

報 告

A 県における 1 歳 6 か月児の発熱仮想事例に対する
母親の救急受診行動に関連する要因中村有美子¹⁾, 二宮 一枝²⁾

〔論文要旨〕

A 県の医師割合の少ない地域において、小児の発熱時にとる母親の救急受診行動に関連する要因を明らかにすることを目的とし、1 歳 6 か月児健診を受診した母親 567 人に無記名自記式質問紙調査を実施した。調査内容は、独立変数である基本属性、認知要因、心理要因と従属変数である発熱時の仮想事例による救急受診の有無との関連をロジスティック回帰分析で検討した。その結果、仮想事例による救急受診行動では、39.8%の母親が「受診する」と回答した。関連する要因は、(1) 発熱の知識は、「知識得点 11 点未満」(オッズ比: 95%信頼区間 3.27: 2.00-5.33), (2) 子の順位「第 1 子」(2.50: 1.53-4.07), (3) 母親の最終学歴「中学校・高等学校卒」(2.19: 1.35-3.56), (4) #8000 を「知らない」(1.99: 1.14-3.45), (5) 母親の年齢「32 歳未満」(1.98: 1.21-3.23) であった。これらの結果より、約 4 割が社会的救急患者の保護者になり得ると予測でき、第 1 子の母親や 1 歳 6 か月児をもつ母親の平均年齢より低い 32 歳未満である母親へ、重点的に発熱に対する正しい知識や看護ケアの指導、教育の重要性と #8000 の周知の必要性が示唆された。

Key words : 小児の発熱, 救急受診行動, 仮想事例, 小児救急電話相談, 医師割合の少ない地域

I. 緒 言

小児を取り巻く医療の問題では、医療機関が都市部に集中していることから、地域によっては医療機関の受診が困難であるため、夜間や休日に緊急性の低い小児の時間外受診が増えるなどの社会的救急患者の増加が指摘されている¹⁻³⁾。社会的救急患者とは「軽症であるにもかかわらず、休日・夜間等、診療時間外に救急外来を受診する患者」を意味しており、増加要因として、近年の少子化等により、保護者が完璧を求める傾向にあり、小児科専門医に診てもらいたいという意識が高くなっていること、さらに疾患への理解不足や育児・看護力の低下^{4,5)}が報告されている。

このような状況に対し、健康に育つ権利をもった子

どもと親に対して安心を供給し、不均衡な需給バランスにある小児救急医療をサポートする目的で、小児救急電話相談事業（以下、#8000）が平成 14 年より全国でスタートした。これは、休日・夜間の急な子どもの病気にどう対処したらよいか、病院の診療を受けた方がよいかなど判断に迷ったときに、小児科医師、看護師への電話による相談ができるものである⁶⁾。相談内容は、発熱が最も多く約 4 割を占め、そのうち家庭での対応が可能なケースが約 8 割であった^{7,8)}。

また、1 歳 6 か月児健診を受診した母親の調査では、発熱に対し、医療機関受診の必要性や判断に迷い、「やや不安」、「非常に不安」と回答した親が 7 割いた⁹⁾。さらに、保育園に預けられないなどの理由で本来受診が不要と思っても早めに受診させておくことも考えら

Factors Associated with Mothers Hypothetically Bringing Their Children
to an Emergency Doctor for Fever : A Study in Japan's Prefecture A
Yumiko NAKAMURA, Kazue NINOMIYA

1) 関西福祉大学看護学部（研究職 / 保健師）

2) 岡山県立大学保健福祉学研究科（研究職）

[3113]

受付 19. 2. 4

採用 20. 1. 15

れる。これらのように、母親は、子どもの発熱に対する不安があり、受診するか否かの判断に苦慮している現状がある。

予防接種ガイドラインでは、予防接種不適合者には、明らかな発熱を呈している者としており、その体温を37.5℃としているが、小児の発熱に関する先行研究では、母親は子どもの平熱より1℃上昇すると発熱と見なしている^{9,10)}。Schmittはlow grade fever(39℃未満)に対し過度の不安を持つ親をfever phobia『発熱恐怖症』と命名し、過度の不安の原因は、発熱が脳損傷やけいれんなどの合併症を起こすとの誤った知識によるものである¹¹⁾と報告している。また、発熱による合併症の知識の少ない母親ほど合併症への不安が強¹²⁾、医師の病状説明を理解できなかった経験のある保護者は60%に達していたことや、育児経験が乏しく、病気や看護能力についても十分でないことが報告されている^{3,4)}。

しかしながら、これらの多くは、病院を受診した保護者を対象としたものが多く、保健機関の乳幼児健診や育児相談の保護者を対象としたものは少ない現状である。さらに、地域における医療機関の医師数を基準にして、地域性を考慮した研究はみられない。また、母親の育児不安と小児救急受診歴には正の相関がある¹³⁾とされるものの、発熱との関連は明らかではなく、酒井らの#8000導入による救急軽症患者減少効果¹⁴⁾においても要因の検討はされていない。

小児の発熱は、頻発する症状の一つであり、感染症の初期症状である。また、誰でも測れるバイタルサインのため、早期に対応可能であり、重症化の予防ともなる。そのため、保護者の発熱に関する知識とその救急時の受診行動について把握する必要があると考える。

以上のことより、医師割合が少ない地域において、診療時間外に子どもが発熱した場合、医療機関にすぐに受診することができないため、母親の発熱や病気に対する知識が必要であると考え、本研究は、特に医師の少ない地域において子どもが発熱したときの母親の救急受診行動に関連する要因を明らかにすることを目的とする。

II. 研究方法

1. 調査対象

A県内の市町村別診療可能な医師割合が全国平均の人口10万対230.4人¹⁵⁾より少ない24市町村が行う1歳

6か月児健診に同行した母親を対象に自記式調査票を配布した。

2. 調査期間

インフルエンザの流行が少ないと考えられる時期を選び、平成26年4～6月に実施した。

3. データ収集方法

対象となる24市町村の母子保健担当課長へ研究目的と倫理的配慮を記載した研究協力依頼文を送付し、16市町から同意が得られた。

調査票の配布および回収は、協力市町の健診運営方法をもとに2つの方法のいずれかでを行った。

- 1) 研究者が健診会場において、調査の目的、倫理的配慮等を明記した文書を用いて説明したのちに調査票を配布し、会場内に設置した回収箱に投函を依頼した。
- 2) 1歳6か月児健診の問診票と調査票、調査協力依頼の説明文を同封し、健診時に受付で回収または研究者宛に送付依頼した。

4. 調査内容

1) 基本属性

個人属性は、母親の年齢、家族構成、1歳6か月児の出生順位、就業状況、最終学歴、主観的経済状況の6項目を設定した。主観的経済状況は、「ゆとりあり」、「ややゆとりあり」、「ふつう」、「やや苦しい」、「苦しい」の5選択とした。

2) 仮想事例に対する子どもの発熱時にとる母親の救急受診行動

母親の救急受診行動の測定は、仮想事例を用いて、受診するかしないかを質問した。仮想事例の内容は「日曜日の午後7時です。あなたは、子ども(1歳6か月児)の頬が赤くなっているのに気づき、額に手を当てると少し熱く感じました。熱を測ると38.5℃でした。機嫌は良い。水分はとれるが、食事はとりませんでした。あなたは、これから医療機関を受診しますか?」という内容である。日曜日の午後とした理由は、夜間の救急外来を受診した子どもの曜日別・時間別利用が一番多いこと、また、翌日の受診が可能であること、さらに保育園児の場合は、発熱している子どもを保育園に預けることができないので、早めの受診行動をとる可能性があると考えたためである。

仮想事例は複数の小児科医により監修を得て作成し、看護師5名により検討を行った。内容は、特に基礎疾患がなければ、夜間の救急受診を行わなくても翌日まで家庭でケアしながら様子を見ることが可能というものである。この仮想事例に対して受診すると回答のあった母親を社会的救急患者の母親になり得ると仮定した。

3) 発熱に関する認知要因

発熱の意義の認知は、「通常の発熱は、感染や炎症に対する防御反応の一つであると思いますか？」の問いに「そう思う」、「どちらかといえばそう思う」、「どちらともいえない」、「どちらかといえばそう思わない」、「そう思わない」の5選択での回答を求めた。

#8000の認知については、「小児救急電話相談(#8000)を知っていますか？」の問いに「知っている」、「知らない」の2選択での回答を求めた。

発熱に関する知識については、石井ら⁵⁾を参考に、「高熱だけで脳がやられる」、「熱があるときは体の中心より手足を冷やすと効果的である」、「熱があっても元気で食欲があればあわてて救急外来を受診しなくてもよい」の3項目を設定し、「そう思う」、「まあそう思う」、「どちらともいえない」、「あまりそう思わない」、「そう思わない」の5選択での回答を求め、正解項目を5点とし、誤りの項目には1点を与え、その間も4, 3, 2点とそれぞれ点数を与えた。発熱に関する知識得点の満点は15点であり、合計得点が高いほど発熱の知識があるとした。

4) 発熱に関する不安

発熱に対する不安の程度は、「発熱は不安ですか？」の問いに「全く不安はない」、「あまり不安はない」、「どちらともいえない」、「やや不安」、「非常に不安」の5選択での回答を求めた。

5) 育児不安

育児不安については、受診行動と育児不安に関する先行研究^{16,17)}を参考に、乳幼児をもつ母親を対象として作成された尺度であり、信頼性、妥当性が検討されている牧野の育児不安尺度¹⁸⁾を用いた。「子どもがわずらわしくてイライラしてしまう」、「子どものことでどうしたら良いかわからなくなることがある」など14項目を用い「よくある」、「ときどきある」、「ほとんどない」、「まったくない」の4選択での回答を求め、それぞれ1点から4点を与え、得点の高いほど育児不安の傾向が高いとした。逆転項目は4点から1点とした。

5. 分析方法

従属変数は、仮想事例に対する子どもの発熱時にとる母親の救急受診行動とし、「受診する」を「受診群」、「受診しない」を「未受診群」の2群に区別した。

独立変数である基本属性、発熱に関する認知要因、発熱に対する心理要因が母親の取る救急受診行動にどの程度影響するのか、基礎統計を検討し、さらにロジスティック回帰分析を用いた。その際、多重共線性を配慮し独立変数を強制投入した。独立変数は、解釈が可能となるよう変数においてオッズ比が1以上となるよう変数設定を行った。変数設定は、(1) 母親の年齢:「平均年齢以上」、「平均年齢未満」、(2) 家族構成:「複合家族」、「それ以外」、(3) 子の順位:「第2子以上」、「第1子」、(4) 母親の就業:「就業なし」、「就業あり」、(5) 最終学歴:「専門・短大・大学卒以上」、「中学校・高等学校卒」、(6) 主観的経済状況:「ふつう・ややゆとりあり・ゆとりあり」、「苦しい・やや苦しい」、(7) 発熱の意義:「認知群」は「そう思う・どちらかといえばそう思う」、「非認知群」は「そう思わない・どちらかといえばそう思わない・どちらともいえない」、(8) #8000の認知:「知っている」、「知らない」、(9) 発熱の知識:「知識高得点群」は「知識得点中央値以上」、「知識低得点群」は「知識得点中央値未満」、(10) 発熱に対する不安:「不安なし」は「全く不安はない・あまり不安はない」、「不安あり」は「やや不安・非常に不安・どちらともいえない」、(11) 育児不安:「育児不安低群」は「育児不安得点中央値未満」、「育児不安高群」は「育児不安得点中央値以上」とした。

分析はSPSS (Ver21.0) を使用し、検定において有意水準は $p < 0.05$ とした。

6. 倫理的配慮

市町および調査対象へは研究目的・内容および個人情報保護などを記した調査依頼文を用いて書面および口頭で説明し協力を依頼した。本研究は岡山県立大学倫理審査委員会の承認を得て実施した(2013年11月20日受付番号347号承認)。

Ⅲ. 研究結果

16市町の1歳6か月児健診の27会場にて、567人に調査票配布を行った。回収は442人、回収率は78.0%であった。そのうち、未記入項目のあるものを除き384人(有効回答率86.9%)を最終分析対象とした。

表1 対象の基本属性

n=384

属性	項目	人数	%
年齢	～19歳	1	0.3
	20～29歳	89	23.2
	30～39歳	264	68.7
	40歳以上	30	7.8
	平均年齢±SD	32.5±4.6歳	
家族構成	複合家族	126	32.8
	核家族・その他	258	67.2
子の出生順位	第1子	161	41.9
	第2子以降	223	58.1
就業状況	あり	187	48.7
	なし	197	51.3
最終学歴	中学校・高等学校卒	134	34.9
	専門・短大・大学卒以上	250	65.1
主観的経済状況	ゆとりあり・ややゆとりあり	63	16.4
	ふつう	212	55.2
	やや苦しい・苦しい	109	28.4

1. 対象の特性

対象者の基本属性について表1に示した。母親の年齢は30～39歳が68.7%, 平均年齢32.5±4.6歳, 家族構成は複合家族32.8%, 核家族・その他67.2%であった。1歳6か月児の出生順位は第1子41.9%, 第2子以降58.1%, 母親の就業状況は, ありの者48.7%, なしの者51.3%であった。最終学歴は中学校・高等学校卒が34.9%, 専門・短大・大学卒以上が65.1%, 主観的経済状況は「ふつう」が55.2%であった。

2. 仮想事例に対する救急受診行動の有無

仮想事例に対する救急受診行動について質問した結果, 153人(39.8%)で, 約4割の母親が「受診する」と回答した。

3. 認知要因・心理要因結果

発熱の知識得点(15点満点)は, 平均11.3±2.0点(range 5-15)であった。#8000の認知は298人(77.6%), 約8割の者が知っているという結果であった。発熱の意義を認知している者は306人(79.7%), 約8割の者が認知していた。

心理要因の結果は, 発熱について不安に思っている者が279人(72.6%)であり7割以上の者が不安に思っていた。育児不安得点(56点満点)については, 平均得点33.2±5.4点(range 17-51)であった(表2)。

表2 認知要因・心理要因結果

n=384

項目	人数	%
【認知要因】		
発熱の知識(15点満点)		
平均点±SD	11.3±2.0点	
range	5-15	
#8000の認知		
知っている	298	77.6
知らない	86	22.4
発熱の意義の認知		
そう思う・どちらかといえばそう思う	306	79.7
どちらともいえない	68	17.7
どちらかといえばそう思わない・そう思わない	10	2.6
【心理要因】		
発熱への不安の程度		
全く不安はない・あまり不安はない	41	10.7
どちらともいえない	64	16.7
やや不安・非常に不安	279	72.6
育児不安得点(56点満点)		
平均得点±SD	33.2±5.4点	
range	17-51	

4. 仮想事例に対する救急受診行動と基本属性, 認知・心理要因との関連

仮想事例を用いた救急受診行動に関連する変数として, 基本属性および認知要因3項目と心理要因2項目を独立変数としロジスティック回帰分析を行った。その際, 多重共線性を考慮し, 共線性の診断の結果, 11変数のVIF値(Variance Inflation Factors)はいずれも2.0未満であったため, 多重共線性は低いと判断した。

表3に仮想事例に対する救急受診行動と基本属性, 認知要因, 心理要因との関連を示す。

子どもの発熱時の仮想事例による母親がとる救急受診行動に関連する要因として, 有意な関連が認められた変数は, 基本属性では, (1) 子の順位「第1子」(オッズ比: 95%信頼区間2.50: 1.53-4.07), (2) 母親の最終学歴「中学校・高等学校卒」(2.19: 1.35-3.56), (3) 母親の年齢「32歳未満」(1.98: 1.21-3.23)の3項目であった。

認知要因において有意な関連が認められた変数は, (1) 発熱の知識では, 「知識得点11点未満」(3.27: 2.00-5.33), (2) #8000を「知らない」(1.99: 1.14-3.45)の2項目であった。

心理要因では有意な関連が認められた変数はなかった。

表3 仮想事例に対する救急受診行動と基本属性・認知要因・心理要因との関連

(ロジスティック回帰分析)			
		未受診群に対する 受診群オッズ比 (95%信頼区間)	p 値
【基本属性】			
子の順位	第2子以上	1 (reference)	**
	第1子	2.50 (1.53-4.07)	
最終学歴	専門・短大・大学卒以上	1 (reference)	**
	中学校・高等学校卒	2.19 (1.35-3.56)	
母親の年齢	32歳以上	1 (reference)	**
	32歳未満	1.98 (1.21-3.23)	
家族構成	複合家族	1 (reference)	ns
	それ以外	1.43 (0.86-2.37)	
主観的経済状況	ふつう・ややゆとりあり	1 (reference)	ns
	ゆとりあり		
	苦しい・やや苦しい	1.27 (0.75-2.13)	
母親の就業状況	就業なし	1 (reference)	ns
	就業あり	1.16 (0.72-1.85)	
【認知要因】			
発熱の知識	知識得点11点以上	1 (reference)	***
	知識得点11点未満	3.27 (2.00-5.33)	
# 8000認知	知っている	1 (reference)	*
	知らない	1.99 (1.14-3.45)	
発熱の意義	認知群	1 (reference)	ns
	非認知群	1.15 (0.65-2.03)	
【心理要因】			
発熱に対する不安	不安なし	1 (reference)	ns
	不安あり	2.06 (0.87-4.87)	
育児不安	育児不安得点33点未満	1 (reference)	ns
	育児不安得点33点以上	1.53 (0.93-2.49)	

*: $p < .05$, **: $p < .01$, ***: $p < .001$, ns: not significant
モデルの適合度 Hosmer-Lemeshow 検定 $p=0.519$; 判別率 70.8%

IV. 考 察

本研究は、A県内の医師割合が全国平均よりも少ない地域に住む1歳6か月児をもつ母親を対象に、仮想事例を用いて子どもの発熱時の母親の救急受診行動に関連する要因を明らかにすることを目的に行った。その結果、救急受診行動に関連があった要因は、関連の多い順に(1)発熱の知識、(2)子の順位、(3)母親の最終学歴、(4)#8000の認知、(5)母親の年齢であった。以下に子どもの発熱時の母親の救急受診行動に関連する要因とA県内の医師割合が少ない地域に住む母親の特徴について考察を述べる。

1. 1歳6か月児の発熱時にとる母親の救急受診行動に関連する要因

仮想事例に対する救急受診行動では、約4割の母親が「受診する」と回答し、社会的救急患者の保護者になり得るという結果であった。それに関連する要因は、表3に示したように、(1)発熱の知識、(2)子の順位、(3)母親の最終学歴、(4)#8000の認知、(5)母親の年齢であった。

子どもの発熱時に、母親の救急受診行動を促す要因の中で一番影響していた要因は、認知要因である「発熱の知識得点が低いこと」であった。発熱の知識得点については、石井ら⁵⁾の母親の病気の知識と看護力についての報告と同様の結果となった。子どもが発熱したとき、仮想事例のように水分を摂取できる状況でも夜間の救急受診を行おうとしている現状から、先行研究^{19,20)}と同様に発熱についての正しい理解や家庭での観察方法、看護ケアの方法などを重点的に教育、指導する必要があると考える。

認知要因では、2番目に#8000の認知が影響していた。#8000の認知度は、本研究では77.6%であり、先行研究²¹⁾とほぼ同様の結果であった。#8000を知らないことは、子どもの発熱時に受診の有無を迷い、結果的に受診することにつながると考えられる。#8000を知っていると医師や看護師に相談することによって、自宅で看護・育児をしながら様子を見ることが可能となり、母親の安心にもつながっているという現状がうかがえた。これは、#8000利用者ニーズの先行研究と同様の結果であった²²⁾。さらに電話相談をする側の最大のメリットは、メディアや書籍からの一方通行の情報ではなく、相談という双方向のやりとりがあり、母親がそのとき、最も聞きたいことをタイムリーに医師や看護師等の専門職に相談できることである。このような状況から、機会あるごとに乳幼児を子育て中の両親に#8000の機能、役割を周知することが必要といえる。

一方、心理要因である育児不安については、関連がみられなかった。本研究対象者の育児不安得点は、牧野の育児不安尺度を用いた先行研究^{23~25)}とほぼ同様の結果であり、育児不安得点および発熱についての不安と救急受診行動には、関連がみられなかったことから、育児不安は母親のとりうる救急受診行動には大きく影響しなかったと考える。

2. A県内の医師割合が少ない地域に住む母親の特徴

本研究は、医師割合が少ない地域において、診療時間外に子どもが発熱した場合、すぐに医療機関を受診することが困難なため、母親の発熱や病気に対する知識が必要と考え、研究対象を医師割合の少ない地域に限定した。その結果、この地域に住む1歳6か月児をもつ母親の救急受診行動に関連する要因は、基本属性より、子の順位、最終学歴、母親の年齢が影響していた。そのため、これら3要因に対しては、基本属性のため直接的介入は不可能と考え、医師割合が少ない地域に住む母親の特徴とし考察する。

母親の平均年齢は 32.5 ± 4.6 歳であった。2015年の第1子出産年齢が30歳であることから1歳6か月児をもつ母親の年齢は標準的な集団であるといえる²⁶⁾。就業している母親は48.7%、無職で専業主婦は51.3%であった。これは、全国と比較し、同居児童ありの30歳代女性の就業状況は58.4%であることからすると、就業している母親がやや少ない集団である²⁶⁾。また、家族構成は6割以上が核家族、3割が複合家族であったが、全国的に見ると核家族が少なく複合家族が多い傾向であった²⁶⁾。母親の最終学歴は、専門・短大・大学卒以上が65.1%であり、全国の大学進学率66.9%とほぼ同様の結果を示した²⁷⁾。

主観的経済状況では、「やや苦しい」・「苦しい」と回答した者が28.4%であったが、全国の子どものいる家庭の生活意識調査と比較すると、「ゆとりあり」・「ややゆとりあり」・「ふつう」と感じている母親の割合が多いという結果であった²⁶⁾。

これらよりA県内の医師割合の少ない地域に住む1歳6か月児をもつ母親の特徴として、就業はしておらず、専業主婦、複合家族の割合が高く、祖父母との同居のためか主観的経済状況は「ふつう」・「ややゆとりあり」・「ゆとりあり」の者の割合が全国と比較して高いという状況であった。

行政保健師は地域に住む住民の特性を理解しておく必要があり、そこから健康課題の解決へ向け活動を展開していく。今回の結果より、より重点的に保健指導や健康教育をする必要のある対象が明らかとなったと考える。

母親の救急受診行動に関連する要因として、母親の年齢が平均より低く、学歴が高等学校卒以下である母親、さらに子どもが第1子であることも社会的救急患者の保護者になり得ることが予測できる要因であるこ

とが明らかとなり、早期に重点的に発熱時の看護ケアなどの健康教育や#8000の周知を行うことが社会的救急患者減少につながると示唆された。

看護実践への示唆としては、今回の結果を行政保健師に周知し、新生児訪問や乳幼児健診時に、#8000の認知の有無を確認することによって、社会的救急患者の保護者になり得るか予測でき、それを周知することによって、社会的救急患者の減少に寄与できると考える。

3. 研究の限界と今後の課題

本研究は、A県の医師割合の少ない地域の1歳6か月児健診を受診した児の母親を対象にして行ったものであるため、比較的健康レベルの高い児の母親を対象としていること、対象の選定が医師割合の少ない地域ではあったが無作為抽出でないことなど対象に偏りがあること、仮想事例を用いた回答からの推定であるため、実際の行動を間接的に支持した調査であったこと、さらに、対象となる児に基礎疾患がある場合や新生児の同居の場合など、特に発熱に関して敏感となることが予測される母親は、調査対象から除外する必要がある。これらより、母親の救急受診行動の要因として一般化するには限界がある。

今後の課題として、調査対象の偏りを最小限にすることは当然のことであるが、育児や救急受診などは母親のみで行うわけではなく、保護者全体を対象とする必要があるため、対象を保護者としてことや、都市部との比較も必要である。さらに、子どもの救急時や病気のときに必要な看護ケアの知識の内容や効果的な教育方法の検討も重要であると考ええる。

V. 結 論

A県の医師の少ない地域において1歳6か月児健診を受診した母親に子どもの発熱時の仮想事例をもとにした救急受診行動では、約4割の母親が「受診する」と回答し、社会的救急患者の保護者になり得るという結果であった。それに関連する要因は、(1) 発熱の知識得点が低い、(2) 子の順位が第1子、(3) 母親の最終学歴が中学校・高等学校卒、(4) #8000を知らない、(5) 母親の年齢が32歳未満であった。

これらの結果より、社会的救急患者になり得ると予測できる要因である第1子の母親や、1歳6か月児をもつ母親の平均年齢より低い32歳未満である母親には、特に重点的に発熱に対する正しい知識や看護ケア

の指導，教育の重要性や#8000の周知の必要性が示唆された。

謝 辞

本研究を行うにあたり，御協力頂きました関係者の方々に深謝致します。

本研究は，岡山県立大学保健福祉学研究科修士論文に加筆修正を行ったものである。

利益相反に関する開示事項はありません。

文 献

- 1) 栗飯原良造，出口久子，山西明子，他．小児科時間外救急外来の臨床統計的検討．小児科臨床 1993；46（1）：63-67.
- 2) 松浦裕行，竹内邦子，蜂谷雅彦，他．私立大学附属病院における小児救急外来の現状と提言．日本臨床救急医療誌 2002；5：477-482.
- 3) 田中哲郎．小児救急をとりまく課題．総合臨床 2009；58：1280-1281.
- 4) 田中哲郎，石井博子，向井田紀子，他．子どもの疾病に関する保護者の理解度．小児科臨床 2001；54（1）：96-102.
- 5) 石井博子，田中哲郎，市川光太郎，他．母親の疾病の理解度および看護力．小児科臨床 2002；55（7）：1511-1516.
- 6) 厚生労働省．“小児救急医療電話相談事業（#8000）について” <http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/10/tp1010-3.html>（参照2019-01-15）
- 7) 福井聖子，木野 稔，小林久和，他．大阪府小児救急電話相談3年間のまとめ．小児科臨床 2009；62（5）：909-916.
- 8) 山下早苗，浜崎廣子，山角和美，他．鹿児島県小児救急電話相談事業（#8000）開設から半年間の現状．チャイルドヘルス 2008；11（11）：806-810.
- 9) 太田理恵，小田 慈，氏家良人，他．小児の発熱に対する母親の認識とその関連要因．小児保健研究 2007；66（1）：22-27.
- 10) 中村有美子．小児の発熱に対する母親の認知—保育所における実態調査．ヒューマンケア研究学会誌 2014；6（1）：71-75.
- 11) Schmitt BD．Fever phobia misconception of parents about fevers．Am J Dis Child 1980；15（6）：513-518.
- 12) 細野恵子，岩元 純．発熱に対する母親の認知と対処行動—1,089名の母親の現状分析—．小児保健研究 2006；65（4）：562-568.
- 13) 三品浩基，高山ジョーニ一郎，相澤志優，他．母親の育児不安と小児救急受診の関連．小児保健研究 2011；70（1）：39-45.
- 14) 酒井順哉，酒井利影，増田阿耶．小児救急電話相談事業導入による軽症小児患者減少効果に関する研究．医療機器学 2010；80（5）：103-104.
- 15) 岡山県．“第3次岡山県地域医療再生計画” http://www.pref.okayama.jp/uploaded/life/117580_1738600_misc（参照2015-01-20）
- 16) 藤内修二．小児の発熱に対する母親の病気対処行動に関する研究．小児保健研究 1992；51（5）：622-627.
- 17) 中島優子．時間外診療の受診を決定するまでの保健行動に関連した諸要因の検討—発熱事例を想定した母親の保健行動に焦点をあてて—．京都市立看護短期大学紀要 2013；37：67-74.
- 18) 牧野カツコ．乳幼児を持つ母親の生活と育児不安．家庭教育研究所紀要 1982；3：34-56.
- 19) 遠藤芳子．乳幼児の発熱時の母親の対応行動と知識に関する実態調査．北日本看護学会誌 2010；13（1）：53-60.
- 20) 枝川千鶴子，猪下 光，佐々木睦子，他．乳幼児の発病時における母親の不安と困ること及び諸要因との関係．小児看護 2003；34：144-146.
- 21) 福井聖子．大阪府#8000，8年間の推移と意識調査に基づく電話相談の展望．日本小児科医会会報 2013；46：57-59.
- 22) 広野優子．小児救急電話相談に利用者が求めること．外来小児科 2006；8（3）：238-244.
- 23) 村松十和．育児場面における衝動的感情と衝動的行動尺度の作成および信頼性・妥当性の検討．岐阜医療技術短期大学紀要 2003；19：25-38.
- 24) 石橋君子，大坪智美，正崎仁恵，他．夫婦の意識が相互の育児不安に及ぼす影響．母性衛生 2002；43（4）：541-548.
- 25) 喜多淳子，田中恵子，坂間伊津美，他．育児期の母親の自己状態，育児不安及び自己評価．母性衛生 2001；42（4）：806-813.
- 26) 厚生労働省．“平成25年国民生活基礎調査” <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/20-21kekka.html>

(参照2019-01-15)

27) 文部科学省. “平成25年度学校基本調査” [http :
//www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa01/
kihon/1267995.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa01/kihon/1267995.htm) (参照2019-01-15)

[Summary]

This study aimed to explore factors associated with mothers bringing their children for an emergency doctor visit because of fever in areas of Prefecture A, which have low physician-to-population ratios. An anonymous self-administered survey was conducted among 567 mothers who had brought their children to the doctor for an 18-month check-up. Logistic regression was performed by obtaining demographic data, knowledgeability, and psychological factors as the independent variables and respondent's acknowledgments of whether they would hypothetically bring their feverish child to emergency care as the dependent variable. Results showed that 39.8% of mothers would bring their children for an emergency visit. Factors found to be associated with these responses were scored < 11 on a fever knowledgeability scale (OR 3.27, 95% CI 2.00-5.33), if the child was

the respondent's first child (OR 2.50, 95% CI 1.53-4.07), and if the mother's highest level of education was middle school or high school (OR 2.19, 95% CI 1.35-3.56). Mothers were also more likely to answer “yes” if they were unaware of “#8000” (the emergency pediatric medical advice helpline) (OR 1.99, 95% CI 1.14-3.45), or were under 32 years of age (OR 1.98, 95% CI 1.21-3.23); these mothers are younger than the average mother of an 18-month old. Results suggested that approximately 40% of mothers could be expected to bring their feverish children to emergency care. The factors influencing these responses also indicate that the first-time mothers and those under the age of 32 years need to be correctly informed regarding proper treatment of fever in children. In addition, they should be taught about “#8000,” the emergency pediatric medical advice helpline, to reduce unnecessary burden on limited healthcare resources.

[Key words]

fever in children, emergency doctor visits, hypothetical example, emergency pediatric medical advice helpline, areas with a small percentage of doctors