

【令和5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・リファアール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掲載内容の更新と配布
- (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5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	39,475	31
令和6年度	市町村の希望数を配布予定	



【令和5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・リファーマー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、リファーマー児の支援の強化

- 実施時期：令和5年7月
- 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

実績

年度	配布数	施設数
令和4年度	10,935	54
令和5年度	分娩取扱施設の希望数を配布予定	

- ② リファーマー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引き続き県から依頼
→ 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 母子保健主管課課中

(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ABR	パス・リファーマー	パス・リファーマー	年 月 日		
	OAE	パス・リファーマー	パス・リファーマー	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総括として添付してください。

【令和5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掲載内容の更新と配布

目的 令和元年度から未改定のため、情報の更新を行う。

- 配布時期：令和5年度中
 - 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
 - 更新内容：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
- ⇒ 先行して県HPには、最新の情報に更新して掲載済み

【令和5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」を毎年同調査を実施していくと前回部会で報告していたが、一定の成果を果たしたため、令和4年度調査は省略した。
- 適宜、公費負担に関する情報収集を行い、全市町村の実施に向けて取り組む。

【令和5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	10
令和5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。