

## 札幌市赤ちゃんの耳のきこえ支援(新生児聴覚検査公費助成)事業実施要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、子どもの健全な発育発達を促し、聴覚障害を早期に発見するための新生児に対する聴覚検査（以下「検査」という。）の公費助成に係る必要事項を定めるものとする。

### (対象者)

第2条 検査受検日において、住民基本台帳法（昭和41年法律第81号）に基づき、札幌市の住民基本台帳に記載されている者が出産した新生児及び乳児（以下「乳児」という。）であり、乳児も同様に住民登録を行うものとする。

### (実施主体)

第3条 本事業の実施主体は、札幌市（以下「市」という。）とする。

### (実施機関)

第4条 検査は、北海道が定める「新生児聴覚検査の実施とその費用の負担に関する協定」に基づく委託医療機関（以下「委託医療機関」という。）において実施するものとする。

### (実施方法)

第5条 市は、検査を実施するため、妊婦に対して、新生児聴覚検査受診票（様式第1号）（以下「受診票」という。）を交付する。

2 検査を受検しようとするときは、保護者は受診票に必要事項を記入し、委託医療機関に受診票を提出して受けるものとする。

3 検査は、原則として出生した委託医療機関において、出生してから退院するまでの間に検査を受けるものとする。ただし、出生した医療機関において新生児聴覚検査を実施していないなどの事情により、入院中に検査を実施できないときは、退院後できるだけ早い時期に、他院出生時の検査が実施可能な委託医療機関において検査を受けるものとし、当該検査も助成対象とする。

4 委託医療機関は、初回検査において「要再検査（リファー）」の場合は、原則として確認検査を実施するが、助成対象とはしない。

5 委託医療機関は、受診票に検査結果（初回検査において「要再検査（リファー）」となり、確認検査を実施した場合は、確認検査の結果）を記載するとともに、母子健康手帳にも記入する。

6 検査結果により精密検査を要する場合、委託医療機関は、保護者に精密聴力検査機関を紹介し、受診を勧奨するとともに、保護者の同意を得たうえで速やかに市に検査結果を連絡するものとする。

その際、保護者の不安が大きい場合等支援が必要と判断される場合には、保健

と医療が連携した育児支援ネットワーク事業等を活用し、対象者の居住する各区健康・子ども課へ支援を依頼するものとする。

#### (検査方法)

第6条 本事業において公費助成の対象となる検査は、検査対象者が出生後初めて受検する検査であって、次の各号のいずれかの方法による検査とする。

(1) 自動聴性脳幹反応検査（以下「自動ABR」という。）

(2) 耳音響放射検査（以下「OAE」という。）

2 前項各号に規定する検査の実施時期は、原則として出生後1週間以内に出生した委託医療機関で実施することとし、これにより難しい場合は、原則として退院後、生後3か月以内に他の医療機関で実施する。

3 前項の規定にかかわらず、保険診療により検査を実施した場合は当該検査を対象外とする。

#### (事後指導)

第7条 市は、新生児聴覚検査の結果、要精密検査と診断された児について、実施した医療機関と連絡を密にし、早急に保護者と連絡をとり、精密検査の受診を勧奨したうえで、精密検査の受診予定について確認し、受診予定日以降に精密検査の結果についても確認するなど、要支援児とその保護者に対する適切な指導援助を行うこと。

#### (受診券等の交付)

第8条 市は、母子保健法（昭和40年法律第141号）第15条の規定による妊娠の届出を受理したときは、本事業の内容を説明し、受診票を母子健康手帳と併せて交付する。

2 市は、未使用のまま受診票の紛失、盗難等により妊婦等から受診票の再交付の申し出があった場合は、妊婦一般健康診査等受診票再交付申請書（札幌市妊婦一般健康診査実施要綱様式4）を提出させ受診票を再交付することができる。

3 市は、他市町村より転入した妊婦から受診票の交付申請があったときは、2項の規定により受診票を交付する。

#### (検査の費用助成)

第9条 市は、対象者に対して委託医療機関が実施した初回検査について、委託医療機関の定める検査金額を上限に、市が定める検査の助成額を医療機関に支払う。

また、医療機関が定める検査金額は、市が定める検査の助成額を上回る場合については、生じた差額を保護者が直接委託医療機関に支払う。

なお、市が定める検査の助成額は別表に定めるとおりとする。

2 日本国外の医療機関及び助産所での受診分は助成対象としない。

### (費用の請求)

第10条 委託医療機関は検査を実施した場合、検査金額から市が定める助成額を控除した金額を保護者から徴収するとともに、第9条で定める市による検査費の助成額について、実施月の翌月15日までに前月分を報告し、新生児聴覚検査費用請求書(様式第2号)を作成し、受診票を添えて、市に報告するものとする。

ただし、3月実施分については、速やかに報告するものとする。

2 委託医療機関は、市が定める助成額よりも委託医療機関が定める検査費用の方が低い場合、委託医療機関が定める検査費用を市に請求する。

### (委託料の支払い)

第11条 市は、前条の規定に基づき費用の請求を受けたときは、その請求内容を審査し、適正な請求書を受けた月の翌月の末日までに支払うものとする。

ただし、3月実施分については5月末日までに支払うものとする。

### (償還払いによる費用助成)

第12条 市は、委託医療機関以外の医療機関で検査を受診したもの及び委託医療機関でやむを得ない事情により、全額自己負担により検査を受診したものについては償還払いにより対応する。

2 助成を受けようとするものは、償還払いによる札幌市妊婦一般健康診査等助成費支給(償還)要領に定める「札幌市妊婦一般健康診査等助成費支給(償還)申請書」に必要事項を記入し、次に掲げる書類を添えて、原則1年以内(新生児聴覚検査を受けた日を起算日とする)に申請するものとする。

(1) 検査結果が記載された母子健康手帳等の写し

(2) 受診票

(3) 医療機関が発行した検査費用が確認可能な領収書及び領収書では確認が困難な場合診療明細書

(4) 対象者の保護者名義の預金通帳、印鑑

(5) その他市が助成の決定を行う際に必要と認めるもの

3 助成の限度額は別表のとおりとする。

4 市は、前項の書類の内容を審査し、助成の承認又は不承認の決定を行い、償還払いによる妊婦一般健康診査費等助成要領に定める妊婦一般健康診査費等交付決定通知書又は妊婦一般健康診査費等交付不承認通知書により速やかに申請者に通知するものとする。

### (助成決定の取り消し及び助成金の返還)

第13条 市は、偽りその他の不正行為等により検査にかかる費用の助成を受けた者がいるときは、その者から助成金の全部又は一部を返還させることができる。

(周知)

第14条 市は、保護者、関係者等に対して、本事業の目的や検査方法等についてあらゆる機会を通じて周知に努める。

(個人情報保護)

第15条 市は、本事業を実施するにあたり、新生児聴覚検査、精密検査の結果及び早期支援の内容等の漏洩を防止するとともに、札幌市個人情報保護条例等に基づき、必要な個人情報保護対策を講じるものとする。

(委任規定)

第16条 この要綱に定めることのほか、事業の実施について必要な事項は、母子保健担当部長が別に定める。

附則

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

附則

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

附則

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

別表

検査機器種別	公費助成額
AABR（自動 AABR）	3,000 円
OAE	3,000 円

### 新生児聴覚検査受診票

この欄は保護者が記入してください。

交付年度		母子健康手帳交付番号※札幌市で交付を受けた方のみ	
和暦年度版（西暦年度版）			
フリガナ			
新生児氏名（※） ※決まっている場合のみ			
性別	男・女	生年月日	年 月 日
フリガナ			
母の氏名			
住所		区	
電話番号			

この欄は検査をした医師が記入してください。

検査実施日	初回検査 年 月 日		確認検査 年 月 日	
検査方法	自動 ABR OAE		自動 ABR OAE	
検査結果	右耳	異常なし（パス） 要再検査（リファー）	右耳	異常なし（パス） 要再検査（リファー）
	左耳	異常なし（パス） 要再検査（リファー）	左耳	異常なし（パス） 要再検査（リファー）
特記事項				
実施医療機関名				
担当医師氏名				

※確認検査は初回検査の結果が要塞検査（リファー）となった場合に概ね 1 週間以内に実施する再検査です。確認検査の結果については実施した場合のみ記入してください。

※裏面もご覧ください

様式第1号 新生児聴覚検査受診票（うら）

〈保護者の皆様へ〉

- この受診票は、主治医と相談の上、出産後、最初の新生児聴覚検査（生後1ヶ月頃まで）にご利用ください。
- この受診票は、検査を受ける際に母が札幌市に在住の方であり、新生児も札幌市に住民登録する場合に、道内の委託医療機関で利用できます。
- この受診票は、原則債発行はできません。ただし、やむを得ない事情がある場合には、お申し出ください。
- この受診票は、委託医療機関で新生児聴覚検査を実施した場合に、以下の金額を上限に助成するものです。委託医療機関の検査費用の設定により、自己負担額が発生する場合がありますので、ご了承ください。

助成対象となる検査	初回検査（確認検査は助成対象外）
助成金額	1回の検査につき上限3,000円（税込）まで

- この受診票は委託医療機関から札幌市へ提出されます。今後、子育ての相談や適切な支援を行うために、各区保健センターからご連絡させていただくことがありますので、ご理解とご了承をお願いいたします。

〈委託医療機関の皆様へ〉

- 公費助成を行うためには、聴覚検査に係る検査金額が明確に区分されている必要があります。分娩全体について包括的な費用設定をされている場合であっても、聴覚検査分の検査金額を明確に定めていただくようお願いいたします。また、健康保険適用でない費用のみが助成対象です。
- 要精密検査の場合は、速やかに電話にて連絡いただくか、受診票表面の写しを各区保健センターに郵送いただくようお願いいたします。

〈問い合わせ先・連絡先（お住いの区の保健センター）〉

中央保健センター	中) 大通西2丁目	205-3352	豊平保健センター	豊) 平岸6条10丁目	822-2400
北保健センター	北) 北25条西6丁目	757-1181	清田保健センター	清) 平岡1条1丁目2-1	889-2400
東保健センター	東) 北10条東7丁目	711-3211	南保健センター	南) 真駒内幸町1丁目	581-5211
白石保健センター	白) 南郷通1丁目南8-1	862-1881	西保健センター	西) 琴似2条7丁目	621-4241
厚別保健センター	厚) 厚別中央1条5丁目3-2	895-1881	手稲保健センター	手) 前田1条11丁目	681-1211
〈問い合わせ・費用の請求〉子ども未来局子育て支援課			中) 南1条東1丁目5番 (大通バスセンタービル1号館3F)		211-2785