**ＨＴＬＶ－１母子感染予防対策に関する調査（個人向け）聞き取り用紙**

鹿児島県

　本アンケートは個々の実態を把握し，今後の施策の参考にしたいと考えています。HTLV-1抗体検査で陽性の判定があり，告知済みのキャリア妊産婦様が，出産後，１か月健診に来院された際に，御本人から医療関係者による聞き取りにより，鹿児島県ホームページに掲載している回答フォームから御回答をお願いいたします。

なお，本アンケートは無記名で，個人を特定する項目は調査いたしません。結果は全て統計的に処理し，HTLV-1の母子感染対策を有効なものとするために使用します。

○各設問について，キャリア妊産婦様からの聞き取りをお願いいたします。

|  |
| --- |
| Ｑ１　今回出産したお子さんは，第何子になりますか。 |

第　　　　　　子

|  |
| --- |
| Ｑ２　検査結果をご記入ください。 |

①スクリーニング検査（ＰＡ・ＥＩＡ・ＣＬＩＡ・ｲﾑﾉｸﾛﾏﾄ法等）：陽性・判定保留・陰性

②確認検査（ＬＩＡ法）：陽性・判定保留・陰性・未実施

（未実施理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

ＰＣＲ法【ＬＩＡ法で判定保留の場合】：陽性・判定保留・陰性・未実施

（未実施理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |
| --- |
| Ｑ３　検査結果の告知・説明はいつ頃行いましたか。 |

妊娠（　　　）か月頃

ア.検査結果が返却され次第速やかに（次回受診時など）

イ.検査結果の判明後，一定期間をおいて（安定期に入って以降など）

ウ.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）

|  |
| --- |
| Ｑ４　授乳方法の選択の際，最初に選択した栄養法をお選びください。 |

ア.断乳（人工栄養）

イ.生後90日未満の短期母乳

ウ.冷凍母乳

エ.長期母乳

|  |
| --- |
| Ｑ５　今現在，選択している栄養法をお選びください。 |

ア.断乳（人工栄養）

イ.生後90日未満の短期母乳

ウ.冷凍母乳

エ.長期母乳

|  |
| --- |
| 裏面にも設問がございますので，引き続き御協力をお願いいたします。 |
| Ｑ６　説明にあたり，キャリア妊産婦が心配していたことはどのようなことですか。 |

 (複数回答可)

ア.児の免疫力の低下

イ.母児間の信頼関係の構築ができるか

ウ.児へのＨＴＬＶ－１感染

エ.夫へのＨＴＬＶ－１感染

オ.周囲から母乳を飲ませないことについて、周囲への説明

カ.母乳を止める薬に対する抵抗

キ.ＳＩＤＳへの影響

ク.経済的な問題

ケ.自分の発症・健康管理

コ.家族への報告

サ.感染の原因

シ.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |
| --- |
| Ｑ７　説明後，キャリア妊産婦は自身の健康について納得されましたか。 |

ア.納得された

イ.納得したが不安である

ウ.納得しなかった

エ.わからない

|  |
| --- |
| Ｑ８　説明者が，キャリア妊産婦からの質問や対応で困った点をお選びください。 |

 (複数回答可)

ア.母子感染の感染予防（栄養法等の説明）

イ.他の感染予防（夫婦間感染や日常生活での感染）

ウ.検査について（確認検査の必要性・解釈）

エ.子どもの抗体検査の必要性

オ.自身の発症・健康管理

カ.経済的な問題（粉ミルク購入費・助産師外来受診費用等）

キ.社会的な問題（ＨＴＬＶ－１の社会的周知が不十分など）

ク.心理的な問題（心理的なサポートの相談先）

ケ.保健所への情報提供の説明

コ.その他（具体的に記載してください： ）

|  |
| --- |
| Ｑ９　保健所への情報提供について，本人から同意を得られましたか。 |

ア.はい

イ.いいえ

|  |
| --- |
| Ｑ１０　Ｑ９で「イいいえ」を選択した方は,どのような理由ですか。 |

ア.他に相談できるところがある

イ.必要な時に相談しようと思っている

ウ.保健所に相談するのは抵抗がある

エ.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）