

<報告 1 > 新生児聴覚検査にかかる県の取り組み

【令和4年度の県の取り組み】

- (1) 新生児聴覚検査案内のリーフレットを市町村に配付
- (2) 産科医療機関へのリーフレットの配布・リファーマー児の市町村との情報共有を依頼
- (3) 新生児聴覚スクリーニング検査の手引きのHP掲載内容の更新
- (4) 市町村の公費負担導入の推進
- (5) 検査機器購入費の補助

【令和4年度の県の取り組み】

(1) 新生児聴覚検査案内のリーフレットを市町村に配付

目的 検査の必要性等について、保護者向けの普及啓発を行う。

○リーフレット「赤ちゃんのお耳の聞こえを確かめましょう！！」

保護者に、検査の必要性を説明し、受診勧奨を実施

- ・配布方法：母子手帳交付時等に配付
- ・市町村への配布実績及び予定

年度	総枚数	配付市町村数
令和2年度	40,970	33
令和3年度	40,995	29
令和4年度	39,845	29
令和5年度	市町村の希望数を配布予定	



※配布希望の無い市町村は、独自のリーフレットを作っている、前年度の残部がある等による

【令和4年度の県の取り組み】

(2) 産科医療機関へリーフレットの配布・リファア児の市町村との情報共有を依頼

目的 産科医療機関からの保護者への受診勧奨の推進、リファア児の支援の強化

- 実施時期：令和4年8月（（3）の調査と併せて実施）
 - 内容：
 - ① 分娩取扱施設（医療機関、助産院）にリーフレットを送付
 - ② リファア児を支援するために、改めて産科医療機関から市町村に情報提供を行うことを県から依頼
- 市町村連絡票（検査の手引き「参考様式5」）（右図）

参考様式5 (分娩取扱施設→市町村)

市町村連絡票

_____年 月 日

_____市町村 母子保健主管課長中

(検査実施機関名)

機関名 _____

担当医(者)名 _____

電話番号 _____

下記のお子様の新生児聴覚スクリーニング検査（聴覚精密検査）を行いました。
相談対応等の支援のため連絡します。
なお、連絡にあたっては、保護者の同意を得ています。

ふりがな	氏名	男・女	生年月日	年	月	日
住所						電話番号()
出生時所見	在胎週数	週	出生時体重	g		
スクリーニング結果	使用機器	右耳	左耳	検査日		
	自動AER	パス・リファア	パス・リファア	年 月 日		
	OAE	パス・リファア	パス・リファア	年 月 日		
期待する支援 特記事項等						

診療情報提供書により情報の提供を行う場合は、この様式を参考にして、必要な項目を診療情報提供書の様式に追加する。あるいは診療情報提供書の継続として添付してください。

【令和4年度の県の取り組み】

(3) 新生児聴覚スクリーニング検査の手引きのHP掲載内容の更新

目的 令和元年度から未改定のため、情報の更新を行う。

- 更新方法：医療機関等及び早期支援実施機関に調査票を送付し回答を依頼
- 実施時期：令和4年8月
- 更新内容：①分娩取扱施設（医療機関、助産院）一覧
 - 検査実施状況・他院出生児の受入状況の更新
 - ※併せて、検査費用、使用検査機器等について、参考情報として調査
 - ②早期支援実施機関（医療機関・療育機関・教育機関）一覧
 - 掲載内容の変更有無の確認

【令和4年度の県の取り組み】

(4) 市町村の公費負担導入の推進

目的 公費負担により経済的な負担を軽減するため、未実施市町村に実施を働きかける。

- 「新生児聴覚検査の公費負担の状況調査」結果の共有
 - 調査にて、実施自治体の効果、未実施自治体の理由を把握
 - 結果を部会委員の意見を付して、公費負担の必要性、重要性について認識を共有
 - 毎年同調査を実施していく

【令和4年度の県の取り組み】

(5) 検査機器購入費の補助

目的 ABR、自動ABRを所有しない産科医療機関の機器購入費を補助し、検査体制を整備する。

(1) 補助対象施設

診療所及び助産所

(2) 基準額及び対象経費

① 基準額 1 医療機関当たり240万円

② 補助率 10/10 (補助額を超えた経費は各医療機関等において負担するものとする。)

③ 対象経費 新規のABR・自動ABRの機器購入費

(3) 実績及び予定

年度	補助件数	申請件数
令和2年度	6	11
令和3年度	5	9
令和4年度	5 (予定)	申請受付前

※ 補助施設の選考は、前年度出生児数等の3段階の基準に基づき行い、順位の高い施設から優先的に補助した。