

医療機関への新生児聴覚検査の実施状況調査について

○ 調査対象医療機関

下記、医療機関を対象に、新生児聴覚検査の実施状況について郵送にて調査票を発送予定

①分娩取扱医療機関向け調査

- ・都内の分娩取扱医療機関 及び 助産所 203施設

※区市の調査施設+町村部の分娩取扱医療機関（東京都福祉保健局医療政策部発行「平成30年度医療機関名簿」、「ひまわり」に掲載のあるものを対象）

②耳鼻咽喉科医療機関向け調査

- （1）都内の精密聴力検査医療機関 13施設

- （2）上記（1）以外の耳鼻咽喉科医療機関 154施設

※東京都福祉保健局医療政策部発行「平成30年度医療機関名簿」に掲載のある都内の病院および有床診療所（10床以上）で耳鼻科、耳鼻咽喉科を標榜しているもの全てを対象

○ 新生児聴覚検査実施医療機関リスト HP公表イメージ（案）

新生児聴覚スクリーニング検査実施医療機関・助産所一覧（東京都内）（30年0月現在）

区市町村	医療機関名	所在地	電話番号	検査実施状況	他院で生まれた児への検査	
					実施状況	実施条件
千代田	〇〇病院	〇〇町〇-△	03-0000-0000	○	○	生後〇ヶ月以内の児
	〇〇病院	〇〇町〇-△	03-0000-0000	○	-	
	〇〇病院	〇〇町〇-△	03-0000-0000	○	-	
中央	〇〇病院	〇〇町〇-△	03-0000-0000	31年〇月～実施予定	○	
	〇〇病院	〇〇町〇-△	4-0000-0000	○	○	
	〇〇病院	〇〇町〇-△	5-0000-0000	○	-	

30 福保子家第号

平成30年9月 日

各医療機関 御担当者 殿

東京都福祉保健局少子社会対策部事業推進担当課長

新生児聴覚検査の実施状況調査について

平素より東京都の母子保健事業に御理解、御協力いただきありがとうございます。

東京都では、聴覚障害による音声言語発達等への影響が最小限に抑えるためには早期発見・早期療育が重要であることから、区市町村、東京都医師会及び東京産婦人科医会など関係機関とともに、都内の全ての新生児が検査を受けられる体制整備に向けた検討を行っております。

また、都内区市町村においては平成31年度を目途に新生児聴覚検査の公費負担制度を導入できるよう、東京都医師会との協議が進められています。

つきましては、今後の体制整備の参考とするため、都内医療機関における状況を把握したく、下記のとおり調査を実施させていただきますので、御協力をお願いします。

記

- 1 目的
 - ・調査結果（各医療機関の回答内容）については、体制整備の一環として、東京都、区市町村及び医療機関等で共有させていただく予定です。
 - ・また、調査結果うち一部の項目（調査票に記載）については、新生児聴覚検査を受けられる医療機関を都民の方が確認できるよう、東京都及び区市町村のホームページに掲載させていただく予定です。
- 2 調査内容 別紙調査票のとおり
- 3 回答方法 調査票に記入の上、下記回答先へFAXにて送信ください。
- 4 回答期限 平成30年10月 日（ ）
- 5 回答先 東京都福祉保健局少子社会対策部家庭支援課母子保健担当
FAX 03-5388-1406

東京都福祉保健局少子社会対策部家庭支援課母子保健担当

電話 03-5320-4372（直通）

FAX 03-5388-1406

担当 吉田、東、山中

東京都福祉保健局 少子社会対策部 家庭支援課
 母子保健担当 行 (担当: 吉田、東、山中)
 TEL 03-5320-4372
 FAX 03-5388-1406
 【提出〆切】平成30年〇月〇日(〇曜日)

調査票

新生児聴覚検査の実施状況調査(精密聴力医療機関向け)

医療機関名	
住所	〒
電話番号	() -
FAX番号	() -
記入者氏名	

※医療機関名、住所、電話番号、及び下記2.(1)、(3)の回答内容については都や区市町村のホームページで公表させていただく方向で考えていますので御了承くださいますようお願いいたします。不都合がある場合はその旨お知らせ下さい。

該当番号に〇又は()内にご記入をお願いします。(平成30年〇月〇日現在)

- 新生児聴覚検査の検査機器の保有状況についてお聞きします。
 - 検査機器の有無
 - ① 保有している
 - ② 保有していない ⇒ 自動ABRの購入予定の有無(あり()年 月頃)・なし)
 - 1(1)で①保有していると回答した施設にお聞きします。保有している検査機器の種類を教えてください。
 - ① 自動ABRのみ
 - ② OAEのみ ⇒ 自動ABRの導入予定の有無(あり()年 月頃)・なし)
 - ③ 両方

- 新生児聴覚検査の実施状況についてお聞きします。
 - ※新生児聴覚検査の実施の有無
 - ① 実施している ⇒ 使用している検査機器の種類(自動ABR・OAE)
 - ② 実施していない ⇒ 実施予定の有無(あり()年 月頃から)・なし)

以下、2(1)で①実施していると回答した施設にお聞きします。

- 年間検査実施件数(平成29年度)
()件
- ※他院で生まれた児の検査受入れの可否
 - ① あり ⇒ 受入れ条件についてお答えください。
 ・受入れ可能年齢 ()ヶ月児まで受入可
 ・その他受入れ条件があれば、ご記入ください。
()
 - ② 不可 ⇒ 今後の受入れ予定(あり()年 月頃から)・なし)
- 検査の対象者 ※複数選択可
 - ① 希望者
 - ② 他院からの紹介受診
 - ③ その他()

(5) 初回検査と確認検査の実施時期

区分	初回検査	確認検査 (要再検の場合)
検査実施時期	分娩後 日 目	分娩後 日 目

- リファーマー児の診察について
 - ① 実際の診察件数 一月あたり()件程度
 - ② 診察受入れ可能件数 一月あたり()件程度
 - ③ 保護者から連絡が入ってから診察までの期間 ()日間程度
- 新生児聴覚スクリーニング検査を担当している部署
産科・耳鼻咽喉科・検査科・その他()

質問項目は以上です。
 〇月〇日(〇曜日)までにFAXでご返送いただけましたら幸いです。ご協力ありがとうございました。