

3 岡山県新生児聴覚検査の手引きの改訂について (先天性サイトメガロウイルス感染症関係)

岡山県

主な改訂内容

① 対象検査機器の追加

(easyScreen® (会社名：ダイアテックカンパニー))

② スクリーニング機関へ助産所を追加

③ 先天性サイトメガロウイルス感染症関連内容の追加

※令和6年12月27日付、こども家庭庁成育局母子保健課長通知
「新生児聴覚検査の実施について」の一部改正について

※令和8年4月頃に国の手引き書が改定される予定



国の手引き書改訂を待って、県の手引き書を改訂

こども家庭庁

「新生児聴覚検査の実施について」の一部改正

(令和6年12月27日付)

【主な改正内容】

- ・市町村は新生児聴覚検査の受診結果を確認し、確認検査でリファー（要再検）となった児やフォローが必要な児とその保護者に対する適切な指導やフォローを行うこととされているが、特に確認検査でリファー（要再検）であった場合、先天性サイトメガロウイルス感染症の検査の実施状況を確認し、必要に応じた指導やフォローを行う旨が追記された。
- ・別添1「医療機関における新生児聴覚検査に関する留意事項」において、精密検査は、先天性サイトメガロウイルス感染症の尿核酸検査が陽性の場合には2か月以内、陰性の場合には遅くとも生後3か月以内を目途に実施することが望ましい旨が追記された。

確認検査でリファーとなった児への、先天性サイトメガロウイルス感染症に関する対応

(令和6年度第1回協議会での決定事項)

- ① 生後3週間以内に新生児聴覚スクリーニング機関において、必要に応じ、尿中サイトメガロウイルス核酸検査を実施
- ② 陽性の場合は、小児科へ紹介
- ③ 新生児聴覚スクリーニング機関で尿検査が実施できない場合も、必要に応じて小児科へ紹介

※②、③について新生児聴覚検査精密検査機関にある小児科で紹介可能な医療機関を県から参考にお知らせする。

先天性サイトメガロウイルス感染症について、紹介可能な 新生児聴覚検査の精密検査医療機関（小児科）

	医療機関名	所在地	検査	治療
1	岡山大学病院	岡山市北区鹿田町	○	○
2	国立病院機構岡山医療センター	岡山市北区田益	○	○
3	岡山赤十字病院	岡山市北区青江	○	○
4	川崎医科大学付属病院	倉敷市松島	○	○
5	倉敷中央病院	倉敷市美和	○	○
6	倉敷成人病センター	倉敷市白楽町	○	○
7	津山中央病院	津山市川崎	○	○

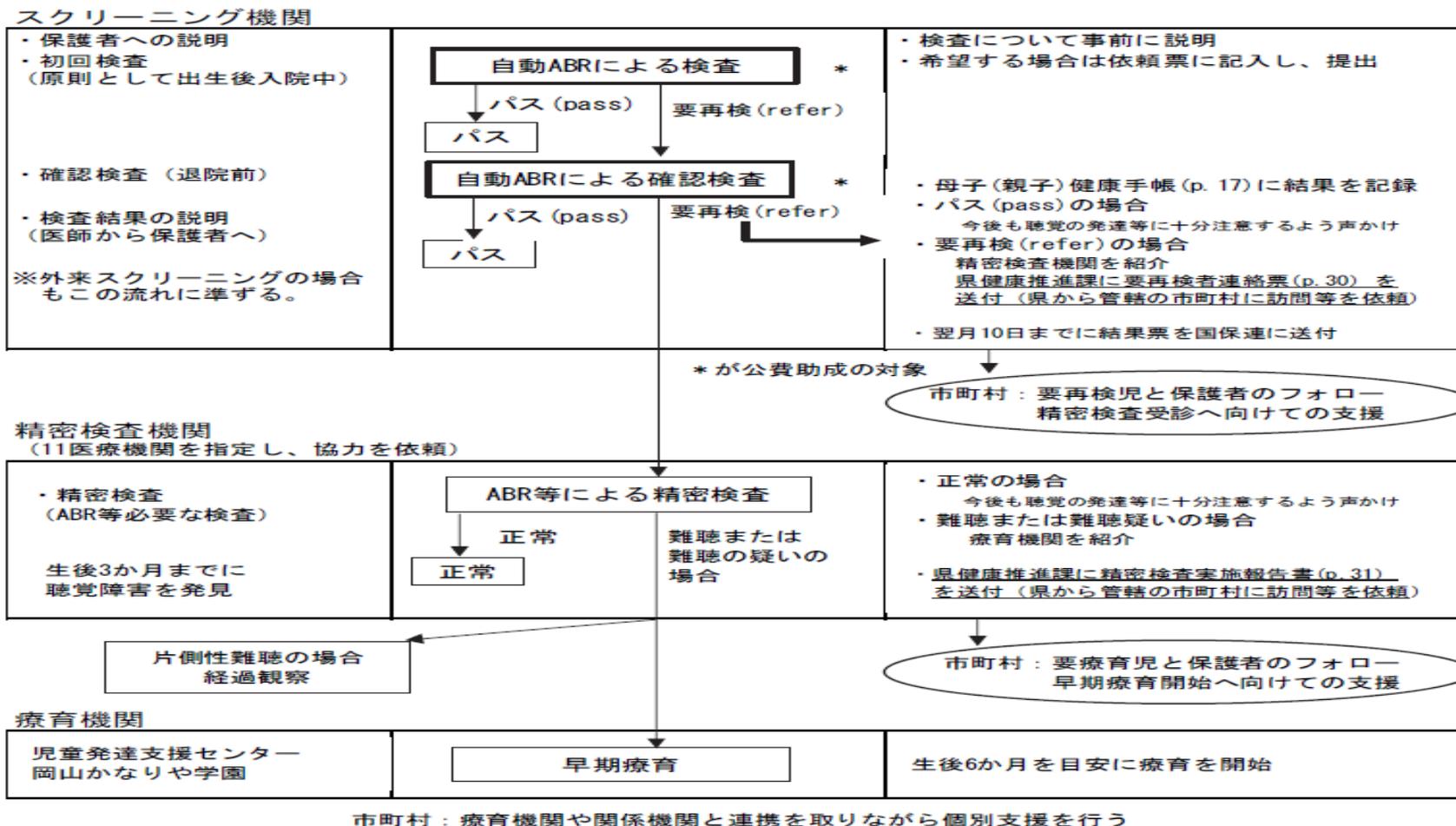
岡山県新生児聴覚検査事業の手引きの改訂(先天性サイトメガロウイルス感染症関連)

旧

3 ページ

岡山県新生児聴覚検査事業の流れ (自動 ABR の場合)

詳細は P.4~



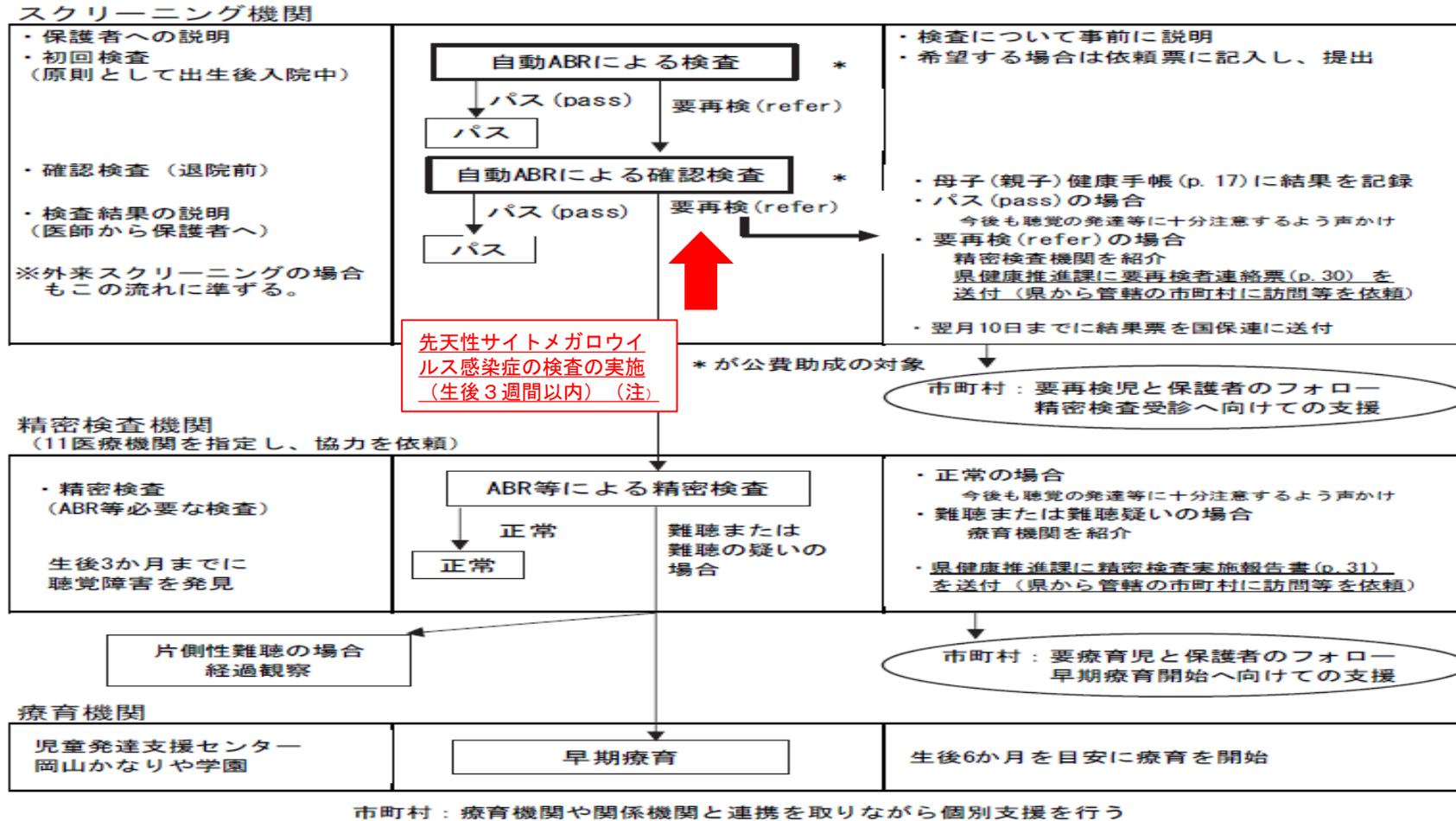
岡山県新生児聴覚検査事業の手引きの改訂(先天性サイトメガロウイルス感染症関連)

新

3 ページ

岡山県新生児聴覚検査事業の流れ (自動 ABR の場合)

詳細は P.4~



注1) 確認検査で要再検 (refer) であった場合、生後3週間以内に尿を採取し、先天性サイトメガロウイルス感染症の尿核酸検査を実施することが強く推奨されている。令和5年10月3日付け、こども家庭庁成育局母子保健課長通知「新生児聴覚検査の実施について」の一部改正について

注2) 先天性サイトメガロウイルス感染症検査の結果が、陽性の場合には生後2か月以内、陰性の場合には生後3か月以内をめどに聴覚の精密検査を実施することが望ましい。令和6年12月27日付、こども家庭庁成育局母子保健課長通知「新生児聴覚検査の実施について」の一部改正について

先天性サイトメガロウイルス感染症検査の実施の有無の確認

【市町村における現状】

聴覚スクリーニングのフォローアップ時に、地区担当保健師が保護者から先天性サイトメガロウイルス検査の実施の有無を聞き取り

【課題】

保護者が検査の実施の有無を失念している場合等、市町村において先天性サイトメガロウイルス感染症検査の実施の有無を確実に把握することができない

 次の対応 1～3 の実施により、検査の実施の有無を把握

【対応1】 要再検者連絡票の改訂

(旧)

1 精密検査対象児の保護者	住 所 _____
	氏 名 _____
	電話番号 _____
2 精密検査対象児	(ふりがな) _____
	氏 名 _____ (性別: 男 女)
	生年月日 _____ 年 月 日
3 確認検査結果	検査月日 _____ 年 月 日
	右 耳 _____ パ ス _____ 要再検 _____
	左 耳 _____ パ ス _____ 要再検 _____
4 使用検査機器	ネイタスアルゴ MB-11 ベラフォン <u>イージースクリーン</u>
5 精密検査機関名 (紹介先)	_____

<報告先> 〒700-8570 岡山市北区内山下2-4-6 岡山県健康推進課 母子・歯科保健班

(新)

3 確認検査結果	検査月日 _____ 年 月 日
	右 耳 _____ パ ス _____ 要再検 _____
	左 耳 _____ パ ス _____ 要再検 _____
4 使用検査機器	ネイタスアルゴ MB-11 ベラフォン <u>イージースクリーン</u>
5 精密検査機関名 (紹介先)	_____
6 先天性サイトメガロウイルス感染症検査 (貴医療機関での検査実施の有無をご回答ください)	_____ 実施済 _____ 未実施 _____
検査未実施の場合の 紹介先医療機関名	_____ 5と同じ _____ その他 _____



【対応2】精密検査実施報告書の改訂

(新)

(旧)

1 紹介元スクリーニング機関 _____

2 新生児の氏名等
(ふりがな)
新生児の氏名 _____ (性別 男 女 , 生年月日: 年 月 日)
母親の氏名 _____ (生年月日: 年 月 日)
住 所 _____

3 精密検査結果
(1) 耳鼻咽喉学的診察所見 (年 月 日) _____
(2) ABR 閾値 (ABR閾値判定用波形はコピーして添付)
検査日 年 月 日
右 耳: _____ dBnHL (_____ dBnHL反応なし)
左 耳: _____ dBnHL (_____ dBnHL反応なし)
(3) その他の検査 _____

4 臨床診断 (精密検査結果を総合し、確定・未確定のいずれかを選択の上、結果を記入)
・確定診断 右耳: 正常 軽度難聴 中等度難聴 高度難聴 重度難聴
左耳: 正常 軽度難聴 中等度難聴 高度難聴 重度難聴
・未確定(疑い) 右耳: 軽度難聴疑い 中等度難聴疑い 高度難聴疑い 重度難聴疑い
左耳: 軽度難聴疑い 中等度難聴疑い 高度難聴疑い 重度難聴疑い

5 今後の方針
(1) 当院で経過観察・他疾患治療 (今後の聴力検査予定 _____)
(2) 他院紹介 岡山かなりや学園 それ以外 _____
(3) 経過観察 終了
(4) その他 _____

4 臨床診断 (精密検査結果を総合し、確定・未確定のいずれかを選択の上、結果を記入)

- ・確定診断 右耳: 正常 軽度難聴 中等度難聴 高度難聴 重度難聴
左耳: 正常 軽度難聴 中等度難聴 高度難聴 重度難聴
- ・未確定(疑い) 右耳: 軽度難聴疑い 中等度難聴疑い 高度難聴疑い 重度難聴疑い
左耳: 軽度難聴疑い 中等度難聴疑い 高度難聴疑い 重度難聴疑い

5 先天性サイトメガロウイルス感染症検査 (貴医療機関での検査実施の有無をご回答ください)

実施済 未実施

6 今後の方針

- (1) 当院で経過観察・他疾患治療 (今後の聴力検査予定 _____)
- (2) 他院紹介 岡山かなりや学園 それ以外 _____
- (3) 経過観察 終了
- (4) その他 _____

【対応3】 聴覚スクリーニング機関への契約時調査における調査票の改訂

(旧)

1. 医療機関に関すること	
医療機関名	
契約担当課	
契約担当者名	
電話番号	
2. 検査機器に関すること	
使用機種	<input type="checkbox"/> ネイタスアルゴ® 7
	<input type="checkbox"/> ネイタスアルゴ® 7 i
	<input type="checkbox"/> 上記以外のネイタスアルゴ ()
	<input type="checkbox"/> MB-11ベラフォン®
	<input type="checkbox"/> イージースクリーン®
使用開始年月	年 月

(新)

3. 先天性サイトメガロウイルス検査に関すること	
<p>確認検査でリファー（要再検）となった児に対する、先天性サイトメガロウイルス検査の実施体制がありますか。</p> <p>あてはまるものにチェック（✓）を記入してください。</p>	<p><input type="checkbox"/> 実施体制がある</p> <p><input type="checkbox"/> 実施体制がない →検査が実施できる医療機関に紹介を行っていますか。※</p> <p><input type="checkbox"/> 紹介を行っている</p> <p><input type="checkbox"/> 紹介を行っていない</p> <p>※紹介実績がない場合は、貴医療機関における方針をご回答ください。</p>