

平成 26～28 年度分担研究報告書

HTLV-1 キャリアー妊婦から出生する児の栄養法に関するカウンセリングの  
効果と影響

研究分担者 伊藤裕司 国立成育医療研究センター 周産期・母性診療センター新生児科  
研究協力者 和田友香 国立成育医療研究センター 周産期・母性診療センター新生児科

研究要旨

妊婦に対する HTLV-1 抗体検査の公費負担と、HTLV-1 キャリアー妊婦から出生する児の栄養法に関するカウンセリングが 2011 年より開始された。本研究では、これによる、HTLV-1 キャリアー妊婦の発見率（頻度）の変化、および、栄養法選択の変化について検討した。

HTLV-1 抗体検査の公費負担開始前の HTLV-1 抗体陽性の妊婦の頻度は、0.13%であり、公費負担開始後の HTLV-1 抗体陽性かつ WB 法で陽性あるいは判定保留の妊婦の頻度は、0.15%であった。推定した HTLV-1 抗体陽性かつ WB 法で陽性あるいは判定保留の妊婦の頻度は、公費負担開始の前後で、0.098%から 0.16%に増加したが、この変化は統計学的には有意ではなかった。

児の栄養法に関するカウンセリングにより、短期母乳あるいは冷凍母乳の選択は有意に増加し(OR = 50.0, 95%CI = 4.5-551.7, p = 0.0003)、長期母乳の選択は有意に減少した(OR = 0.08, 95%CI = 0.01-0.80, p = 0.020)。児の栄養法に関するカウンセリングにより、短期母乳あるいは冷凍母乳の選択は有意に増加したが、このことによる、最終的な児の HTLV-1 キャリアー率への影響を慎重に追跡していくことが重要である。

非流行地の周産期センターにおける現場の医療者(医師、看護師、助産師)の HTLV-1 母子感染に関する知識と HTLV-1 陽性妊婦・母親へのカウンセリングおよび相談経験に関しての実態を把握する目的で、当院周産期センターにおける医療者へアンケート調査を行った。周産期医療に従事するスタッフには HTLV-1 母子感染に関する様々な相談に対応できる十分な知識が必須であるが、現状は不十分であり、特に HTLV-1 非流行地域での講演会、研修会などが引き続き必要であると考えられた。

HTLV-1 抗体検査の公費負担制度の開始に伴い、厚生労働科学研究「HTLV-1 母

子感染予防に関する研究：HTLV-1 抗体陽性妊婦からの出生児のコホート研究」

(H23-次世代-指定-008)および(H26-健やか-指定-002)が2011年度より開始され、HTLV-1キャリアー妊婦の全国規模でのスクリーニングとその把握、これに加え、HTLV-1キャリアー妊婦への出生した児の栄養法選択に関するカウンセリングが実施されるようになった。

このHTLV-1抗体検査の公費負担開始と児への栄養法選択に関するカウンセリング開始による、HTLV-1キャリアー母子への影響を検討した(研究 )。

また、本研究が周産期診療現場に与えた啓蒙的影響を当センターでの医療者へのアンケート調査により検討した。

## A . 研究目的

[研究 ]

HTLV-1抗体検査の公費負担、および、本研究班による児の栄養法選択に関するHTLV-1キャリアー妊婦へのカウンセリングの開始に伴い、HTLV-1キャリアー妊婦および出生した児へ、どのような影響が生じたかを検討することを、目的とした。

以下の2点について検討した。

[1] HTLV-1抗体検査の公費負担制度の開始により、非流行地域に於けるHTLV-1キャリアー妊婦の発見率(頻度)が変化したかどうか。

[2] 児の栄養法に関するカウンセリングの開始により、非流行地域に於ける栄養法の選択が変化したかどうか。

[研究 ]

非流行地の周産期センターにおける現場の医療者(医師、看護師、助産師)のHTLV-1母子感染に関する知識とHTLV-1陽性妊婦・母親へのカウンセリングおよ

び相談経験に関する実態を把握する目的で、当院周産期センターにおける医療者へアンケート調査を行った。

## B . 研究方法

[研究 ]

2002年3月から2015年12月までに、国立成育医療研究センターの周産期センターで、母体および新生児が管理された母子を対象とした。これらの母子を、本HTLV-1母子感染予防の研究班が開始される以前の症例(児の栄養法に関するカウンセリング開始前:2002年3月から2011年8月まで)と研究班開始後の症例(児の栄養法に関するカウンセリング開始後:2011年9月から2016年9月)の2群に分けて、以下の項目について、2群を比較検討した。

[1] HTLV-1キャリアー妊婦の発見率(頻度)の変化

[2] 栄養法選択の変化

[研究 ]

当院周産期センターにおける医療者へアンケート調査

2015年1月1日現在勤務していたに、国立成育医療センター病院周産期外来、産科病棟、新生児病棟で勤務する医療従事者(看護師、助産師、産科医、新生児科医)に対し無記名によるアンケート調査「HTLV-1陽性妊婦・母親に必要な情報とカウンセリングに関するアンケート調査」を行った。

非流行地域である東京都内にある当院周産期センターに2015年1月1日現在勤務していた医師、看護師、助産師に対し無記名アンケート調査を施行した。アンケート内容は性別、年齢、周産期医療経験年

数,出身地方,HTLV-1に関する知識について,HTLV-1に関するカウンセリングを行った回数または相談を受けた回数,その内容,相談時に困ったことがあればその内容,その他の自由記載とした。

尚、本調査は国立成育医療研究センター倫理委員会の承認を得て実施した。

これらのアンケート結果から問題点・課題点を検討。

## C . 研究結果

[研究 ]

[1] HTLV-1 キャリアー妊婦の発見率( 頻度 ) の変化

[児の栄養法に関するカウンセリングによる介入開始前群の背景] (表 1-a, b)

2002 年 3 月から 2011 年 8 月までの 9 年 6 ヶ月間に当センター周産期センターで分娩した妊婦は、14215 名で、うち、抗 HTLV-1 抗体スクリーニング検査で陽性であった妊婦は、18 名(0.13%)であった。

この 18 名の妊婦の年齢は、中央値 33 歳( 範囲: 26-45 歳 ) であった。分娩週数は、中央値 38 週( 範囲: 26-41 週 ) で、出生した児の体重は、中央値 2730 g( 範囲: 968-3722 g ) であった。出生体重の分布は、1500g 未満が 2 例、1500g 以上 2500g 未満が 5 例、2500g 以上が 11 例であった。在胎週数の分布は、早産児が 5 例で、うち 2 例は在胎 30 週未満であった。

2011 年 9 月から 2016 年 9 月までの 5 年 1 ヶ月間に当センター周産期センターで分娩した妊婦は、10453 名で、うち、抗 HTLV-1 抗体スクリーニング検査で陽性で WB 法が陽性あるいは判定保留であ

った妊婦は、17 名(0.16%)であった。

この 17 名の妊婦の年齢は、中央値 36 歳( 範囲: 26-41 歳 ) であった。分娩週数は、中央値 39 週( 範囲: 22-41 週 ) で、出生した児の体重は、中央値 3000 g( 範囲: 335-3606 g ) であった。出生体重の分布は、500g 未満が 1 例、500g 以上 2500g 未満が 0 例、2500g 以上が 16 例であった。在胎週数の分布は、早産児が 2 例で、うち 1 例は在胎 30 週未満であった。

[児の栄養法に関するカウンセリングによる介入開始後群の背景] (表 2-a, b)

2011 年 9 月から 2016 年 9 月までの 5 年 1 ヶ月間に当センター周産期センターで分娩した妊婦は、10453 名で、うち、抗 HTLV-1 抗体スクリーニング検査が陽性で、かつ、WB 法が陽性あるいは判定保留であった児は 17 名(0.16%)であった。

この 17 名の妊婦の年齢は、中央値 36 歳( 範囲: 26-41 歳 ) であった。分娩週数は、中央値 39 週( 範囲: 22-41 週 ) で、出生した児の体重は、中央値 3140 g( 範囲: 335-3606 g ) であった。出生体重の分布は、1500g 未満が 1 例、1500g 以上 2500g 未満が 0 例、2500g 以上が 12 例であった。在胎週数の分布は、早産児が 1 例で、在胎 22 週出生の超早産児であった。

[HTLV-1 抗体検査の公費負担開始前後での HTLV-1 キャリアー妊婦の頻度]

HTLV-1 抗体検査の公費負担が周知され実際の効果が現れ始めた時期と、研究班の開始によって、児の栄養法に関するカウンセリングが開始された時期とが、ほぼ同時期として、検討した。公費負担

開始前の HTLV-1 抗体陽性の妊婦の頻度は、0.126%であり、公費負担開始後の HTLV-1 抗体陽性かつ WB 法で陽性あるいは判定保留の妊婦の頻度は、0.16%であった。公費負担開始前の 18 例中 9 例しか WB 法による精査は行われておらず、9 例中 2 例が WB 法陰性であった(表 1-b)。従って、HTLV-1 抗体検査陽性妊婦の 7/9 が WB 法陽性あるいは判定保留になると仮定すると、公費負担前の HTLV-1 抗体陽性かつ WB 法で陽性あるいは判定保留の妊婦の数は、 $18 \times 7/9 = 14$  名と推定され、頻度は、0.098%と推定される。従って、公費負担開始前後での HTLV-1 抗体陽性かつ WB 法で陽性あるいは判定保留の妊婦の頻度は、0.098%から 0.16%へ増加したが、この変化は、統計学的には有意ではなかった(カイ二乗法にて  $p=0.221$ )。

## [2] 栄養法選択の変化

個々の症例で、選択された栄養法を表 1-b, 2-b の示す。これを、栄養法選択に関するカウンセリング開始前後の時期での選択された栄養法についての集計結果を表 3, 4 に示す。

児の栄養法に関するカウンセリング開始前は、完全人工乳を選択したのは 18 例中 7 例(39%)で、長期母乳を選択したのは、18 例中 10 例(55%)であった(表 3)。カウンセリング開始後は、完全人工乳を選択したのは 17 例中 2 例(12%)で、長期母乳を選択したのは、17 例中 5 例(29%)で、短期母乳あるいは冷凍母乳を選択した妊婦が 17 例中 10 例(59%)であった(表 4)。

カウンセリング開始前と後の 2 群間で比較すると、カウンセリングにより短期

母乳あるいは冷凍母乳の選択は有意の増加した( $OR = 24.3$ ,  $95\%C.I. = 2.6-227.4$ ,  $p = 0.0009$ ) (表 5-a)。

## [研究 ]

アンケート回収率は 85% (191 名/226 名)であった。そのうち白紙で提出された 22 名分を除外した 75% (169 名/226 名)で集計を行った。アンケート回答者の職種は産科医 27 名、新生児科医 17 名、助産師 42 名、看護師 83 名であった。周産期医療経験年数は 3 年以下が 41%、4~10 年が 41%で、出身地方は関東地方が 44%、九州・沖縄地方が 14%であった。

HTLV-1 についての知識に関する調査項目では以下のような割合で「知っている」と回答されていた。「母乳で感染する」は 91.7%、「抗体陽性であれば Western Blott 法(以下 WB)で確認しなければ本当に陽性とは限らない」は 53.8%、「WB を行っても判定保留となることがある」は 36.1%、「短期母乳とは 0、1、2 か月のみ母乳を与えることである」は 42.0%、「短期母乳でも感染することがある」は 56.2%、「児の感染は 3 歳で検査すると分かる」は 33.7%、「現在 HTLV-1 コホート研究が行われている」は 35.5%であった(図 1)。この回答を産科医、新生児科医でのみ集計すると図 2-a, b のような割合であった。

カウンセリング経験回数は 0 回が 69%、1~2 回が 12%であった(図 3)。カウンセリング内容では多いものから 児の栄養法について、断乳について、HTLV-1 とは何かについて、であった(図 4)。カウンセリングの必要時期については多いものから HTLV-1 陽性と判明した時、児の栄養を決める時、子どもが陽性

で大きくなって伝える時、であった(図5)。困った事、問題点を自由記載してもらったところ多いものから自分の知識不足のために答えられなかった事、出産時に抗体検査が未検査であった場合に母親の不安、怒り等に対応しなければならなかった事、母乳を女性だけの問題として夫が無関心であった事が挙げられていた。

#### D. 考察

##### [1] HTLV-1 キャリアー妊婦の発見率(頻度)の変化

HTLV-1 抗体検査の公費負担の開始により、HTLV-1 キャリアー妊婦の発見率は、増加するものと推測される。しかしながら、今回の研究では、公費負担開始前後でのHTLV-1 抗体陽性かつWB法で陽性あるいは判定保留の妊婦の発見率は、0.098%から0.16%へ増加したが、この変化は、統計学的には有意ではなかった。もともとの頻度が非常に低いため、両群間の差異を示すには、母集団の症例数を更に増やす必要があると思われる。また、公費負担開始前は、スクリーニング検査自体を施行していない妊婦も多かった可能性があり、真の頻度は、0.098%よりも高い事が推測される。

研究班開始後にあたる公費負担開始後の時期は、他院でスクリーニングされHTLV-1 抗体検査陽性あるいはWB法陽性か判定保留の妊婦が、研究班参画病院である当センターへ紹介受診してきた症例も含まれており、公費負担開始後の時期での当センターでのHTLV-1 キャリアー妊婦の頻度は、真の頻度よりも高く出ている可能もある。

##### [2] 栄養法選択の変化

児の栄養法に関するカウンセリングにより、短期母乳あるいは冷凍母乳の選択は有意に増加した(OR = 24.3, 95% C.I. = 2.6-227.4, p = 0.0009) (表5-a)。

カウンセリング開始前群では、HTLV-1 抗体陽性でWB法が陰性であった2名は、いずれも長期母乳栄養を選択している。カウンセリング開始後群には本来この2名のようなWB法が陰性の症例は対象とされていないので、この2名を解析から除外した。また、カウンセリング開始後群からは、22週の超早産児で、人工乳による壊死性腸炎のリスク等を考慮して、母乳栄養を第一選択として行った1例を除外して、再度検討してみた(表5-b)。この解析では、短期母乳あるいは冷凍母乳の選択は有意に増加し(OR = 50.0, 95% C.I. = 4.5-551.7, p = 0.0003)、長期母乳の選択は有意に減少した(OR = 0.08, 95% C.I. = 0.01-0.80, p = 0.020) (表5-b)。

従って、児の栄養法に関するカウンセリングを行なう事は、母親の、児の安全を願うが故に長期母乳を避け、短期間でもよいから自らの母乳で授乳したいという母性の表出を、サポートする方向性を持っているものと思われた。

今後、児の栄養法選択の分布が変化することによる、最終的な児のHTLV-1 キャリアー率への影響について、慎重に追跡していくことが重要である。

#### [研究]

自施設周産期センター医療者へのアンケート調査

今回のアンケート調査は、単施設の調査であったが、HTLV-1 母子感染に関する、

非流行地域の医療施設の現状が判明したと思われる。

医師の HTLV-1 に関する知識に関しては、産科医、小児科医いずれにおいても、HTLV-1 の検査法である WB 法について正確な理解ができている者が 65-80%とやや低値であり、短期母乳における具体的な母乳期間について正確な理解ができている者が 50-60%と低値であり、最終的な児の感染判定検査の施行時期についての正確に把握している者が 30-35%ときわめて低値な結果であった。当院が非流行地域の東京にあり、普段の臨床現場での HTLV-1 陽性妊婦へ接触が少ないためか、知識の曖昧さが認められた。非流行地域であればあるほど、検査方法およびその解釈の仕方についてのマニュアル作成が必要と思われた。また、看護師、助産師を含めた集計では、「母乳で感染する」という項目以外は、30-60%という周知度であり、3年前に院内での HTLV-1 に関する教育・研修を行ったが、再度の実施が必要だと思われた。

また、HTLV-1 陽性妊婦に関わったことのないスタッフが 69%と高率であり、HTLV-1 陽性妊婦の頻度が少ないことにより、経験自体が不足しがちとなる現状が浮かび上がった。接触頻度が少ないからこそ、HTLV-1 に関する毎年の定期的な教育・研修を毎年の新人教育研修に組み込んでいくことなどが必要と思われた。

カウンセリングの必要時期については、妊婦が HTLV-1 キャリアと判明した時期や児の栄養法を決定する時期以外に、断乳の相談時、あるいは、3歳時（児の検査結果が出る時）陽性であった場合に児へ告知する時など児が大きくなるまでの長期にわたり必要とされていることが分

かった。これまでのカウンセリング体制は、妊娠中、出産時の栄養法の決定に関するものに主眼が置かれていたが、今後は、母子を長期間にわたりサポートしていくカウンセリング体制の確立が必要と思われた。

また、公費で HTLV-1 抗体検査を行うようになったが、それを妊娠中に未検査であった場合、児出生後に未検査であることが判明し生後に母の検査を施行した場合、母親（妊婦）に母乳保育に関する不要な心配や、必要の無い断乳、医療者への不信感などが生じ、医療的トラブルが増えている可能性が示唆された。産科施設での妊娠中の HTLV-1 検査の確実な実施が望まれる。

## E . 結論

1) 公費負担開始前後での HTLV-1 抗体陽性かつ WB 法で陽性あるいは判定保留の妊婦の発見率は、0.098%から 0.16%へ増加したが、この変化は、統計学的には有意ではなかった。

2) 児の栄養法に関するカウンセリングにより、短期母乳あるいは冷凍母乳の選択は有意の増加し、長期母乳の選択は有意に減少した。

3) 児の栄養法に関するカウンセリングにより、短期母乳あるいは冷凍母乳の選択は有意に増加したが、このことによる、最終的な児の HTLV-1 キャリア率への影響を慎重に追跡していくことが重要である。

4) 周産期医療に従事するスタッフには HTLV-1 母子感染に関する様々な相談に対応できる十分な知識が必須であり、特に HTLV-1 非流行地域での講演会、研修

会などが引き続き必要であると考えられた。また長期にわたるカウンセリングのニーズに対応するための体制作りが必要と思われた。

#### F．健康危険情報

なし

#### G．研究発表

1．論文発表

なし

2．学会発表

なし

#### H．知的財産権の出願・登録状況

(予定も含む)

1．特許取得

なし

2．実用新案登録

なし

3．その他

特になし

[研究 ]

(表 1-a) 栄養法に関するカウンセリング開始前の症例

症例番号	出生年	性別	母年齢	分娩方法	胎位	在胎週数(週)	出生体重(g)
1	2002年	男	26	自然分娩	頭位	33	1892
2	2002年	女	30	自然分娩	頭位	38	2815
3	2004年	女	28	吸引分娩	頭位	40	3290
4	2005年	女		帝王切開		35	2198
5	2005年	女	38	帝王切開	頭位	36	1754
6	2005年	男	32	帝王切開	頭位	37	2470
7	2006年	女	31	吸引分娩	頭位	39	3175
8	2006年	男	33	吸引分娩	頭位	41	2725
9	2007年	女	36	吸引分娩	頭位	39	2435
10	2008年	女	30	帝王切開	頭位	38	2906
11	2008年	男	33	帝王切開	頭位	39	3292
12	2009年	女	27	帝王切開	頭位	27	1036
13	2010年	女	41	吸引分娩	頭位	37	2735
14	2010年	男	36	帝王切開	頭位	41	3722
15	2010年	男	38	帝王切開	頭位	26	968
16	2010年	女	40	自然分娩	頭位	38	2520
17	2010年	男	45	吸引分娩	頭位	40	3616
18	2011年	男	37	自然分娩	頭位	38	3146

(表 1-b) 栄養法に関するカウンセリング開始前の症例

症例番号	WB 検査	PCR 法	栄養方法
1			人工栄養
2			人工栄養
3			人工栄養
4			長期母乳
5			長期母乳
6	判定保留	-	長期母乳
7	+		長期母乳
8			人工栄養
9			人工栄養
10			人工栄養
11			人工栄養
12	判定保留		長期母乳
13	+		長期母乳



14	+	-	初乳のみ あとは人工栄養
15	-		長期母乳
16	判定保留	-	長期母乳
17	-		長期母乳
18	判定保留	-	長期母乳

(表 2-a) 栄養法に関するカウンセリング開始後の症例

症例番号	出生年	性別	母年齢	分娩方法	胎位	在胎週数(週)	出生体重(g)
1	2011年	男	28	自然分娩	頭位	40	3166
2	2012年	男	41	自然分娩	頭位	36	2852
3	2012年	男	37	吸引分娩	頭位	39	3420
4	2012年	女				41	3580
5	2013年	男	30	自然分娩	頭位	39	3000
6	2013年	男	30	自然分娩	頭位	38	3606
7	2014年	女	37	帝王切開	頭位	40	2858
8	2014年	男	38	自然分娩	頭位	38	2991
9	2014年	男	26	自然分娩	頭位	37	3180
10	2015年	女	32	自然分娩	頭位	39	2814
11	2015年	男	40	帝王切開	頭位	37	3378
12	2015年	女	36	自然分娩	頭位	22	335
13	2015年	男	30	自然分娩	頭位	39	3140
14	2015年	女	35	自然分娩	頭位	38	2992
15	2016年	男	30	自然分娩	頭位	39	2806
16	2016年	女	36	自然分娩	頭位	39	2764
17	2016年	女	38	吸引分娩	頭位	40	3466

(表 2-b) 栄養法に関するカウンセリング開始後の症例

症例番号	WB 検査	PCR 法	栄養方法	母乳投与期間	3歳 HTLV1 抗体価
1	+		短期母乳	1ヶ月	-
2	+		短期母乳 凍結母乳	3ヶ月 + 凍結母乳	-
3	+		凍結母乳	5ヶ月	-
4	+		短期母乳	2ヶ月半	未受診
5	+		短期母乳	87日	
6	+		混合栄養		

7	+		短期母乳	4ヶ月	
8	+		人工栄養	0ヶ月	
9	判定保留		短期母乳	ずっと母乳？	
10	+		短期母乳 凍結母乳	3ヶ月+凍結母乳	
11	+		人工栄養	0ヶ月	
12	判定保留		母乳栄養	9ヶ月以上	
13	+		短期母乳	3ヶ月	
14	判定保留	(-)	長期母乳		
15	判定保留	(-)	長期母乳		
16	+		短期母乳	3ヶ月	
17	判定保留	(-)	長期母乳		

(表3) 栄養法に関するカウンセリング開始前群で選択された栄養法

栄養法(開始時)	栄養法(最終)	症例数	栄養法	症例数
完全人工乳	完全人工乳	7	完全人工乳	7
短期母乳	初乳のみ 人工乳	1	短期母乳 or 冷凍母乳 or 初乳+人工乳	1
	短期母乳	0		
	短期母乳 凍結母乳	0		
凍結母乳	凍結母乳	0		
長期母乳(混合栄養を含む)	長期母乳(混合栄養を含む)	10	長期母乳(混合栄養を含む)	10
合計	合計	18	合計	18

(表4) 栄養法に関するカウンセリング開始後群で選択された栄養法

栄養法(開始時)	栄養法(最終)	症例数	栄養法	症例数	母乳期間	3歳 HTLV1 抗体(3名のみ測定)

完全人工乳	完全人工乳	2	完全人工乳	2	0ヶ月	
短期母乳	初乳のみ 人工乳	0	短期母乳 or 冷凍母乳 or 初乳+人工乳	10	初乳のみ	
	短期母乳	7			5名は3ヶ月 以内 2名が91日 以上	(-): 1名
	短期母乳 凍結母乳	2			3ヶ月+凍結 母乳	(-): 1名
凍結母乳	1	(凍結母乳で 5ヶ月)			(-): 1名	
長期母乳 (混合栄養 を含む)	母乳のみ(混 合栄養)	5	長期母乳(混 合栄養を含 む)	5	5ヶ月以上 (22w, 335g) 3名は母の PCR(-)で長 期母乳	
合計	合計	17	合計	17	合計	3名

(表 5-a) 栄養法に関するカウンセリングの効果

栄養法	介入開始前 症例数 (%)	介入開始後 症例数 (%)	p	OR [95%C.I.]
完全人工乳	7 (39)	2 (12)	0.121	0.21 [0.04-1.21]
短期母乳 or 冷凍母乳 or 初乳+人工乳	1 (6)	10 (59)	0.0003	24.3 [2.6-227.4]
長期母乳(混 合栄養を含 む)	10 (55)	5 (29)	0.176	0.15 [0.08-1.35]
合計	18 (100)	13 (100)		

(表 5-b) 栄養法に関するカウンセリングの効果 (補正後)

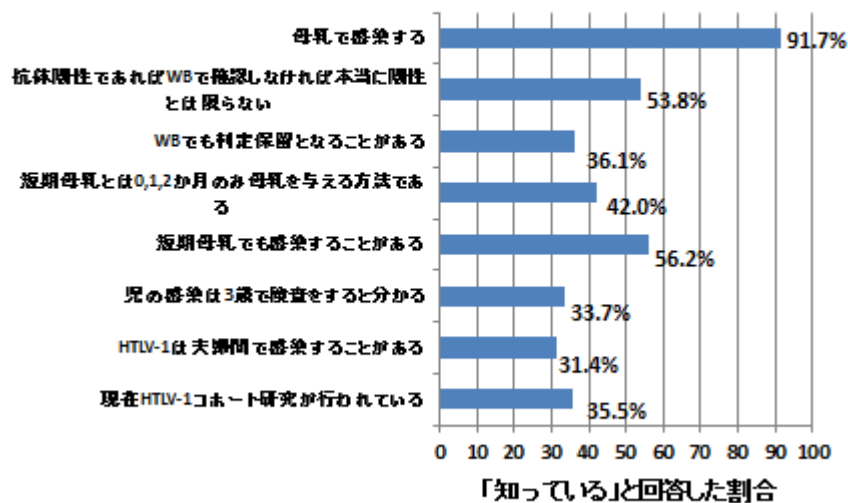
栄養法	介入開始前 症例数 (%)	介入開始後 症例数 (%)	p	OR [95%C.I.]
完全人工乳	7 (44)	2 (15)	0.223	0.23 [0.04-1.42]

短期母乳 or 冷凍母乳 or 初乳+人工乳	1 (6)	10 (77)	0.0003	50.0 [4.5-551.7]
長期母乳(混 合栄養を含 む)	8 (50)	1 (8)	0.020	0.08 [0.01-0.80]
合計	16 (100)	13 (100)		

[研究 ]

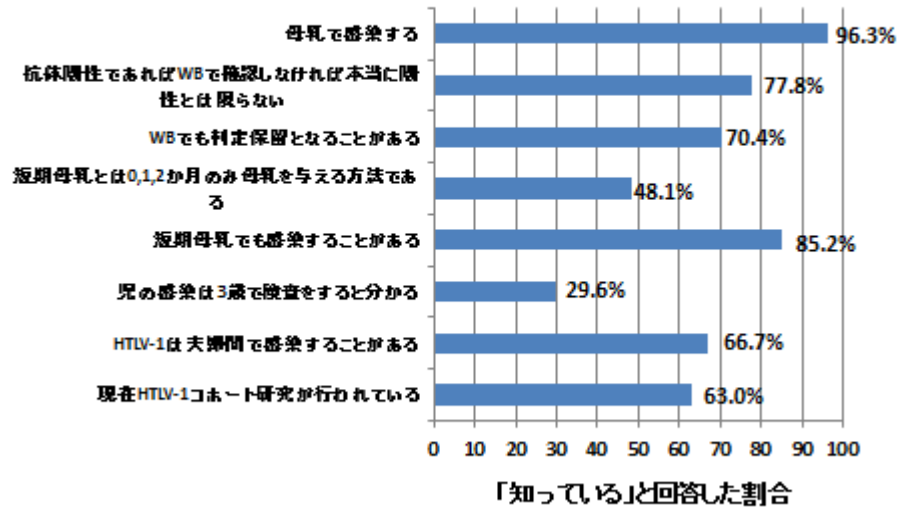
( 図 1 )

図1: 知識に関する質問:全体



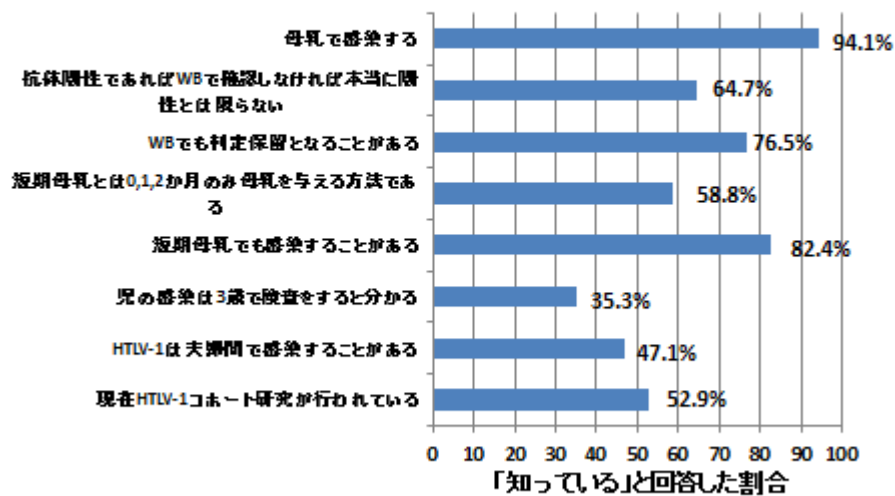
( 図 2-a )

図2-a. 知識に関する質問:産科医



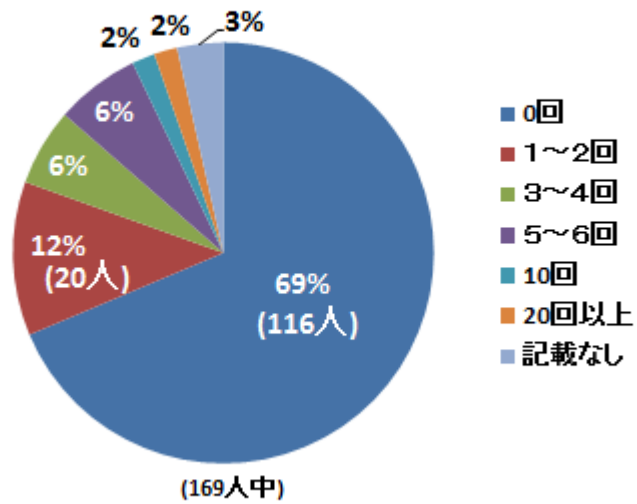
(図2-b)

図2-b. 知識に関する質問:新生児科医



(図3)

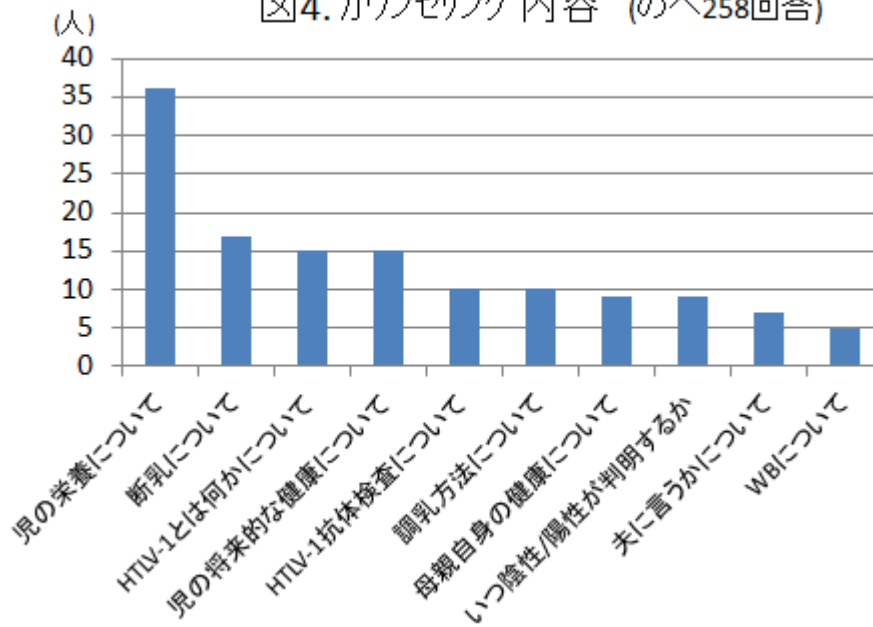
図3: カウンセリング実態調査  
一人あたりのカウンセリング件数



・一度も相談を受けたことがない人が69%, 1~2回しかないと合わせると81%

(図4)

図4. カウンセリング内容 (のべ258回答)



(図5)

図5. カウンセリングはいつ必要だと思いますか？

