に診てもらえる。			
子どもの救急外来受診に伴う障壁の認識尺度	4.01 ± 1.00	3.89 ± 0.96	0.209
病気の子どものが、受診のために外出してさらに具合が悪くならないか心配になる。 救急外来を受診すると、子どもが違う病気をもらう可能性がある。			
日本語版ソーシャル・サポート尺度	5.70 ± 0.93	5.35 ± 1.09	0.014
家族のサポート	5.89 ± 1.00	5.51 ± 1.20	0.006
私の家族は本当に私を助けてくれる。 必要ときに、家族は私の心の支えとなるよう手を差し伸べてくれる。 私は家族と自分の問題について話し合うことができる。 私の家族は私が何か決めるときに、喜んで助けてくれる。			
大切な人のサポート	5.91 ± 0.99	5.52 ± 1.18	0.004
私には困ったときにそばにいてくれる人がいる。 私は喜びと悲しみを分かち合える人がいる。 私には真の慰めの源となるような人がいる。 私には私の気持ちについて何かと気づかってくれる人がいる。			
友人のサポート	5.30 ± 1.26	4.98 ± 1.40	0.073
私の友人たちは本当に私を助けてくれようとする。 色々なことがうまくいかない時に、私は友人たちをあてにすることができる。 私には喜びと悲しみを分かちあえる友人がいる。 私は自分の問題について友人たちと話すことができる。			

注. Mann-Whitney の U 検定。親尺度 = 日本版 Parent Health Locus of Control Scales 親尺度。

の健康が決まる」との保護者の認識は、子どもの健康や病気の原因を保護者に帰属させる傾向であるが、尺度項目より、子どもの病気を保護者の責任とすることではなく、子どもが元気で健康であるために保護者はより多くのことができることを意味している。

ii. 親尺度に関連する要因

a. 子どもの健康管理におけるかかりつけ医の活用尺度 (以下、かかりつけ医の活用尺度)

保護者が、子どもの健康管理にかかりつけ医を活用しているかを評価する尺度である。著者が先行研究⁴⁾を参考に尺度項目案を作成し、小児科医、広域一次小児救急センターで勤務する看護師、小児看護学を専門

とする研究者と議論を行い、項目案を追加、修正した。尺度項目の表現の分かりやすさ、答えやすさを確認するために、公立幼稚園に通う子どもの保護者33人にプレテストを実施したが、修正が必要な項目は認めなかった。尺度は5項目を設定し、子どものかかりつけ医に関して、6（まったくそのとおり）、5（そのとおり）、4（ややそのとおり）、3（やや違う）、2（違う）、1（まったく違う）の6段階で各項目に対する回答を求めた。得点が高いほど、子どもの健康管理にかかりつけ医を活用していることを意味する。尺度項目は、表1に示した。本研究の尺度のクロンバックの α 信頼性係数は、0.855であった。

b. 子どもの救急外来受診に伴う利益の認識尺度と障壁の認識尺度

利益の認識尺度は、子どもの救急外来受診が、子どもと保護者にとって子どもの疾病への脅威を減らすために有益という認識および、障壁の認識尺度は、その一方で存在する救急外来受診に伴う子どもと保護者にとって、受診の障壁となる側面の認識を示した尺度である。項目案は、著者の先行研究³⁾に関連したインタビュー調査を参考に作成した。小児看護学を専門とする研究者と議論を行い、修正、項目を追加した。さらに尺度項目の表現の分かりやすさ、答えやすさを確認するために、かかりつけ医の活用尺度と同時に子どもの保護者23人にプレテストを実施し、結果、意味内容の重複項目を削除した。尺度は、6（まったくそのとおり）、5（そのとおり）、4（ややそのとおり）、3（やや違う）、2（違う）、1（まったく違う）の6段階で各項目に対する回答を求めた。尺度の得点は、利益と障壁に分けて合計し、得点が高いほど各々の認識が高いことを意味する。

子どもの救急外来受診に伴う利益の認識尺度（以下、利益の認識）は、5項目を設定した。本研究のクロンバックの α 信頼性係数は、0.726であった。子どもの救急外来受診に伴う障壁の認識尺度（以下、障壁の認識）は、クロンバック α 信頼性係数が0.578と低かったため、1項目を削除し2項目の尺度として確定した。本研究のクロンバックの α 信頼性係数は、0.650であった。クロンバックの α 信頼性係数は0.70~0.80であれば、尺度の内の一貫性をまずまず受け入れることができ、0.60以下は尺度として受け入れられない¹⁵⁾。障壁の認識は、 α 信頼性係数が低い0.60以上を示したために、本調査では尺度を使用することとした。

利益の認識、障壁の認識の尺度項目は、表1に示した。

c. 日本語版ソーシャル・サポート尺度¹⁶⁾

子どもの受診の際に、保護者が得られる社会的な支援の状態を把握するために、日本語版ソーシャル・サポート尺度を用いた。日本語版ソーシャル・サポート尺度は、家族のサポート、大切な人のサポート、友人のサポートの3下位尺度、各4項目の合計12項目から構成される¹⁶⁾。尺度は、各項目に対して7（非常にそう思う）、6（そう思う）、5（ややそう思う）、4（どちらともいえない）、3（あまりそう思わない）、2（そう思わない）、1（全くそう思わない）の7段階で評価され、得点が高いほど提供される支援が高いことを意味する¹⁶⁾。尺度項目は、表1に示した。

d. 受診した子どもと保護者の属性

受診した子どもと保護者の年齢、受診した子どもと保護者の間柄、受診時の子どもの症状、子どもの性別、保護者の就労状況、子育てについての不安、祖父母との同居の有無、出生順位、きょうだいの人数、子どもの定期的な通院治療歴、子どものかかりつけ医を決めているか、受診した子どもの過去6か月間の救急外来の受診回数を尋ねた。受診時の体温が38℃以上と回答した3か月~6歳の子どもの対象に、受診時の症状で質問した「こどもの救急；発熱（38℃以上）」¹⁷⁾に提示されている「急患診療所の受診が必要な症状」に該当するかを確認し、受診が必要な症状に該当している群と該当していない群の2群に振り分けた。

5. 調査の枠組み

Health Belief Modelでは、人が保健行動をとる見込みに関連する要因は、疾患の重症度と罹患しやすさの認識、保健行動に伴う有益性と障壁の認識、行動のきっかけである、と説明している⁹⁾。モデルを参考に、「保護者の行動で子どもの健康が決まる」との保護者の認識に関連する要因は、利益の認識、障壁の認識、かかりつけ医の活用尺度、日本語版ソーシャル・サポート尺度¹⁶⁾、受診した子どもと保護者の属性を設定した。

6. 分析方法

日本版PHLOC Scalesの原版は、属性の特徴が異なる集団を基に開発され妥当性が検証されていることから、集団の違いを評価し、集団への介入方法の検討

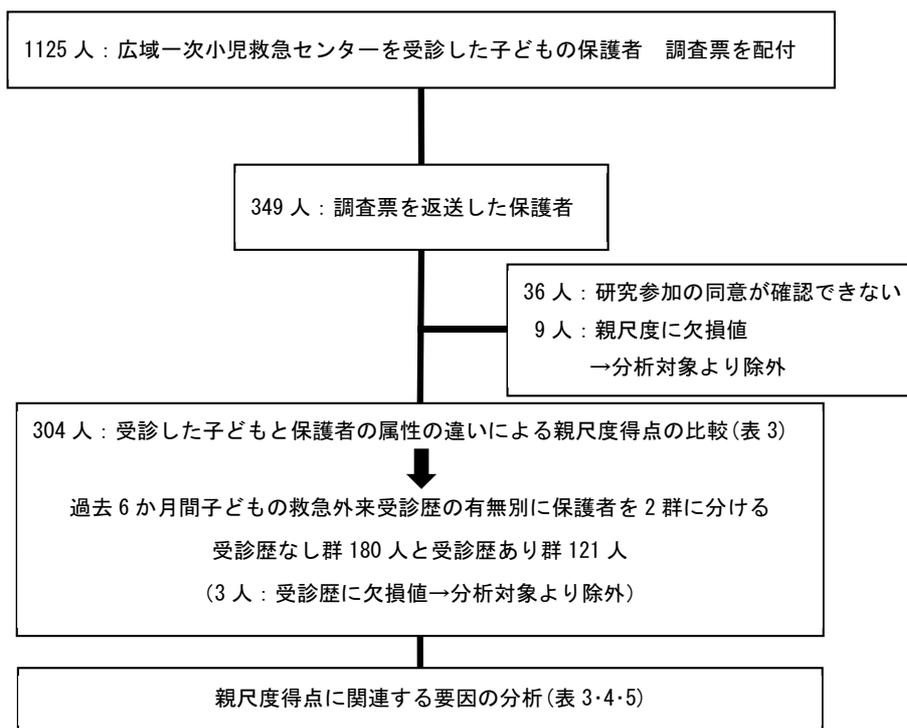


図 1 分析対象者の選定と分析手順

調査票を配付から分析対象者を 2 群に分けた手順と分析方法を示した。最初に、属性による親尺度得点を比較し、次に、親尺度得点に有意差を認めた子どもの過去 6 か月間の救急外来受診歴の有無に基づき、受診歴がある保護者 121 人、受診歴がない保護者 180 人の 2 群に分けて分析をしたことを示した。

に有用である可能性が示されている¹³⁾。このため、親尺度得点に有意差を示した属性の保護者の集団に着目することで、研究目的である親尺度の関連要因の分析、保護者への支援の検討がより効果的に行えると考えた。そこで、図 1 に示した通り、受診した子どもと保護者の属性の違いによる親尺度得点の平均を比較し、有意差を示した属性によって保護者を層別化して分析することとした。分析は、基本統計量の算出、分割表の検定は χ^2 検定、2 群間の比較では Mann-Whitney の U 検定および、3 群間の比較では Kruskal-Wallis 検定を行った。親尺度得点と属性変数および、各尺度得点との Spearman 順位相関係数の算出、親尺度得点を従属変数として重回帰分析を行った。各検定の有意水準は 5%、統計分析ソフトは、IBM SPSS Statistics Ver 23.0 を使用した。

7. 倫理的配慮

本研究は、大阪大学医学部附属病院観察研究倫理審査委員会の承認を得て実施された(承認番号 164746)。研究対象者には、調査の目的と方法、研究参加への自由意思、個人情報保護、結果の公表について書面で

説明をした。研究参加の同意の取得は、調査票に設けた研究参加の同意の意思を記入する欄に、研究対象者が同意の意思を記したうえで回答した調査票を研究者宛に郵送することで行った。

III. 結 果

1,125 人に調査票を配布し返送があった 349 人(回収率 31.0%)中、調査票に研究参加の同意の意思が記されていないため、書面による研究参加の同意が確認できない保護者 36 人を除外し、さらに親尺度に欠損値がみられた保護者 9 人を除外して 304 人を分析対象とした。

1. 受診した子どもと保護者の属性(表 2)

回答した保護者は、母親 282 人(92.8%)、父親 22 人(7.2%)であった。保護者の平均年齢±標準偏差は 37.8±5.6 歳、受診した子どもは、4.9±3.7 歳であった。保護者が回答した親尺度得点の平均値±標準偏差は 4.56±0.77 であった。過去 6 か月間に救急外来の受診歴がない子どもは 180 人(59.8%)、子どものかかりつけ医を決めている保護者は 296 人(97.4%)であった。

表2 受診した子どもと保護者の属性

保護者	保護者全員 n=304		過去6か月間 子どもの救急外来受診歴				p 値
			受診歴なし n=180		受診歴あり n=121		
	n	%	n	%	n	%	
年齢							
39歳以下	182	59.9	98	54.4	83	68.6	0.016
40歳以上	122	40.1	82	45.6	38	31.4	
子どもとの間柄 母親	282	92.8	166	92.2	113	93.4	0.823
就労中 (全時間帯勤務・パートタイム勤務)	171	57.0	102	57.6	67	55.8	0.812
子育てについての不安							
思う (非常に・少し)	162	54.0	86	48.9	74	61.2	0.044
思わない (あまり・まったく)	138	46.0	90	51.1	47	38.8	
受診した子ども							
年齢							
0~2歳	98	32.2	41	22.8	57	47.1	<0.001
3~5歳	89	29.3	52	28.9	36	29.8	
6~15歳	117	38.5	87	48.3	28	23.1	
性別 男児	176	57.9	111	61.7	63	52.1	0.122
祖父母と同居していない	270	88.8	156	86.7	111	91.7	0.197
第1子	180	59.2	104	57.8	75	62.0	0.475
きょうだいなし (一人っ子)	89	29.4	51	28.3	38	31.7	0.606
現在・過去に定期的な通院治療歴なし	229	76.8	138	77.5	89	76.1	0.779
急患診療所の受診が必要な症状に該当 (38度以上で受診した生後3か月~6歳のみ振り分け)	81	70.4	48	71.6	33	68.8	0.836

注. χ^2 検定。各項目の人数および%は当該項目の欠損値を除外して集計した。

表3 属性の違いによる親尺度得点の平均の比較

保護者全員 n=304	(n)	親尺度得点 平均値±標準偏差	p 値	
過去6か月間 子どもの救急外来受診歴	なし	180	4.64±0.73	0.022
	あり	121	4.44±0.82	
保護者の年齢	39歳以下	182	4.61±0.77	0.042
	40歳以上	122	4.49±0.78	
過去6か月間 子どもの救急外来受診歴なし n=180				
保護者の年齢	39歳以下	98	4.73±0.70	0.033
	40歳以上	82	4.54±0.76	
過去6か月間 子どもの救急外来受診歴あり n=121				
就労していない		53	4.63±0.72	0.047
就労中 (全時間帯勤務・パートタイム勤務)		67	4.30±0.86	

注. Mann-Whitney のU検定。有意差を認めた項目のみ記載。各項目の人数は当該項目の欠損値を除外して集計した。親尺度=日本版 Parent Health Locus of Control Scales 親尺度。

38度以上で受診した生後3か月~6歳の子ども115人のうち、受診した時の症状が「こどもの救急；発熱(38℃以上)」⁷⁾に提示された「急患診療所の受診に必要な症状」に該当する子どもは、81人(70.4%)であった。

2. 属性の違いによる親尺度得点 (表3)

受診した子どもと保護者の属性の違いによる親尺度

得点の平均を比較した。過去6か月間子どもに救急外来受診歴がない保護者は、子どもに救急外来受診歴がある保護者に比べて、親尺度得点が有意に高かった($p=0.022$)。また、年齢が39歳以下の保護者の得点は、40歳以上の保護者に比べ有意に高かった($p=0.042$)。他の属性は、有意差を認めなかった。

結果より、子どもの急病時に、即した保護者への支援を検討するためには、年齢よりも、急病時の主な対

表 4 受診歴別にみた親尺度得点との Spearman の順位相関係数 (相関係数 0.2 以上)

過去 6 か月間 子どもの救急外来受診歴	関連する要因	(n)	Spearman の 順位相関係数	p 値
受診歴なし n=180	かかりつけ医の活用尺度	176	0.210	0.005
	利益の認識	178	0.221	0.003
	日本語版ソーシャル・サポート尺度	178	0.241	0.001
	大切な人のサポート	179	0.250	0.001
	家族のサポート	178	0.276	<0.001
受診歴あり n=121	障壁の認識	120	0.279	0.002

注. 有意差を認めた項目のみ記載。各項目の人数は当該項目の欠損値を除外して集計した。親尺度 = 日本版 Parent Health Locus of Control Scales 親尺度; かかりつけ医の活用尺度 = 子どもの健康管理におけるかかりつけ医の活用尺度; 利益の認識 = 子どもの救急外来受診に伴う利益の認識尺度; 障壁の認識 = 子どもの救急外来受診に伴う障壁の認識尺度。

処方行動である救急外来受診歴に着目して分析することが望ましいと考えた。このため、過去 6 か月間に子どもの救急外来受診歴がない保護者 180 人を受診歴なし群、受診歴がある保護者 121 人を受診歴あり群に分け、受診歴の有無別で親尺度得点の関連要因を分析することとした (図 1)。

3. 受診歴の有無別に分析：属性と親尺度および親尺度に関連する尺度得点 (表 1, 2)

子どもの平均年齢±標準偏差は、受診歴なし群が 5.7 ± 3.8 歳、受診歴あり群が 3.7 ± 3.1 歳で受診歴あり群が有意に低かった ($p < 0.001$)。保護者の平均年齢±標準偏差は、受診歴なし群が 38.4 ± 5.8 歳、受診歴あり群が 36.9 ± 5.3 歳で受診歴あり群が有意に低かった ($p = 0.009$)。受診歴あり群と受診歴なし群の間では、保護者の年齢群と子育てについて不安に思う保護者、受診した子どもの年齢群の割合に有意差が認められた (表 2)。

親尺度得点と各尺度得点の平均値±標準偏差は、表 1 に示した。受診歴あり群と受診歴なし群の間では、日本語版ソーシャル・サポート尺度と家族のサポート、大切な人のサポート得点に有意差が認められ、受診歴あり群は、なし群に比べて得点が低かった (表 1)。

4. 受診歴の有無別に分析：親尺度得点に関連する要因

i. 受診歴別にみた属性の違いによる親尺度得点 (表 3)

受診歴別に、属性の違いによる親尺度得点を比較した (表 3)。

a. 受診歴なし群

受診歴なし群は、39 歳以下の保護者の親尺度得点が、40 歳以上の保護者に比べ有意に高かった ($p = 0.033$)。

b. 受診歴あり群

受診歴あり群は、就労していない保護者の得点が、就労中の保護者よりも有意に高かった ($p = 0.047$)。受診歴なし群、受診歴あり群ともに他の属性は、有意差を認めなかった。

ii. 受診歴別にみた親尺度得点との Spearman 順位相関係数 (表 4)

親尺度得点との間で有意な相関係数 0.2 以上を示した変数は、表 4 に示した。

a. 受診歴なし群

受診歴なし群では、かかりつけ医の活用尺度 (Spearman 順位相関係数 $r = 0.210$, $p = 0.005$) と利益の認識 ($r = 0.221$, $p = 0.003$)、日本語版ソーシャル・サポート尺度 ($r = 0.241$, $p = 0.001$)、大切な人のサポート ($r = 0.250$, $p = 0.001$)、家族のサポート ($r = 0.276$, $p < 0.001$) が、親尺度得点と有意な相関を示した。

b. 受診歴あり群

受診歴あり群では、障壁の認識 ($r = 0.279$, $p = 0.002$) のみが、親尺度得点と有意な相関を認めた。

iii. 受診歴別にみた親尺度得点を従属変数とした重回帰分析 (表 5)

a. 受診歴なし群

受診歴なし群 180 人を対象に、親尺度得点を従属変数とし、親尺度得点と有意な相関を認めた「利益の認識」「かかりつけ医の活用尺度」「日本語版ソーシャル・サポート尺度」「保護者の年齢」を、独立変数として強制投入し重回帰分析を行った (モデル 1)。その結果、「利益の認識」(標準偏回帰係数 $\beta = 0.183$, $p = 0.023$) のみが、他の変数とは独立して親尺度得点と有意であった (自由度調整済み決定係数 $R^2 = 0.092$)。各変数の Variance Inflation Factor (VIF) は 1.043 ~ 1.323 であった。結果は、表 5 モデル 1 に示した。

表5 受診歴別にみた親尺度得点を従属変数とした重回帰分析

説明変数	モデル1		モデル2	
	過去6か月間子どもの救急外来受診歴			
	受診歴なし		受診歴あり	
	n=180		n=121	
	β	p 値	β	p 値
利益の認識	0.183	0.023	—	
かかりつけ医の活用尺度	0.150	0.068	—	
保護者の年齢	-0.138	0.066	—	
日本語版ソーシャル・サポート尺度	0.085	0.315	—	
障壁の認識	—		0.268	0.003
就労の有無	—		-0.193	0.029
自由度調整済み決定係数 R^2	0.092		0.102	
分散分析 (p 値)	<0.001		0.001	

注. 強制投入法。親尺度=日本版 Parent Health Locus of Control Scales 親尺度；利益の認識=子どもの救急外来受診に伴う利益の認識尺度；かかりつけ医の活用尺度=子どもの健康管理におけるかかりつけ医の活用尺度；障壁の認識=子どもの救急外来受診に伴う障壁の認識尺度； β =標準偏回帰係数；—=変数を投入せず。

b. 受診歴あり群

受診歴あり群 121 人を対象に、親尺度得点を従属変数、親尺度得点と有意な関係を認めた「障壁の認識」、「就労の有無 (01 にコード化)」を独立変数として強制投入し、重回帰分析を行った(モデル2)。結果、「障壁の認識」($\beta=0.268$, $p=0.003$)、「就労の有無」($\beta=-0.193$, $p=0.029$) が有意な変数であり、 R^2 が 0.102、各変数の VIF は 1.006 であった。表5 モデル2 に示した。

IV. 考 察

1. 属性の違いによる親尺度得点

親尺度得点は、過去6か月間、救急外来受診歴がない子どもの保護者が、有意に高かった。また、受診歴なし群の保護者の日本語版ソーシャル・サポート尺度得点は、受診歴ある群と比べて有意に高く、受診歴がない子どもの平均年齢は、受診歴がある子どもよりも有意に高かった。成人を対象にした調査では、保健行動が病気の予防に有効であると認識している者は、自らの行動で健康が決まると認識する傾向が高かった¹⁸⁾。つまり、保護者は、自身による健康管理で、子どもの体調が悪化せず救急外来を受診することなく経過したと受け止め、「保護者の行動で子どもの健康が決まる」と認識する傾向を認めたと考える。

2. 過去6か月間の子どもの救急外来の受診歴別にみた親尺度得点

受診歴なし群の親尺度得点は、39歳以下の保護者が有意に高かった。年齢が若い母親は、年齢が高い母親と比べ、子育てで困ったことがあれば人に頼ることができており、子どもが病気なのか判断できないと感じることが少なかった¹⁹⁾。その一方で、出産年齢が上昇傾向にあることを踏まえると²⁰⁾、40歳以上の保護者の中にも、まだ子どもが幼く、子育てのための支援をより多く必要とする者がいると考える。しかし、年齢が高い母親は、実母も年齢が高く、親や身近な友人に子育ての相談や支援を頼れないと述べていた²¹⁾。また、受診歴なし群は、家族のサポート得点、大切な人のサポート得点が、受診歴あり群に比べて有意に高かった。以上より、受診歴がない39歳以下の保護者は、子どもの体調の変化に応じて家族や親しい友人に頼りやすい状況にあると考えられる。

子どもの健康を含めた子育ての中での母親のストレスは、周囲からのサポートで解決に向かう場合があると示されている²²⁾。保護者は、身近な人からの支援を受けることにより、子どもの体調の安定に向けた対処行動が促される可能性がある。受診歴なし群の39歳以下の保護者は、子どもが救急外来を受診していないことから、身近な人の支援を得ながら、自らの行動が子どもの体調が安定するために影響を与えていると受け止め、「保護者の行動で子どもの健康が決まる」との認識が高まると考えられる。

また、受診歴なし群は、かかりつけ医の活用尺度が高くなると、親尺度得点も高くなる傾向を示した。医師を相談相手として選んだ母親は、育児不安が有意に低かった²³⁾。子どもに救急外来の受診歴がない保護者の場合、かかりつけ医に子どもの健康管理について相談し対処方法の助言を得る等かかりつけ医を子どもの健康管理に活用することで、自宅では、不安を増やすことなく、子どもの健康管理をしていると推察される。これより、保護者は、自身の行動が子どもが健康であるために影響を与えていると捉え、「保護者自身の行動で子どもの健康が決まる」との認識に繋がると推測される。

さらに、受診歴なし群は、利益の認識が高くなると、親尺度得点も高くなる傾向にあった。受診に伴う利点を認識している保護者ほど、子どもが発熱したら即座に受診させていたという報告がある¹⁰⁾。過去の報告と同じく本研究でも、子どもと保護者にとって救急外来受診は有益であると認識することで保護者は、救急外来を安心して頼れる場所と位置づけることができると考える。そして、保護者は、子どもの健康管理にかかりつけ医を活用することで、かかりつけ医も頼れる存在と位置づけ、子どもの体調が変化した場合に、かかりつけ医や救急外来を頼ることができるという見通しを持ってると推察される。仕事をもつ母親が、保育園の入園前から子どもの病気に対する備えをしている場合、子どもの急病をコントロール可能な出来事と認知する傾向が認められた²⁴⁾。保護者に、かかりつけ医、救急外来を頼れるという見通しを持たせることで、子どもの病気に対する保護者の備えにつながり、子どもの急な発病を、保護者が手に負えない出来事ではなくどうにか対処できると認識する可能性がある。このため、「保護者自身の行動で子どもの健康が決まる」との保護者の認識が高まると考えられる。

一方、受診歴あり群は、障壁の認識が上昇すると親尺度得点も上昇傾向を示した。感染症が全国的に流行した際に、病院で感染症にかかることを心配して、子どもの救急外来受診を先延ばしする保護者がいたことが報告されている²⁵⁾。つまり、救急外来受診が子どもに及ぼす影響を心配するほど保護者は、子どもの急病時には、できれば受診を控えたいと救急外来を受診した際に得た医療者からの助言や説明を取り入れて、保護者で対処する可能性が考えられる。このため、保護者が子どもの健康管理に関与する傾向が強くなり、「保

護者の行動で子どもの健康が決まる」との認識が高くなると考えられる。

また、受診歴あり群の親尺度得点は、就労している保護者が有意に低かった。就労している保護者の場合、職場や親族、医療機関の診療時間など自分で決定できない要因に、子どもの急病時の対応が左右されることも多く、「保護者の行動で子どもの健康が決まる」と認識する傾向が低くなると考える。

3. 保護者への支援

年齢が高い保護者は、親尺度得点が低かった。年齢が高く身近な人からの支援を得にくいと感じている保護者が「保護者の行動で子どもの健康が決まる」との認識を高めるために、保護者に子どもの健康管理を相談できる社会資源の情報を提供して活用を勧めることが大切と考える。

また、就労している保護者は、親尺度得点が低かった。保護者が、子どもの急病時に対処できるように、子どもの受診のための時差出勤や短時間勤務を利用しやすくする、病児保育の整備等が大切と考える。就労している保護者が「保護者の行動で子どもの健康が決まる」との認識を高めるために、医療者による子どもの体調の見方や急病時の対処方法の説明や、子どもの体調が変化した際には早めの対処を勧めることも必要と考えられる。

子どもの救急外来の受診歴の有無により、利益の認識、障壁の認識は親尺度得点と有意な関係を認めた。「保護者の行動で子どもの健康が決まる」との保護者の認識を高めるためには、急病になった子どもにどのように対処したいかを、保護者があらかじめ考えておくために必要な情報を、医療者は提供する必要があると考える。

かかりつけ医の活用尺度が上がると、親尺度得点も上がる傾向を示した。保護者が、子どもの健康管理にかかりつけ医を活用するためには、保護者に対してかかりつけ医のもつ強みを説明し、子どもの体調の変化や健康管理について積極的に相談するように勧めることがあげられる。

持続可能な小児救急医療体制の確保のためには、子どもの受診の必要性や緊急性を患者家族が判断できる能力を、行政や医療機関は、地域において醸成し、継承するべきであると厚生労働省は提言している²⁶⁾。また、子どものかかりつけ医が、保護者の話を尊重し、

保護者への説明が理解しやすいと保護者が認識するほど、緊急度が低い状態の子どもが救急外来を受診する回数が有意に減少していた²⁷⁾。保護者が子どもの健康管理にかかりつけ医を活用するための支援は、「保護者の行動で子どもの健康が決まる」との認識を高めることを通して、家庭での子どもの健康管理を支えることにもなり、小児医療体制を整備し確保するための一助につながる事が期待できる。

一方で、「保護者の行動で子どもの健康が決まる」との保護者の認識が高まると、子どもが急に発病した時に、保護者が子どもの受診やケア等を直ぐにできない場合、保護者が自責の念を抱く可能性がある。保護者に対して、受診やケア等を一人で抱え込むことがないように説明することが、不可欠であると考え。

本研究の限界は、子どもの基礎疾患や重症度は、子どもの健康管理に関する保護者の認識に影響を与えることが予測されるが、今回は調査をしていなかった。調査を実施した地域の小児救急医療体制は、近隣の自治体が倣って導入しており、救急医療体制が整備された環境が保護者の認識に影響を与えた可能性は否定できない。親尺度得点と他の尺度得点との相関係数、重回帰分析の自由度調整済み決定係数が低いことから、他に親尺度に影響している要因があると考え。また、本研究は、横断調査であるため、変数間の前後関係を確認できない。このため、本研究では、親尺度と変数間に有意な関係があることを示したが、いずれの変数が原因で結果であるのかという因果関係を結論づけることはできない。

今後の調査では、子どもの基礎疾患や重症度が保護者の認識に与える影響の検討や変数間の因果関係の検証の実施、初めて救急外来を受診する子どもや来院時のトリアージで緊急性が低いと判断された子どもなど調査対象者の限定が必要である。また、本研究を実施した地域とは別の地域でも調査を実施し、今回の調査結果との比較も必要と考える。

V. 結 論

救急外来を受診した子どもの保護者を対象に調査をした結果、「保護者の行動で子どもの健康が決まる」との認識は、過去6か月間に子どもの救急外来受診歴がないと高かった。また、過去6か月間に子どもの救急外来受診歴がある保護者は、受診歴がない保護者と比べて、子どもの平均年齢、日本語版ソーシャル・サポー

ト尺度と家族のサポート、大切な人のサポート得点が有意に低かった。

謝 辞

本研究のためにご協力を賜りました全ての皆様に心より感謝申し上げます。

本研究の一部は、第67回日本小児保健協会学術集会に発表した。

本論文は、2021年度に大阪大学大学院医学系研究科に提出した内藤（山田）晃子の博士論文の一部に加筆・修正を加えたものである。

利益相反に関する開示事項はありません。

文 献

- 1) 厚生労働省. “中央社会保険医療協議会 総会(第345回)資料 外来医療(その1)について”. 厚生労働省ホームページ. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000154055.pdf> (参照 2020.02.22)
- 2) 山田晃子, 山崎あけみ, 酒井規夫, 他. 小児一次救急医療機関を受診する保護者に対する予備調査結果について. 日小児会誌 2018; 122: 474.
- 3) 山田晃子, 川上あずさ. 乳幼児の発熱時における母親の認識と行動. 日看科学会講集第35回 2015; 438.
- 4) 堀毛裕子. 日本版 Health Locus of Control 尺度の作成. 健康心理研 1991; 4(1): 1-7.
- 5) Wallston K.A, Wallston B.S, DeVellis R. Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. Health Educ Monogr 1978; 6(2): 160-170.
- 6) Açıkgöz Ç.S, Kitiş Y. Relationship between healthy lifestyle behaviors and health locus of control and health-specific self-efficacy in university students. Jpn J Nurs Sci 2017; 14(3): 231-239.
- 7) Tremolada M, Taverna L, Bonichini S, et al. Health locus of control in parents of children with leukemia and associations with their life perceptions and depression symptomatology. Children (Basel) 2020; 7(5): 40.
- 8) Ezzat S, Saeedi O, Saleh D.A, et al. Parental perceptions of congenital cardiovascular malformations in their children. Cardiol Young 2016; 26(6): 1158-1167.
- 9) Rosenstock I.M. Why people use health services.

- Milbank Mem Fund Q 1966; 44(3): 94-124.
- 10) Schultz CL, Tchume-Johnson T, Schapira MM, et al. Adherence to prompt fever evaluation in children with sickle cell disease and the health belief model. *Pediatr Blood Cancer* 2015; 62(11): 1968-1973.
 - 11) 総務省統計局. “平成 27 年国勢調査 人口等基本集計 都道府県結果 大阪府”. e-Stat 政府統計の総合窓口. <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00200521&tstat=000001080615&cycle=0&tclass1=000001089055&tclass2=000001089057&tclass3=000001089086> (参照 2020.02.23)
 - 12) Yamada A, Yamazaki A. Japanese version of the parent health locus of control scales: validity and reliability. *Open J Nurs* 2019; 9(9): 972-987.
 - 13) DeVellis RF, DeVellis BM, Blanchard LW, et al. Development and validation of the parent health locus of control scales. *Health Educ Q* 1993; 20(2): 211-225.
 - 14) Aoki T, Inoue M, Nakayama T. Development and validation of the Japanese version of primary care assessment tool. *Fam Pract* 2016; 33(1): 112-117.
 - 15) DeVellis RF. Scale development theory and applications. 4th Edition. Los Angeles: SAGE Publications, 2017
 - 16) 岩佐 一, 権藤恭之, 増井幸恵, 他. 日本語版「ソーシャル・サポート尺度」の信頼性ならびに妥当性中高年者を対象とした検討. *厚生 の 指 標* 2007; 54: 26-33.
 - 17) 日本小児科学会. “ONLINE QQ こどもの救急 発熱 (38°C 以上)”. 公益社団法人 日本小児科学会. <http://kodomo-qq.jp/index>. (参照 2017.06.21)
 - 18) 鶴田来美, 野尻雅美, 宮崎有紀子, 他. 地域住民の保健行動と行動特性に関する研究. *日健医誌* 2000; 9(1): 38-44.
 - 19) 野口純子, 三浦浩美, 舟越和代, 他. 子育て支援センターを利用している母親の育児ストレスと育児に対する自己効力感の検討. *香川保健医療大誌* 2015; 6: 29-36.
 - 20) 厚生労働統計協会. 第 2 章 人口動態 1. 出生. 厚生 の 指 標 増 刊 国 民 衛 生 の 動 向 2020/2021 2020; 67(9): 55-59.
 - 21) 時田純子, 唐田順子. 在宅で乳幼児を育てる高齢初産の母親が自分なりの子育てができるようになる長期的プロセス. *母性衛生* 2019; 59: 818-826.
 - 22) 海老原亜弥, 秦野悦子. 保育園・幼稚園児を育てる母親の育児負担感 ストレッサー, コーピング, ソーシャル・サポートの関係. *小児保健研* 2004; 63: 660-666.
 - 23) 山崎さやか, 篠原亮次, 秋山有佳, 他. 乳幼児を持つ母親の育児不安と日常の育児相談相手との関連: 健やか親子 21 最終評価の全国調査より. *日公衛誌* 2018; 65(7): 334-346.
 - 24) 林 由紀, 山口桂子, 服部淳子. 仕事をもつ母親の子ども急病時における認知的評価に関連する要因. *小児保健研* 2017; 76: 6-12.
 - 25) Davis A.L, Sunderji A, Marneni SR, et al. Caregiver-reported delay in presentation to pediatric emergency departments for fear of contracting COVID-19: a multi-national cross-sectional study. *CJEM* 2021; 23(6): 778-786.
 - 26) 厚生労働省. “救急医療体制等のあり方に関する検討会 報告書”. 厚生労働省ホームページ. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000036818.pdf> (参照 2020.02.06)
 - 27) Brousseau DC, Hoffmann RG, Nattinger AB, et al. Quality of primary care and subsequent pediatric emergency department utilization. *Pediatrics* 2007; 119(6): 1131-1138.

[Summary]

This study aimed to find optimal interventions to parents in case of health emergencies encouraging controlled coping with the condition of their children. For the aim we explored the factors affecting insights by parents: health of their children depended upon the behaviors by parents. We gave a questionnaire to 1,125 parents of children aged 15 or below visited a primary pediatric emergency unit, and obtained valid 304 answers. A subscale of the Japanese version of the Parent Health Locus of Control Scale evaluated their cognition: health of their children depended upon the behaviors by parents. Comparing mean scores on the parental scale by subgroups, parents without any experience of emergencies in the last 6 months had higher scores than those with experience. Such parents with experience had children with younger age and significant lower score on the Japanese version of social support. Our findings suggest that interventions by health care providers for such parents include the consultation system, tips for checking health condition, and first-aid actions in emergencies of their children.

Key words: pediatric emergency unit, parents, health locus of control