

別紙様式

番 年
月
号 日

こども家庭庁成育局母子保健課長 殿

自治体名
職 名
氏 名

新生児マススクリーニング検査に関する実証事業の
応募について

標記について、次の関係書類を添えて応募します。

- (1) 新生児マススクリーニング検査に関する実証事業国庫補助協議書（別紙1）
- (2) 新生児マススクリーニング検査に関する実証事業実施計画書（別紙2）
- (3) 事業実施スケジュール表（別紙3）

<事業担当者の連絡先>

〒 _____
住所 _____
所属 _____
氏名 _____
TEL _____
FAX _____
E-mail _____

別紙1

新生児マススクリーニング検査に関する実証事業国庫補助協議書

自治体名:

1 協議額及び国庫補助所要額

協議額 (A)	国庫補助所要額 (A) × 1/2 ※千円未満切捨
円	円

2 対象経費の費目ごとの積算内訳

区分	支出予定額	積算内訳
報酬 給料 職員手当等 報償費 共済費 旅費 需用費 消耗品費 印刷製本費 光熱水費 役務費 通信運搬費 手数料 委託料 備品購入費 使用料及び賃借料 扶助費 負担金、補助金及び交付金	円	支出目的、単価、人数等が分かるように記載すること。
合計	円	

新生児マススクリーニング検査に関する実証事業実施計画書

基本情報	
自治体名	
貴自治体の人口	人(令和5年4月1日時点)
貴自治体の出生数	人(令和4年度)
検査対象となる新生児数(見込み)	人(事業実施日から令和6年3月末までの数)
事業実施期間	令和 年 月 日 ~ 年 月 日
国庫補助所要額 ※別紙1と一致させること	千円(千円未満切捨)

実施事業の実施体制	
① 分娩取扱医療機関等	
検査(検体採血)を実施する分娩取扱医療機関等数	か所
上記医療機関等に対する、保護者への検査内容等の説明、同意取得についての依頼方法	※分娩取扱医療機関等に対して、具体的にどのように依頼する予定が記載してください(〇〇までに、県が直接依頼予定。〇〇までに産婦人科医会を通じて依頼予定。など)
上記医療機関等への説明・同意取得依頼料の支払いの有無	有・無(該当ではない方を削除)
(有の場合)1件当たりの説明・同意取得依頼料	円
② 検体検査機関	
検体検査機関名 (検体検査機関が、2 疾患の検査を外注している場合は、外注先の機関についても併記してください(以下同じ))	※当該機関に係る資料(定款や法人の概要資料など)を提出ください。
検体検査機関所在地	
現在の 20 疾患の検体検査機関と同一の機関であるか	はい・いいえ(該当ではない方を削除)
現在の 20 疾患と共通のろ紙を使用するか	はい・いいえ(該当ではない方を削除)
本実証事業で使用を想定している検査キットの種類	
1件当たりの検査費用	円
③ 精査医療機関	
< SCIDに係る精査医療機関 > ※精査医療機関が複数ある場合は、行を追加して記載すること	
精査医療機関名	

	※当該機関に係る資料(定款や法人の概要資料など)を提出ください。
精査医療機関所在地	
過去5年間にSCIDに係る精密検査を実施した患者数	例
遺伝カウンセリングの実施体制・実施方法	
過去5年間にSCIDに係る遺伝カウンセリングを実施した患者数	例
治療(骨髄移植や臍帯血移植)の実施体制の有無	有・無(該当ではない方を削除)
(有の場合)治療の実施体制・実施方法	
(有の場合)過去5年間にSCIDに係る治療を実施した患者数	例
(無の場合)紹介する治療可能な医療機関名	※当該機関に係る資料(定款や法人の概要資料など)を提出ください。

< SMAに係る精査医療機関 > ※精査医療機関が複数ある場合は、行を追加して記載すること

精査医療機関名	※当該機関に係る資料(定款や法人の概要資料など)を提出ください。
精査医療機関所在地	
過去5年間にSMAに係る精密検査を実施した患者数	例
遺伝カウンセリングの実施体制・実施方法	
過去5年間にSMAに係る遺伝カウンセリングを実施した患者数	例
治療(核酸治療薬や遺伝子治療)の実施体制の有無	有・無(該当ではない方を削除)
(有の場合)治療の実施体制・実施方法	
(有の場合)過去5年間にSMAに係る治療を実施した患者数	例

(無の場合)紹介する治療可能な医療機関名	※当該機関に係る資料(定款や法人の概要資料など)を提出ください。
----------------------	----------------------------------

実証事業の実施フロー

(1)2疾患の新生児マススクリーニング検査のモデル的な実施

【分娩取扱医療機関等】2疾患の検査内容等の説明、同意取得

国が示した同意説明書・リーフレットの活用予定	有・無(該当ではない方を削除) ※自治体独自の説明用資料などがあれば提出ください
------------------------	---

【検体検査機関】2疾患の検査結果

検査結果の判定期間	検体送付日から 日後
-----------	------------

【分娩取扱医療機関等】保護者への検査結果の説明

陽性だった場合の保護者への連絡・説明方法	※保護者に対して遅滞なく検査結果を伝え、速やかに精査医療機関を受診できるような連絡方法とすること。保護者が転居等した場合でも、確実に連絡が取れる連絡先(携帯電話番号等)を確認しておくなど、遅滞なく検査結果を伝えられる方法を併せて検討すること。
陰性だった場合の保護者への連絡・説明方法	※保護者が転居等した場合でも、確実に連絡が取れる連絡先(携帯電話番号等)を確認しておくなど、検査結果を伝えられる方法を併せて検討すること。

【精査医療機関】2疾患の精密検査(検査内容・結果の説明)

< SCIDに係る精査医療機関 >

精密検査結果の判定期間	精密検査実施日から 日後
-------------	--------------

< SMAIに係る精査医療機関 >

精密検査結果の判定期間	精密検査実施日から 日後
-------------	--------------

< 共通 >

実施主体(都道府県、指定都市)における新生児マススクリーニング検査陽性者の精密検査の実施有無の把握方法	
---	--

(2)2疾患の検査結果等の報告

実施主体における検体検査機関からの検査結果等の把握(報告)方法	
実施主体における精密医療機関からの検査結果等の把握(報告)方法	

その他	
実証事業の体制構築に当たって協議・連携する関係機関等	
新生児マススクリーニング連絡協議会の活用の有無	有・無(該当ではない方を削除)
上記により協議・連携する内容等	

事業実施スケジュール表

自治体名: _____

	令和6年1月	2月	3月
事業実施内容			