図5：産科・産婦人科医師数とHIVスクリーニング検査実施率

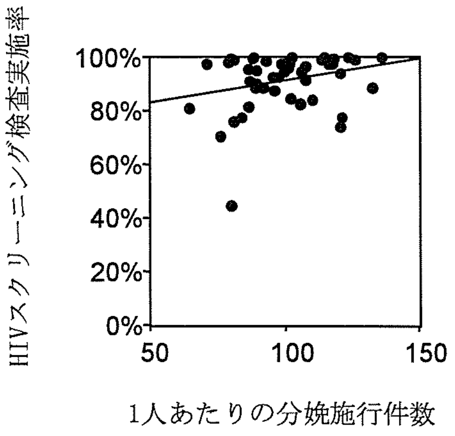
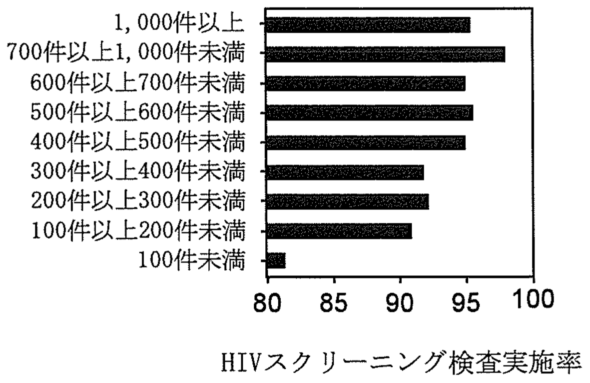


図6：分娩件数とHIVスクリーニング検査実施率



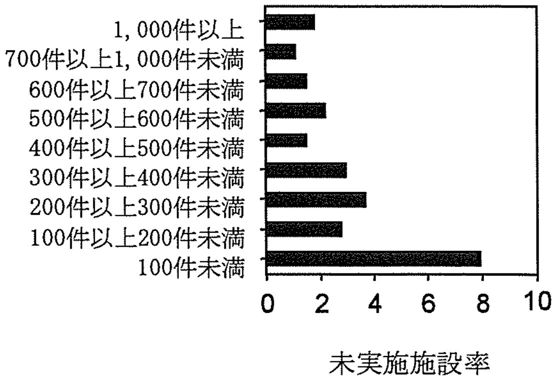


図7：HIVスクリーニング検査実施率（診療所の推移）

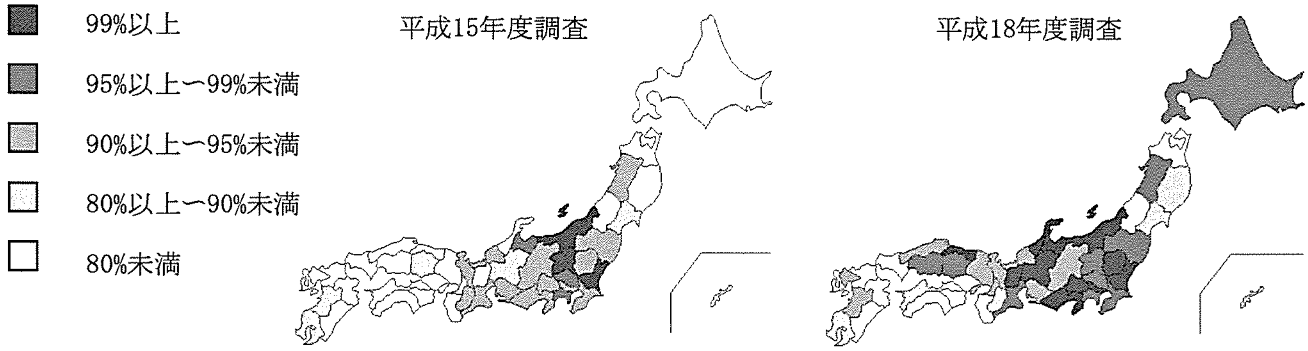


図8：病院と診療所との都道府県別HIVスクリーニング検査実施率の関係

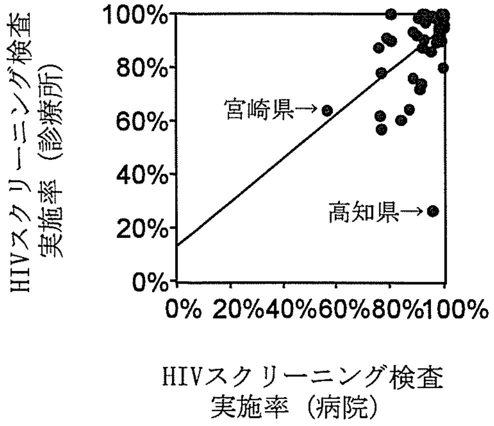


表1　都道府県別調査回答率（病院調査）

都道府県	送付数	回収数	回収率	廃止等	有効送付数	回答数	回答率	再送付数	再送付回収数	再送付回収率	廃止等	再送付回答数	最終有効送付数	最終回収数	最終回答数	最終回答率
北海道	88	43	48.9%	2	86	41	47.7%	45	14	31.1%	0	14	86	57	55	64.0%
青森	21	9	42.9%	1	20	8	40.0%	12	5	41.7%	0	5	20	14	13	65.0%
岩手	22	10	45.5%	0	22	10	45.5%	12	4	33.3%	0	4	22	14	14	63.6%
宮城	32	18	56.3%	0	32	18	56.3%	14	6	42.9%	0	6	32	24	24	75.0%
秋田	19	10	52.6%	0	19	10	52.6%	9	2	22.2%	0	2	19	12	12	63.2%
山形	26	14	53.8%	0	26	14	53.8%	12	6	50.0%	0	6	26	20	20	76.9%
福島	36	19	52.8%	3	33	16	48.5%	17	3	17.6%	0	3	33	22	19	57.6%
茨城	36	18	50.0%	2	34	16	47.1%	18	10	55.6%	0	10	34	28	26	76.5%
栃木	20	13	65.0%	1	19	12	63.2%	7	4	57.1%	1	3	18	17	15	83.3%
群馬	24	11	45.8%	0	24	11	45.8%	13	6	46.2%	1	5	23	17	16	69.6%
埼玉	53	21	39.6%	1	52	20	38.5%	32	12	37.5%	0	12	52	33	32	61.5%
千葉	49	30	61.2%	2	47	28	59.6%	19	8	42.1%	0	8	47	38	36	76.6%
東京	131	73	55.7%	0	131	73	55.7%	58	20	34.5%	1	19	130	93	92	70.8%
神奈川	86	52	60.5%	5	81	47	58.0%	34	17	50.0%	0	17	81	69	64	79.0%
新潟	41	27	65.9%	1	40	26	65.0%	14	7	50.0%	0	7	40	34	33	82.5%
山梨	15	8	53.3%	0	15	8	53.3%	7	1	14.3%	0	1	15	9	9	60.0%
長野	40	20	50.0%	0	40	20	50.0%	20	12	60.0%	2	10	38	32	30	78.9%
富山	23	13	56.5%	0	23	13	56.5%	10	5	50.0%	0	5	23	18	18	78.3%
石川	28	13	46.4%	0	28	13	46.4%	15	9	60.0%	1	8	27	22	21	77.8%
福井	16	7	43.8%	0	16	7	43.8%	9	5	55.6%	0	5	16	12	12	75.0%
岐阜	32	15	46.9%	1	31	14	45.2%	17	9	52.9%	1	8	30	24	22	73.3%
静岡	34	18	52.9%	0	34	18	52.9%	16	8	50.0%	0	8	34	26	26	76.5%
愛知	86	44	51.2%	1	85	43	50.6%	42	14	33.3%	0	14	85	58	57	67.1%
三重	23	10	43.5%	0	23	10	43.5%	13	5	38.5%	0	5	23	15	15	65.2%
滋賀	17	6	35.3%	0	17	6	35.3%	11	2	18.2%	0	2	17	8	8	47.1%
京都	44	26	59.1%	0	44	26	59.1%	18	8	44.4%	0	8	44	34	34	77.3%
大阪	98	47	48.0%	0	98	47	48.0%	51	18	35.3%	2	16	96	65	63	65.6%
兵庫	65	24	36.9%	0	65	24	36.9%	41	17	41.5%	2	15	63	41	39	61.9%
奈良	17	8	47.1%	0	17	8	47.1%	9	6	66.7%	1	5	16	14	13	81.3%
和歌山	16	6	37.5%	2	14	4	28.6%	10	7	70.0%	1	6	13	13	10	76.9%
鳥取	10	6	60.0%	0	10	6	60.0%	4	2	50.0%	0	2	10	8	8	80.0%
島根	18	13	72.2%	0	18	13	72.2%	5	3	60.0%	0	3	18	16	16	88.9%
岡山	30	21	70.0%	0	30	21	70.0%	9	7	77.8%	0	7	30	28	28	93.3%
広島	41	25	61.0%	0	41	25	61.0%	16	7	43.8%	0	7	41	32	32	78.0%
山口	26	20	76.9%	1	25	19	76.0%	6	5	83.3%	0	5	25	25	24	96.0%
徳島	13	9	69.2%	0	13	9	69.2%	4	1	25.0%	0	1	13	10	10	76.9%
香川	23	14	60.9%	0	23	14	60.9%	9	4	44.4%	1	3	22	18	17	77.3%
愛媛	19	9	47.4%	0	19	9	47.4%	10	5	50.0%	0	5	19	14	14	73.7%
高知	12	7	58.3%	0	12	7	58.3%	5	2	40.0%	0	2	12	9	9	75.0%
福岡	44	26	59.1%	1	43	25	58.1%	18	10	55.6%	0	10	43	36	35	81.4%
佐賀	11	9	81.8%	2	9	7	77.8%	2	1	50.0%	0	1	9	10	8	88.9%
長崎	24	16	66.7%	1	23	15	65.2%	8	5	62.5%	0	5	23	21	20	87.0%
熊本	23	7	30.4%	0	23	7	30.4%	16	3	18.8%	0	3	23	11	10	43.5%
大分	19	5	26.3%	0	19	5	26.3%	14	6	42.9%	1	5	18	11	10	55.6%
宮崎	14	7	50.0%	0	14	7	50.0%	7	5	71.4%	0	5	14	12	12	85.7%
鹿児島	28	18	64.3%	0	28	18	64.3%	10	1	10.0%	0	1	28	19	19	67.9%
沖縄	23	11	47.8%	0	23	11	47.8%	12	4	33.3%	0	4	23	15	15	65.2%
全国	1,616	856	53.0%	27	1,589	829	52.2%	760	321	42.2%	15	306	1,574	1,178	1,135	72.1%

表2　都道府県別HIVスクリーニング検査実施率（病院調査）

都道府県	分娩件数	HIV 検査件数	HIV 検査率
千葉	16,086	16,086	100.0%
山梨	2,843	2,843	100.0%
静岡	11,879	11,879	100.0%
長野	11,346	11,340	99.9%
奈良	3,640	3,634	99.8%
埼玉	17,547	17,485	99.6%
福島	5,032	5,007	99.5%
神奈川	36,690	36,472	99.4%
茨城	10,969	10,896	99.3%
新潟	9,398	9,318	99.1%
兵庫	16,162	16,018	99.1%
栃木	6,484	6,423	99.1%
三重	3,963	3,925	99.0%
愛知	23,158	22,861	98.7%
滋賀	2,334	2,299	98.5%
佐賀	1,798	1,766	98.2%
京都	11,898	11,672	98.1%
大阪	34,236	33,537	98.0%
秋田	3,024	2,954	97.7%
群馬	6,309	6,144	97.4%
広島	10,743	10,447	97.2%
宮城	8,463	8,210	97.0%
東京	46,033	44,332	96.3%
岐阜	5,691	5,440	95.6%
高知	2,924	2,792	95.5%
愛媛	4,687	4,447	94.9%
岡山	7,921	7,372	93.1%
富山	4,653	4,329	93.0%
熊本	1,314	1,216	92.5%
沖縄	6,080	5,607	92.2%
石川	4,954	4,565	92.1%
香川	5,155	4,714	91.4%
山形	5,740	5,242	91.3%
北海道	19,765	17,923	90.7%
和歌山	3,083	2,773	89.9%
福井	2,941	2,601	88.4%
福岡	10,149	8,972	88.4%
山口	5,697	4,948	86.9%
大分	2,467	2,080	84.3%
鹿児島	5,208	4,207	80.8%
鳥取	2,070	1,667	80.5%
島根	3,425	2,713	79.2%
徳島	2,066	1,593	77.1%
長崎	4,091	3,146	76.9%
青森	3,847	2,955	76.8%
岩手	5,660	4,320	76.3%
宮崎	3,405	1,920	56.4%
全国	423,028	403,090	95.3%

表3　都道府県別調査回答率（診療所調査）

都道府県	送付数	回収数	回収率	産院廃止等	有効送付数	回答数	回答率
北海道	137	64	46.7%	1	136	63	46.3%
青森	58	27	46.6%	1	57	26	45.6%
岩手	58	37	63.8%	2	56	35	62.5%
宮城	103	52	50.5%	7	96	45	46.9%
秋田	56	27	48.2%	0	56	27	48.2%
山形	64	25	39.1%	3	61	22	36.1%
福島	107	45	42.1%	1	106	44	41.5%
茨城	122	40	32.8%	2	120	38	31.7%
栃木	94	43	45.7%	3	91	40	44.0%
群馬	119	45	37.8%	3	116	42	36.2%
埼玉	279	97	34.8%	2	277	95	34.3%
千葉	261	105	40.2%	4	257	101	39.3%
東京	765	282	36.9%	14	751	268	35.7%
神奈川	338	155	45.9%	7	331	148	44.7%
新潟	109	51	46.8%	2	107	49	45.8%
山梨	44	22	50.0%	1	43	21	48.8%
長野	91	45	49.5%	0	91	45	49.5%
富山	42	19	45.2%	1	41	18	43.9%
石川	56	16	28.6%	1	55	15	27.3%
福井	36	23	63.9%	0	36	23	63.9%
岐阜	113	55	48.7%	1	112	54	48.2%
静岡	167	76	45.5%	2	165	74	44.8%
愛知	246	105	42.7%	4	242	101	41.7%
三重	100	47	47.0%	2	98	45	45.9%
滋賀	59	23	39.0%	2	57	21	36.8%
京都	143	65	45.5%	8	135	57	42.2%
大阪	465	165	35.5%	15	450	150	33.3%
兵庫	280	133	47.5%	6	274	127	46.4%
奈良	80	22	27.5%	1	79	21	26.6%
和歌山	69	22	31.9%	0	69	22	31.9%
鳥取	40	13	32.5%	0	40	13	32.5%
島根	48	15	31.3%	1	47	14	29.8%
岡山	83	42	50.6%	1	82	41	50.0%
広島	145	62	42.8%	3	142	59	41.5%
山口	61	23	37.7%	0	61	23	37.7%
徳島	59	31	52.5%	3	56	28	50.0%
香川	40	20	50.0%	2	38	18	47.4%
愛媛	73	27	37.0%	2	71	25	35.2%
高知	29	15	51.7%	1	28	14	50.0%
福岡	241	125	51.9%	3	238	122	51.3%
佐賀	51	26	51.0%	0	51	26	51.0%
長崎	78	42	53.8%	0	78	42	53.8%
熊本	85	37	43.5%	0	85	37	43.5%
大分	46	25	54.3%	1	45	24	53.3%
宮崎	71	33	46.5%	1	70	32	45.7%
鹿児島	100	38	38.0%	4	96	34	35.4%
沖縄	52	18	34.6%	1	51	17	33.3%
合計	5,963	2,525	42.3%	119	5,844	2,406	41.2%

表4　都道府県別HIVスクリーニング検査実施率（診療所調査）

都道府県	分娩件数	HIV検査件数	HIV検査率
茨城	4,639	4,639	100.0
新潟	4,416	4,416	100.0
山梨	2,063	2,063	100.0
富山	2,362	2,362	100.0
石川	867	867	100.0
滋賀	3,722	3,722	100.0
鳥取	1,336	1,336	100.0
岐阜	9,453	9,424	99.7
埼玉	11,763	11,721	99.6
栃木	7,534	7,504	99.6
東京	16,502	16,373	99.2
静岡	10,859	10,765	99.1
群馬	4,936	4,882	98.9
秋田	2,383	2,356	98.9
北海道	10,263	10,124	98.6
広島	8,347	8,196	98.2
福島	4,661	4,570	98.0
三重	6,411	6,284	98.0
岡山	4,677	4,544	97.2
愛知	16,615	16,118	97.0
千葉	13,174	12,679	96.2
神奈川	12,855	12,208	95.0
京都	6,179	5,858	94.8
長野	4,112	3,897	94.8
佐賀	5,107	4,809	94.2
福井	3,063	2,863	93.5
大阪	13,789	12,735	92.4
和歌山	2,057	1,889	91.8
島根	778	707	90.9
熊本	6,352	5,734	90.3
兵庫	16,527	14,914	90.2
鹿児島	5,819	5,232	89.9
宮城	6,174	5,534	89.6
岩手	3,658	3,204	87.6
沖縄	3,902	3,411	87.4
愛媛	5,005	4,311	86.1
奈良	2,165	1,736	80.2
徳島	3,233	2,529	78.2
福岡	19,506	14,840	76.1
香川	1,756	1,298	73.9
山形	1,827	1,317	72.1
山口	5,144	3,327	64.7
宮崎	5,158	3,296	63.9
青森	3,716	2,300	61.9
大分	3,332	2,017	60.5
長崎	5,996	3,414	56.9
高知	1,370	364	26.6
全国	295,563	268,689	90.9

表5　都道府県別HIVスクリーニング検査実施率のまとめ

都道府県	病院調査			診療所調査			合計		
	分娩件数	HIV 検査件数	HIV 検査率	分娩件数	HIV 検査件数	HIV 検査率	分娩件数	HIV 検査件数	HIV 検査率
北海道	19,765	17,923	90.7	10,263	10,124	98.6	30,028	28,047	93.4
青森	3,847	2,955	76.8	3,716	2,300	61.9	7,563	5,255	69.5
岩手	5,660	4,320	76.3	3,658	3,204	87.6	9,318	7,524	80.7
宮城	8,463	8,210	97.0	6,174	5,534	89.6	14,637	13,744	93.9
秋田	3,024	2,954	97.7	2,383	2,356	98.9	5,407	5,310	98.2
山形	5,740	5,242	91.3	1,827	1,317	72.1	7,567	6,559	86.7
福島	5,032	5,007	99.5	4,661	4,570	98.0	9,693	9,577	98.8
茨城	10,969	10,896	99.3	4,639	4,639	100.0	15,608	15,535	99.5
栃木	6,484	6,423	99.1	7,534	7,504	99.6	14,018	13,927	99.4
群馬	6,309	6,144	97.4	4,936	4,882	98.9	11,245	11,026	98.1
埼玉	17,547	17,485	99.6	11,763	11,721	99.6	29,310	29,206	99.6
千葉	16,086	16,086	100.0	13,174	12,679	96.2	29,260	28,765	98.3
東京	46,033	44,332	96.3	16,502	16,373	99.2	62,535	60,705	97.1
神奈川	36,690	36,472	99.4	12,855	12,208	95.0	49,545	48,680	98.3
新潟	9,398	9,318	99.1	4,416	4,416	100.0	13,814	13,734	99.4
山梨	2,843	2,843	100.0	2,063	2,063	100.0	4,906	4,906	100.0
長野	11,346	11,340	99.9	4,112	3,897	94.8	15,458	15,237	98.6
富山	4,653	4,329	93.0	2,362	2,362	100.0	7,015	6,691	95.4
石川	4,954	4,565	92.1	867	867	100.0	5,821	5,432	93.3
福井	2,941	2,601	88.4	3,063	2,863	93.5	6,004	5,464	91.0
岐阜	5,691	5,440	95.6	9,453	9,424	99.7	15,144	14,864	98.2
静岡	11,879	11,879	100.0	10,859	10,765	99.1	22,738	22,644	99.6
愛知	23,158	22,861	98.7	16,615	16,118	97.0	39,773	38,979	98.0
三重	3,963	3,925	99.0	6,411	6,284	98.0	10,374	10,209	98.4
滋賀	2,334	2,299	98.5	3,722	3,722	100.0	6,056	6,021	99.4
京都	11,898	11,672	98.1	6,179	5,858	94.8	18,077	17,530	97.0
大阪	34,236	33,537	98.0	13,789	12,735	92.4	48,025	46,272	96.3
兵庫	16,162	16,018	99.1	16,527	14,914	90.2	32,689	30,932	94.6
奈良	3,640	3,634	99.8	2,165	1,736	80.2	5,805	5,370	92.5
和歌山	3,083	2,773	89.9	2,057	1,889	91.8	5,140	4,662	90.7
鳥取	2,070	1,667	80.5	1,336	1,336	100.0	3,406	3,003	88.2
島根	3,425	2,713	79.2	778	707	90.9	4,203	3,420	81.4
岡山	7,921	7,372	93.1	4,677	4,544	97.2	12,598	11,916	94.6
広島	10,743	10,447	97.2	8,347	8,196	98.2	19,090	18,643	97.7
山口	5,697	4,948	86.9	5,144	3,327	64.7	10,841	8,275	76.3
徳島	2,066	1,593	77.1	3,233	2,529	78.2	5,299	4,122	77.8
香川	5,155	4,714	91.4	1,756	1,298	73.9	6,911	6,012	87.0
愛媛	4,687	4,447	94.9	5,005	4,311	86.1	9,692	8,758	90.4
高知	2,924	2,792	95.5	1,370	364	26.6	4,294	3,156	73.5
福岡	10,149	8,972	88.4	19,506	14,840	76.1	29,655	23,812	80.3
佐賀	1,798	1,766	98.2	5,107	4,809	94.2	6,905	6,575	95.2
長崎	4,091	3,146	76.9	5,996	3,414	56.9	10,087	6,560	65.0
熊本	1,314	1,216	92.5	6,352	5,734	90.3	7,666	6,950	90.7
大分	2,467	2,080	84.3	3,332	2,017	60.5	5,799	4,097	70.7
宮崎	3,405	1,920	56.4	5,158	3,296	63.9	8,563	5,216	60.9
鹿児島	5,208	4,207	80.8	5,819	5,232	89.9	11,027	9,439	85.6
沖縄	6,080	5,607	92.2	3,902	3,411	87.4	9,982	9,018	90.3
全国	423,028	403,090	95.3	295,563	268,689	90.9	718,591	671,779	93.5

HIV母子感染予防の観点より現在の医療体制の現状報告と提言

分担研究者: 和田裕一 国立病院機構仙台医療センター産婦人科
研究協力者: 蓮尾泰之 国立病院機構九州医療センター産婦人科
明城光三 国立病院機構仙台医療センター産婦人科
山本政弘 国立病院機構九州医療センター感染症対策室
上平朝子 国立病院機構大坂医療センター内科
辻麻理子 国立病院機構九州医療センター感染症対策室

現状報告

●HIV拠点病院の中で母子感染予防のための機能を有する施設を把握するために産科・小児科の標榜状況などについてｱﾝｹｰﾄ調査を行った。

●HIV母子感染予防拠点病院（仮称）と成りうる条件を産科・小児科の両方を標榜しており、常時妊婦・新生児ともに受け入れ可能な施設とした場合該当したのは、回答のあった272施設中158施設58.0%で60%に満たなかった。

●さらにそれらの施設間にもｶﾊﾞｰする面積や分娩数に大きな格差があり、その差は面積で約10倍、分娩数で約4倍となった。また、ｶﾊﾞｰする面積や分娩数に差がないように見える場合でも配置分布に不均衡が認められた。

●拠点病院配置以外でも医療費補助や急患対応のための薬剤の備蓄の必要性などの制度上の問題が存在した。
以上の結果は平成16年度および平成17年度「HIV陽性妊婦の病診連携体制に関する研究」報告書で触れた。

提言

上記の報告の内容を踏まえて、HIV母子感染予防をより確実に行い、感染児の発生を無くすために次ぎの事項を提言する。

１：HIV母子感染予防拠点病院（仮称）を指定する。条件を産科・小児科の両方を標榜しており、常時妊婦・新生児ともに受け入れ可能な施設とする。実際にはHIV拠点病院と地域周産期センターの両方の指定を受けている施設が良いと思われる。また、指定する際には一施設がカバーする分娩数、面積、県内の分布などを考慮し偏りが起きないように配慮する。

２：指定を受けた施設に対しては緊急対応時に必要な抗HIV薬の備蓄を許可し、義務づけるなどの措置が望まれる（現状では保険制度上は備蓄出来ない）。

３：HIV陽性妊婦に対しては少なくとも出産まではCD４数などに関係なく医療補助を受けられるようにすることを検討する必要がある（現在の身障手帳による補助では軽症例では補助が受けられず、みすみす児への感染予防の機会を逃すことがある）。

平成18年度厚生労働科学研究費補助金（エイズ対策事業）

分担研究報告

妊婦HIV検査実施の全国調査と検査普及のための啓発に関する研究「妊婦スクリーニング検査の実施と課題」

分担研究者　　和田　裕一　国立病院機構仙台医療センター総合成育部長
研究協力者　　矢永　由里子　財団法人エイズ予防財団研修研究部課長
　　　　　　　辻　　麻理子　国立病院機構九州医療センター感染症対策室
　　　　　　　高田　知恵子　秋田大学教育文化学部　教授

研究要旨：平成17年度、妊婦HIVスクリーニング検査の実態について、検査後に確認検査のために妊婦を紹介された首都圏と地方都市のHIV診療拠点病院を対象に、パイロットスタディとして調査を実施した。その結果、検査実施時の妊婦への説明のあり方が紹介先(妊婦の受け入れ機関)での初診時の妊婦の状態に大いに関連していることが判明した。
本調査では、調査対象を全国の受け入れ機関に拡大し、パイロットスタディ時と同様の「妊婦HIVスクリーニング検査においての実施機関の対応とその時の妊婦の状態」について検討することと、その上で検査時における配慮点を明確化することを目的とした。回答から紹介先での妊婦の心理状態を『安定群』と『不安定群』に分け、実施機関の対応、実施機関の対応に関する妊婦の理解、妊婦にとってのHIVスクリーニング検査の経験等との関係について分析した。その結果、検査のスタート地点である実施機関の説明の適・不適は妊婦の状態や理解と関連していた。また、受け入れ機関における妊婦の心理状態は、実施機関のスクリーニング検査の意味理解の有無、妊婦が理解できる説明や結果告知の有無、メンタル面への配慮の有無と関連していた。以上の点から、妊婦HIVスクリーニング検査においても通常検査同様、妊婦の理解に沿った適切なインフォームドコンセントの下での実施と対応の必要性が示唆された。また、スクリーニング検査での不適切な説明は妊婦にとって医療全体への不信にも繋がる可能性が判明し、関係機関の間での検査の病診連携の整備の緊急性が判明した。この連携については一地方都市での活動をモデルケースとして紹介した。

A. 研究目的

妊婦HIVスクリーニング検査の全国実施率は９０％を超えている。しかし、首都圏と地方都市を対象とした昨年度のパイロットスタディ調査から、妊婦HIV検査の質についての課題が報告された。
本調査では、妊婦HIVスクリーニング検査における①実施機関の対応とそれに対する妊婦の理解を明らかにすること②妊婦の心理状態に影響する要因を明らかにすること③以上の点からスクリーニング検査において配慮すべき点を明らかにすることを目的に、全国に調査対象を拡大し、質問紙調査を実施した。

B．研究方法

【対象】全国規模の調査のため、回答協力者選定のため全国のブロック拠点病院等の医療従事者に本調査への協力要請を行った。その結果本調査対象に該当妊婦を受け入れた機関：5ブロック 12 エイズ診療医療機関や検査機関（東北圏～九州圏）からの協力を得た。回答協力者は、HIVスクリーニング検査「陽性」妊婦を担当した医療者（実施機関）から紹介を受けた医

療機関（以下「受け入れ機関」）の医療従事者（医師 10 名；看護師 4 名）であった。

【方法】 質問紙法。事前に質問紙を送付し、電話または直接の聞き取り調査を実施して内容確認を行った。受け入れ機関の医療従事者には、①スクリーニング検査実施機関の対応（検査説明などを含む）とその時の妊婦の理解度②その後の受け入れ機関までの紹介の経緯と紹介についての妊婦の理解度③初診時の妊婦の状態について回答を依頼した。31 件のスクリーニング陽性の妊婦（その内、3 名が確認検査で「陽性」となった）について回答を得られ、その分析を行った。

【質問項目】

質問の分野とそれぞれの項目は以下の通りである。

1．検査説明

・検査の施行やその必要性の説明・守秘義務の説明・同意の意思確認や同意書記入・結果の意味等

・上記に対する妊婦の理解度

2．結果説明

・実施機関の結果説明の実際

・上記に対する妊婦の理解度

3．受け入れ機関への紹介

・　確認検査の必要性、陽性時対応、受け入れ機関の情報、紹介の実際などについて実施機関の対応

・上記に対する妊婦の理解度

4．実施機関の検査認識や妊婦対応の評価

・受け入れ機関による、実施機関（者）のスクリーニング検査認識の評価

・妊婦の対応への評価

5．紹介先での妊婦の様子

・紹介時の妊婦の様子、スクリーニング検査を受けた経験、結果待ちの経験、リファーの経験、被検者という経験

6．受け入れ機関の対応

・紹介された妊婦に対する受け入れ機関の対応

7．妊婦 HIV 検査全般について

・検査についての包括的な意見

・メンタルサポートについての包括的な意見

C. 研究結果

1. 分析の方法

31 件の妊婦のうち、受け入れ機関からの状態評価で、受け入れ機関被紹介時「比較的落ち着いていた」11 名、「混乱していた」19 名、「記載無し」1 名であった。本調査では、HIV スクリーニング検査対応と妊婦の紹介時（初診時）の状態の関連を検討するため、初診時に受け入れ機関の医療従事者より比較的落ち着いていたと判断された 11 名を『安定群』、混乱等していたとされた 19 名を『不安定群』とし、各質問項目について、この 2 群を比較しながら検討した。

2. 各場面の回答の分析

1．検査前説明

・同意確認と同意書記入のそれぞれの行為を『安定群』の実施機関が 100%行ったのに対し、『不安定群』の実施機関では、約 50%の機関が同意書記入を妊婦に行っていたが、同意確認は 20%にも満たなかった（図 1、2）。これは、書類記入が妊婦への意思確認よりも先行している傾向があることを示しているとも受け取れる。

図　1

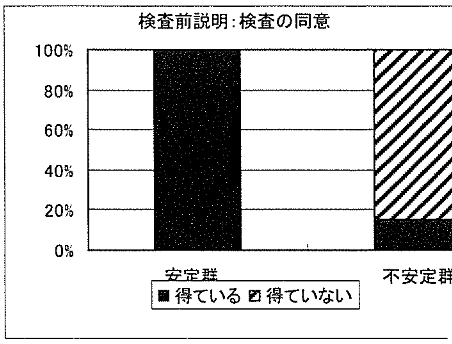
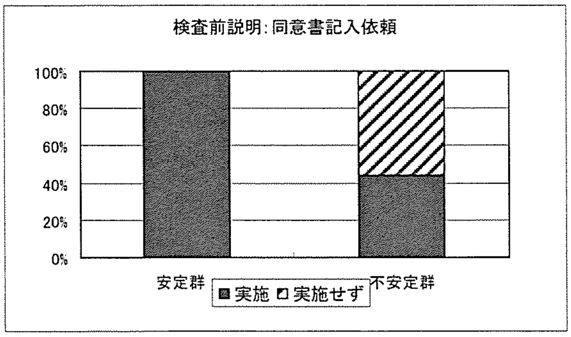


図　1

図 2



・守秘義務は、通常のHIV検査のルーティン化に反し、妊婦検査では両群ともほとんど実施されていなかった。

・検査前の「スクリーニング検査陽性の意味」「スクリーニング検査偽陽性の意味」「陽性時の対応」説明では、『安定群』の妊婦は60%以上が説明を受けていたのに対し、『不安定群』では20－30%程度の妊婦しか説明を受けていなかった（図3-1、4-1、5-1）。そして「スクリーニング陽性」「スクリーニング偽陽性」の説明に対する妊婦の意味の理解は、『不安定群』において皆無であり、「陽性時の対応」に対する妊婦の理解も1割にも満たなかった。(図3-2、4-2、5-2)

これらの点から、『不安定群』の妊婦は検査前説明で重要と思われる全ての項目（検査同意、スクリーニング検査の意味、陽性・偽陽性の意味、陽性時対応）において、『安定群』の妊婦より説明の機会が大幅に限られており、また説明を受けても妊婦の理解は非常に低いことが判明した。この妊婦の理解の低さは、後記の結果説明の実施機関の対応と照らし合わせると、本人達の理解力の問題というより、実施機関の検査理解の低さが妊婦への説明に反映され、その結果妊婦の理解が進まなかったと推測される。また一方で『安定群』も説明を受けていても、受けた経験とその内容の理解には依然20%ほどの開きがあり、現行の説明のあり方では妊婦の理解が得づらいことも示唆された。

図 3-1

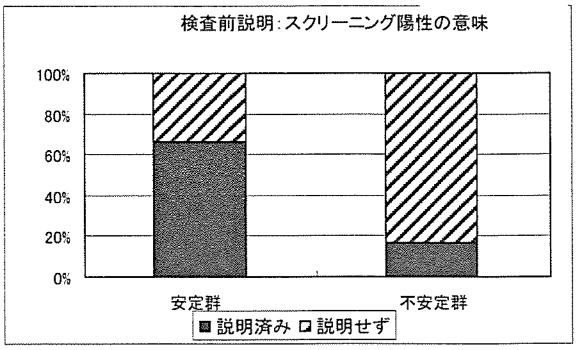


図 3-2

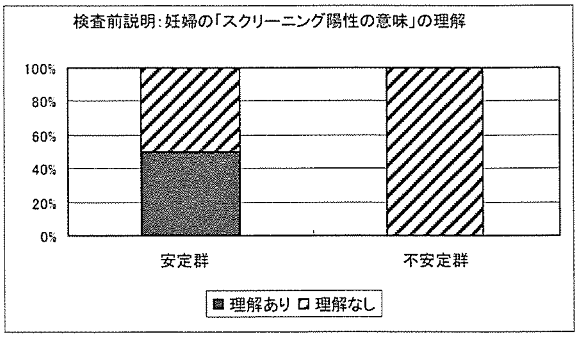


図 4-1

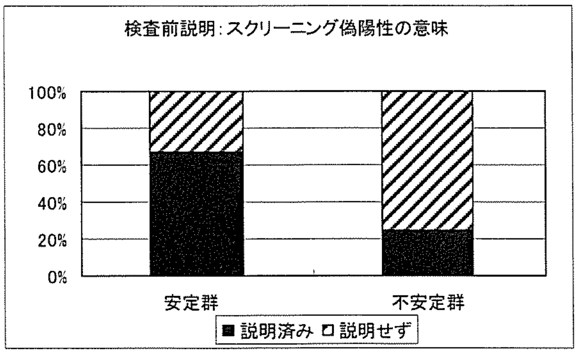


図 4-2

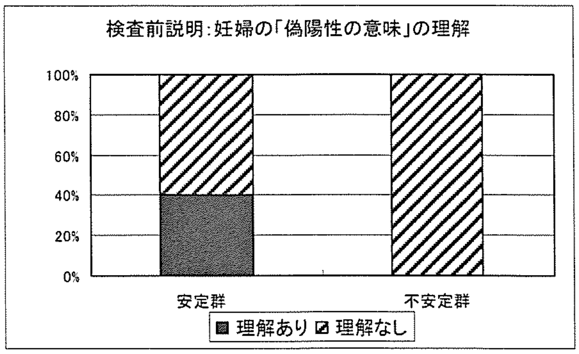


図　5-1

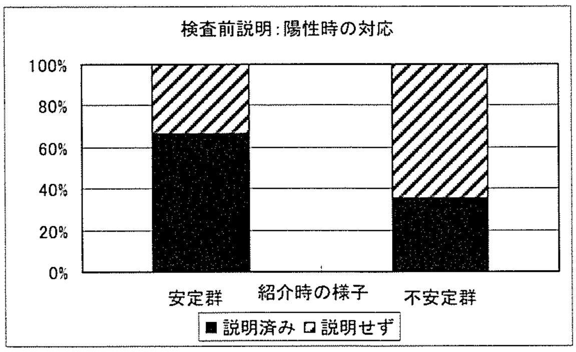
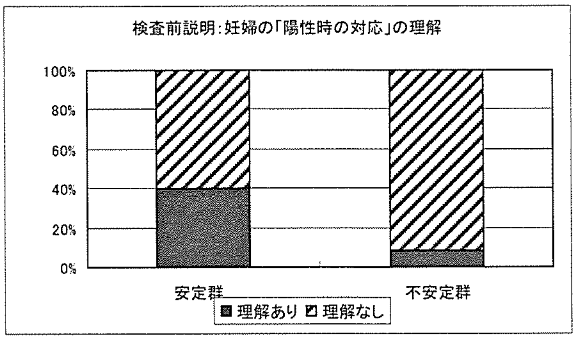


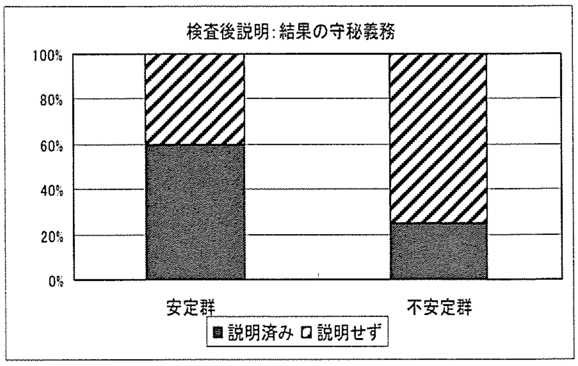
図　5-2



2．結果説明

検査後の「スクリーニング陽性の意味」の説明は、両群とも80%近く受けていた。しかし、説明についての妊婦の理解度では、『安定群』で60%以上が説明された意味を理解していたのに対し、『不安定群』では約30%しか理解していなかった。『不安定群』の説明では、全ての妊婦に対し「スクリーニング検査陽性＝エイズ」という誤認識に基づいた内容が提供されており、妊婦が検査に関する正しい情報を入手したり検査を理解する機会が妨げられていた。また、「陽性結果」の守秘義務についても、『安定群』の60%以上が説明を受けたのに対し、『不安定群』では20%弱に留まっていた。(図6)。

図　6

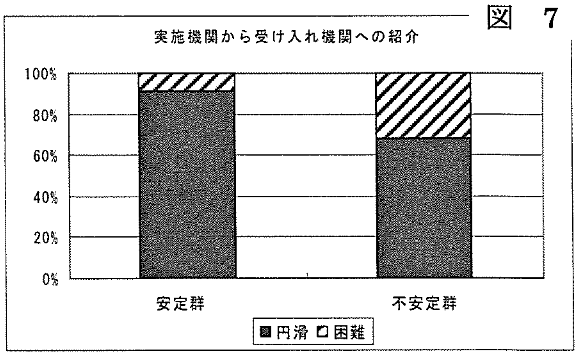


3．紹介に関する項目

検査結果時と同様の現象がこの場面でも見受けられた。確認検査の必要性の説明は、『安定群』妊婦の80%以上、『不安定群』で60%以上、また、他医療機関への紹介の必要性については両群とも80%以上実施されていたが、各説明への妊婦の理解については、『不安定群』では40%以上の妊婦が理解していなかった。『不安定群』での紹介説明は、陽性の誤認識をもとに、「エイズだから、他機関を紹介する」といった対応が大半を占めていた。このような説明は、検査結果を妊婦が理解する役目を果たさないばかりか、逆に妊婦や家族の混乱を助長させる要因になっていた。

一方、実施機関と受け入れ機関の医療従事者間での妊婦紹介については、パイロットスタディ同様に、両群とも高い率で「円滑」という結果が出た（図7)。医療者間同士の「紹介」場面の整備の進み具合と妊婦の理解促進との間のギャップをどう埋めていくかは、今後の大切な課題になると思われる。

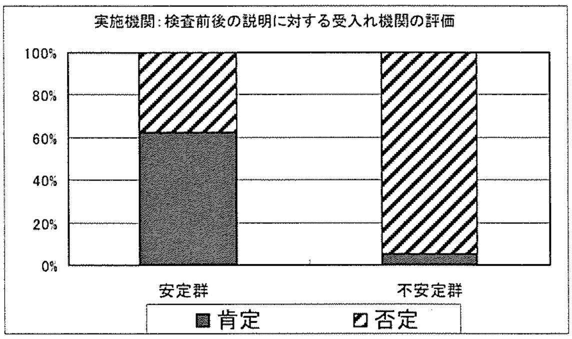
図　7



4．実施機関の検査認識や妊婦対応の評価

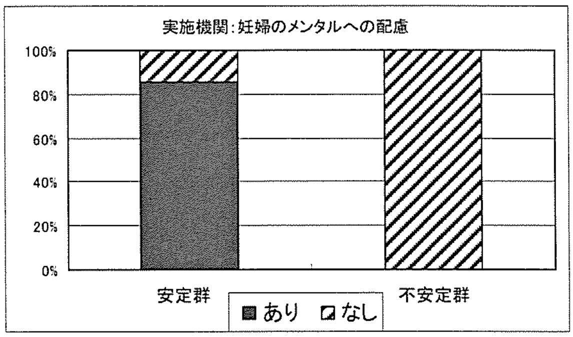
実施機関の検査前後の説明・対応に関する受け入れ機関による評価は、『安定群』では半数以上が肯定的だったのに対し、『不安定群』では90%以上が否定的であった。(図8)。

図　8



『不安定群』の実施機関に対しては、スクリーニング検査陽性の意味を不理解のまま検査を実施し、また妊婦への結果を知らせる際も本人のメンタルへの配慮が皆無であったこと等から否定的評価が多く寄せられた(図 9)。一方、ここで注目したいのは、『安定群』に対する評価もそれ程高くないという結果である。『安定群』に対しては、特に検査前の説明の不十分さへの否定的評価が集中し、その結果評価全体が低いものになっていた。この点から、受け入れ機関が妊婦ＨＩＶｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞ検査において、検査前説明を重要視していることが推測された。

図　9



5．妊婦の様子に関する項目

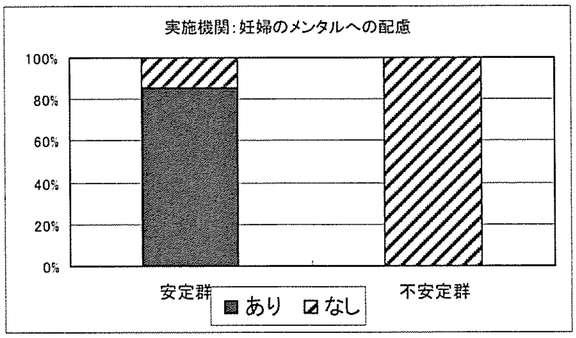
当然のことながら、スクリーニング検査陽性告知の妊婦の経験や確認検査の結果待ちの妊婦の様子は、『不安定群』に問題が多いと報告された。特に結果待ち時では、『不安定群』の半数の妊婦が、誰にも相談できない孤立状態下で、唯一の支援者は受け入れ機関での担当者という状況であった。また、周囲へ「相談した」という場合でも、その相談とは、妊婦がパニック状態を起こし、その結果家族に混乱のままに相談（または発覚）、それが家族を巻き込んだ次のパニックを生起したという状況であった。

一方、『安定群』では、検査前や結果説明時に結果の意味の説明を受けている妊婦が多かったため、「相談」の内容もその情報に基づいての夫などへの相談であり、同じ「相談行為」でも内容とその影響は 2 群間で全く異なっていた。

6．受け入れ機関の対応に関する項目

受け入れ機関では、両群に対し配慮がされていたが、『不安定群』への配慮が『安定群』より 10%以上多くの機会になされていたことは、受け入れ機関の負担感も表していると言える（図 10)。対応の内容では、情報提供が最も多く、特に「妊婦は偽陽性の可能性が高くなること」の説明は妊婦の初診時まで続いた動揺を緩和させる効果的な対応になっていた。また、妊婦に対面する際には、静かな場所や時間帯の選定という環境面への配慮もされていた。対応の担当者は医師が最多だったが、カウンセラーや看護師などがいる場合は医師とともに対応に当たっていた。混乱が著しい不安定群の妊婦の場合は、対応に苦慮した医師がカウンセラーの参加を積極的に促すケースも見受けられた。しかし、医師の多くが一人で全てを対応しているケースが『不安定群』で 40%近くあり、カウンセラー不在などのマンパワー不足が報告された。

図 10



7．妊婦HIV検査全般について

受け入れた機関に検査全般について意見を求めた結果、妊婦ＨＩＶ検査の必要性は認めながらも、『不安定群』での実施機関の対応の拙さ：「検査の意味を理解せずに実施している」「対応のまずさが不要な混乱を妊婦に招いた」等が指摘された。また、妊婦ＨＩＶ検査における妊婦のメンタルサポートの必要性については、両群とも回答者のほぼ全員が認識していた。

また、検査自体や検査方法の改善を求める声も多く寄せられた。偽陽性を減らし妊婦の感情のローラーコースターのような経験を失くすことや、確認検査の結果を待って妊婦に検査通知を行う方法の希望が出された。このような改善が近日中に難しければ、やはりインフォームドコンセントに基づいた検査体制の整備を進めるべきだという意見が多数を占めた。

3. HIV検査と妊婦の実状：自由記述の回答のまとめ

本調査では、HIV検査を体験した妊婦とじっくり話す機会を得た受け入れ機関から、スクリーニング検査時の妊婦の状態について自由記述が寄せられた。パイロットスタディでは初診時の妊婦の状態については受け入れ機関の印象という形で報告を受けたが、今回は妊婦の実情を示す具体的な情報を得たので、妊婦8ケースの記述をなるべく忠実に表1にまとめた。この8ケースは『不安定群』に属する事例である。ここから見えてくるのは、検査説明が一方的で妊婦の理解が得られていない状況、その後の妊婦の孤立感、結果告知直後の医療者も気づかなかった「押しつぶされそうな」様々な心理的課題、HIV検査の一連の経験が発端となった医療への不信感など、検査現場では窺えない厳しい状況であった。特に医療不信の部分は、その後の妊婦にとって医療との付き合いに長期的に負の陰を落としかねないほど重要な課題である。

また、受け入れ機関からは、スクリーニング検査実施者のHIV検査に関する知識不足への厳しい苦言や受け入れ機関での妊婦の支援体制の強化の提唱がされた。自由記述で判明した内容は、前記の2群での比較検討の結果を補完するものであったが、この記述を通し、妊婦の実状がより鮮明に、また検査に関する課題とその解決に向けての働きかけの重要性が明白になった。

D. 考察

前年度のパイロットスタディと本調査の両方の結果を踏まえて考察を行う。

1. 調査研究のまとめ

① 実施機関の対応と妊婦の理解

本調査は調査対象を全国に拡げ、前年度より2倍の集約ケースをもとに結果分析を行った。今回は受け入れ機関での初診時の妊婦の状態を、『安定・不安定』の2群に分け、両群が検査前後やその後の他の医療機関被紹介時での経験について、①検査に関する担当者の対応②その際の妊婦側の理解や反応　の点から比較検討した。

その結果、検査に関して、検査前のスタートから紹介にいたるまでの各場面で、2群間で検査実施機関の対応に大きな違いがあったことが判明した。各場面をまとめると、■<u>検査のスタート時</u>から、検査実施機関の妊婦への対応に、2群では実施機関の対応の適・不適が明らかであったこと、■<u>結果説明時</u>では、『不安定群』

において、検査実施の担当者自身がHIVスクリーニング検査についての知識が曖昧で、スクリーニング陽性の結果が出た時点で「HIV陽性、あるいはエイズ」と受け取り、その認識や実施機関の混乱をそのまま妊婦に伝えていた現状があること、■結果説明という行為そのものは行っても、「説明内容の適切さ」は2群において大きな差異があったこと、■結果の「伝え方」も妊婦の心理状態には影響を与えており、『不安定群』では「汚いもののように扱われた」経験を妊婦が持ったこと、■引き続き、紹介時でも『不安定群』においては「偽陽性の可能性」などの補足説明がないままに紹介されていたこと、■検査の各場面において、検査説明への妊婦の理解にも2群で大きな違いが見られたことが確認できた。

以上の点から、妊婦にとって、実施機関の対応の差によって、受ける経験も大きく変わっているが今回の調査で明白になった。

この2群での対応の違いや妊婦の経験の差異は、受け入れ機関での妊婦の初診時に、妊婦やその関係者の不安や混乱という状態で現れ、受け入れ機関の医療従事者は、『不安群』の妊婦に対し、検査後の医学的対応よりも、パニック的な様相を示す妊婦・関係者への対応に追われている事態があったことが判明した。この部分のメンタルヘルス支援も含めたサポート体制の強化は非常に重要であると考える。

一方、『安定群』での特徴を見ると、■検査前後の「陽性」「偽陽性」の説明が行われていること、特にそれらが検査後告知で実施される際には妊婦の理解に沿って行われていること、■実施機関がスクリーニング検査の結果を理解していること、実施機関で妊婦へのメンタル面への配慮があることが判明した。

上記の結果から、妊婦HIVスクリーニング検査においても、通常検査同様に検査を行うスタートの時点で、受検者である妊婦の検査理解を促すような説明を行うことが、検査の一連のあり方を左右する重大な取り組みであることが判明した。

② スクリーニング検査の配慮すべき点

【通常検査と同様の対応ポイントを押さえる】

『安定群』での対応を参考に、通常検査同様、妊婦HIVスクリーニング検査においても、実施者が検査結果の意味を熟知したうえで、妊婦にも理解できる検査前後の説明と結果返しを実行することが非常に重要であることが今回の調査で確認された。

【家族、特にパートナーへの配慮】

妊婦ＨＩＶスクリーニング検査では、通常のHIV検査よりも受検者本人(妊婦)だけでなく、周囲（特に恋人や夫）が直接巻き込まれやすいといえる。特に不安定群のケースでは、スクリーニング検査陽性の時点で、夫がHIV検査の受検を薦められたり、またスクリーニング陽性をエイズと伝えられたために、妊婦が夫へ不信感を抱き夫婦関係が不安定になったりと、その後の人生も含めた関係性への弊害も非常に大きいという特徴がある。また、検査結果をHIV感染の確定診断と家族が誤認識して、妊婦の過去の挙動を責めて妊婦の混乱が深刻化した事例もあり、実施機関による誤った情報が妊婦を二重に苦しめる可能性もある。検査の正確な情報提供は、本人のみならず本人の重要な人間関係を保護する意味もあるのではないかと考える。

【外国人妊婦へのアプローチ】

パイロットスタディも含めた調査より判明した外国人妊婦の状況は、今後全国のどの地区でも起こりうる事象であろう。外国人妊婦の場合は、「説明をする」行為の前に言語の障害があり、説明自体が行われていないケースが多く、結果説明時での衝撃や混乱が一層深刻であった。また、言語の他に、家族関係が複雑であったり、法律や医療費の問題が前面に出る場合もある。少なくとも検査説明の部分において、何らかの工夫を行う必要がある。今後、一つのアプローチとして、財団のホームページ上に本研究班作成の検査のちらしを多言語で紹介し、それを説明時の参考資料として活用してもらう

という方法も計画中である。

【側面支援として】

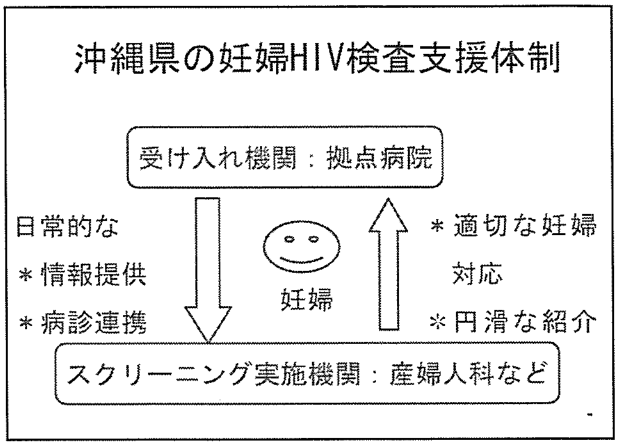
また、紹介された医療機関を受診する前や、確認検査の結果待ちの間に妊婦は自ら情報を求めてインターネットなどにアクセスを試みていることが報告されていた。検査場面以外の機会に検査や治療に関する情報を、様々な情報提供のツールを活用しながら妊婦全体を対象に発信することも側面支援として意味のある活動と思われる。

2.今後の妊婦検査を取り巻く受け入れ体制の整備について:一つの提言(モデル事例の紹介)

『不安定群』の実施機関は紹介先である受け入れ機関に、「ある日突然」妊婦を紹介するケースが多い一方で、『安定群』の担当者は、紹介先であるHIV医療の医師と研究班の繋がりや地域のネットワークを通して既に連携が存在していたケースが見受けられた。後者のあり方について、モデル事例となる取り組みが沖縄で展開されており、当事者の了承を得たのでここで紹介したい(図11)。

沖縄県では拠点病院の産婦人科医が中心となり、地域の産科医等を集めた研究会を10年前から開催していた。ここでは、HIVに特化せず周産期全般の勉強会を開催、その中でHIVについても他の周産期の課題と同様に扱うことで医療者の抵抗感を減らしていた。また陽性妊婦が出た場合の診療の流れを提示し、受け入れ機関がバックアップしていくことを継続的に伝えたことで、病診間の円滑な紹介のあり方を実現していた。この連携においては受け入れ機関が実施機関に対し妊婦への対応を具体的に提示、検査実施の説明は実施機関が担当する、メンタルも含めた細かな対応は受け入れ機関が担当するという役割分担を行っていた。このような方法により、実際に次のような流れが出来ていた(図10)。その結果、受け入れ機関初診時、妊婦が安定した状態→スムーズな受診→妊婦、受け入れ機関両者の負担は減少、という傾向がみられた。大都市圏などの受け入れ機関で「患者数が多く、対応に時間が割きにくい」という状況や、カウンセラーなどのメンタルヘルスの専門家の運用が困難である病院にとっては、この病診連携のあり方は、妊婦ＨＩＶスクリーニング検査の改善策として日常業務の中で取り組める貴重な事例と言える。

図 10



3. 妊婦検査の今後の捉え方の可能性

①予防というアプローチ

現在は、感染妊婦を早期に発見し、母子感染を防ぐことが妊婦検査実施を推進する中心的な目的となっているが、妊婦のほぼ全員が受検するようになってきたHIV検査の機会を、HIV予防・啓発のチャンスと捉える姿勢も今後は必要ではないだろうか。妊娠検査の受検経験以前にHIVを自分と関係して考える女性は非常に限られているので、もし今後妊婦の通過点にHIV検査を位置づけるとしたら、胎児の感染予防と同時に、女性(引いてはパートナーにとっての)へのHIV予防啓発としての検査説明もあっても良いのではと考える。

②女性の発達段階の通過点として

回答者の看護師から、妊婦検査は母子感染という括りと同時に、「HIVと女性」という一回り大きな枠の中で捉えていくことも必要ではという提言が寄せられた。その視点から妊婦検査を検討すると、検査前後が一つの点であり、その前には、子供を持つということがどういうことか、という妊娠のテーマ、それをより遡る

とスタート地点に性教育があるのではという意見だった。女性の生き方を探求するリプロダクティブヘルスとの関連性で妊婦検査の課題を追求することで、妊婦検査に関する取り組みの具体案がより豊かになるのではないだろう。

4. 今後の研究

本調査の妊婦の状態は、「声にならない声」である。今回の妊婦の大多数が確認検査では陰性であったため、本人達の検査の経験が公に語られることは皆無である。本人達も確認検査で陰性が決定した場合は、その後の出産の方に注意が行き、検査体験について振り返るゆとりと時間も無い状態である。しかし、その体験は医療や医療従事者への価値観を大きく変容させた可能性もあり、その後の医療との付き合いの中にも影響を及ぼすことも在りうるだろう。前年度と今年度の調査はそのようなリスクが現実的なものであることを示唆している。

今後は、調査で明らかになった、検査スタート時点で検査実施者と妊婦の両方にとって有益となるような検査説明の具体的な対応について、参考となるような資料を作成し、妊婦検査体制の改善の一助となれればと考えている。また、その資料を試作として実施機関の担当者から意見を頂ければと思っている。

最後になったが、本調査にご協力いただいた関係者の方々にこころから感謝を申し上げたい。

平成１８年度エイズ対策研究推進事業
研究成果発表会報告書　　　　　　　　　　　　　　　　平成 18 年 3 月 7 日

財団法人　エイズ予防財団
理事長　島尾忠男　殿

報告者 :「周産期・小児・生殖医療における HIV 感染対策に関する集学的研究班」
主任研究者　　独協医科大学　　　　　　　　　稲葉憲之
分担研究者　　国立病院機構仙台医療センター　和田裕一

発表内容 : 平成１８年度エイズ対策研究推進事業としてエイズ予防財団の主催で、本研究班の研究成果を発表した。

発表テーマ : 研究成果発表会「わが国における HIV 感染妊娠―予防と対策
～性感染症から母子感染まで～」

HIV 感染妊娠の実態および母子感染予防への取り組みの一つとして平成13年度よりエイズ予防財団の主催で、全国各地で国民向け研究成果発表会を実施してきた。妊婦 HIV 検査実施率は病院・診療所あわせて平成 15 年度の 86.0%から 7.平成 18 年度 93.5%まで上昇した。この実施率上昇の一因として研究成果発表会の開催が挙げられ、その詳細については昨年度の研究報告書においても触れた。今年度は東京周辺の地域として甲府市で、また現在もっとも妊婦 HIV 検査実施率の低い宮崎県の宮崎市で開催した。

今年度も開催に先立ってはポスターおよび開催案内パンフレッドを作成し、開催ブロックのエイズ拠点病院、保健所を始めとする行政機関、医師会、産婦人科医会などに広報を依頼した。

また、この発表会とは別に神奈川県大和市で開催された第１３回高校生エイズフォーラムにシンポジストとして　外川正生分担研究者が参加し HIV 感染妊娠の実態や診療等の問題点について講演討論し啓発活動をおこなったことを付記する。

C.　発表期日

平成１８年　１０月２２日　　山梨県甲府市

１９年　　２月１１日　　宮崎県宮崎市

シンポジウム

平成１８年　１１月１７日　　神奈川県大和市

D　発表内容

甲府会場、

HIV母子感染予防に関する臨床的研究の概説　稲葉 憲之(獨協医科大学産婦人科)

妊婦に対するHIV検査実施率の全国調査成績　明城 光三（国立病院機構 仙台医療センター産婦人科）

HIV感染妊婦と母子感染の実態　喜多 恒和（防衛医科大学校産婦人科）

HIV感染妊婦から生まれた児の追跡調査　大場　悟（聖隷三方原病院小児内科）

性行為感染によるHIVの蔓延と母子感染予防対策

山田 里佳（石川県立中央病院産婦人科）

宮崎会場:

HIV母子感染予防に関する臨床的研究の概説　稲葉 憲之(獨協医科大学産婦人科)

妊婦に対するHIV検査実施率の全国調査成績　蓮尾 泰之（国立病院機構 九州医センター産婦人科）

HIV感染妊婦と母子感染の実態　喜多 恒和（防衛医科大学校産婦人科）

HIV感染妊婦から生まれた児の追跡調査　尾崎 由和（国立病院機構 大阪医療センター小児科）

性行為感染によるHIVの蔓延と母子感染予防対策

谷口 晴記（三重県立総合医療センター産婦人科）

E まとめ

妊婦HIV検査実施率は全国の病院調査で平成11年度の73.2%から年々上昇し平成18年度は95.3%に達した。しかし実施率には全国で地域格差がみられ特に九州地区が低い傾向にあったため、これまで福岡、熊本、大分市で啓発の目的で研究成果発表会を実施してわが国における妊婦HIVスクリーニング及び感染症の実態を報告してきた。

このような背景のなか宮崎県は平成 17 年度の実施率が 44.7%と依然として低いため今年度啓発の意味を含めて研究成果発表会を計画実施した。残念ながら当日会参加者は必ずしも多くなかったが、地元マスコミが熱心に取材し本会は「妊婦の HIV 検査実施率　本県全国最低」の見出しで翌日の日刊紙に報道されたことから今後関心が高まり検査実施率が向上することが期待される。

甲府市での開催は山梨県産婦人科地方部会の勉強会を合同で開催されたため、医療関係の参加者が多く、また山梨県立中央病院産婦人科の滝澤　基医師が　「山梨県のＨＩＶ診療の現状について」講演された後に研究成果発表会をおこない意義深い会となった。わが国における HIV 感染妊婦は年間 40 名前後であり、医療従事者についても必ずしも関心は高くない。しかし現在妊娠初期に HIV がスクリーニングされれば、適切な対応策によって母子感染はほぼ防止可能であることから今後 100%の検査実施率を目標にした地道な活動を継続すべきと考える。