

令和3年度東京都身体障害者福祉法第15条指定医講習会資料

聴覚、平衡機能、音声・言語機能又は そしゃく機能障害編

東京都心身障害者福祉センター

令和3年度身体障害者福祉法第15条指定医講習会

目次

身体障害者手帳認定基準のポイント

1 診断書の様式と記載	1
2 事例	17
事例1 適切な事例(聴覚 語音明瞭度50%以下)	19
事例2 適切な事例(聴覚 乳幼児)	22
事例3 適切な事例(聴覚 新規に2級の診断)	25
事例4 不適切な事例(聴覚 語音明瞭度50%以下)	28
事例5 適切な事例(平衡 平衡失調)	31
事例6 不適切な事例(平衡 肢体不自由との重複認定)	34
事例7 適切な事例(音声 音声機能喪失)	37
事例8 不適切な事例(言語 知的障害の影響)	40
事例9 適切な事例(そしゃく 口唇・口蓋裂)	43
事例10 適切な事例(そしゃく 経口摂取の制限)	48
事例11 適切な事例(音声・そしゃく 指数合算)	51
事例12 不適切な事例(音声・そしゃく 指数合算)	54
3 東京都身体障害認定基準	57
4 身体障害認定基準等の取扱いに関する疑義について	63
5 聴覚、平衡機能、音声・言語機能又はそしゃく機能障害 等級表と診断のポイント	
障害程度等級表	79
障害程度等級表解説	80
「再認定」対象とする際の疾患・症例一覧	85
等級診断のポイント早見表	87

参考資料

指定医制度の概要等について

1 指定医制度	91
2 身体障害者手帳審査などの流れ	92
3 診断書作成上の主な留意事項	94
4 障害等級の認定方法	95
5 文書照会・審議会への諮問	98

補装具支給意見書作成のポイント

※目次103頁参照

身体障害者手帳認定基準のポイント

1 診断書の様式と記載

※ 身体障害者診断書・意見書（聴覚・平衡機能障害、音声・言語又はそしゃく機能障害用）
については、当センターのホームページに掲載しておりますので、ご参照ください。

第2号様式(第3条関係)

身体障害者診断書・意見書(聴覚・平衡機能、音声・言語又はそしゃく機能障害用) 総括表		
氏名	年 月 日生	男 女
住 所		
① 障害名(部位を明記)		
② 原因となった 疾病・外傷名	外傷・自然災害・疾病 先天性・その他()	
③ 疾病・外傷発生年月日	年 月 日	
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。)		
障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日		
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入)		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> これらの事項も必ず御記入下さい。 </div>		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> [将来再認定 要(軽度化・重度化)・不要] [再認定の時期 1年後・3年後・5年後] </div>		
⑥ その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 年 月 日 </div> 病院又は診療所の名称 所 在 地 診 療 担 当 科 名	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 電話 () 科 医師氏名 (印) </div>	
身体障害者福祉法第15条第3項の意見		
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に ・該当する。 ・該当しない。	障害程度等級についての参考意見 級相当	
注 1 口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく障害に関しては、咬合異常による歯科矯正が必要であるか否かなどについて、歯科医師による診断書・意見書を添付してください。 2 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせる場合があります。		

(日本産業規格A列4番)

聴覚障害の場合、何らかの事情で聴力レベルの平均が出せない場合以外は、必ず御記入下さい。

第4号様式(第3条関係)

聴覚・平衡・音声・言語又はそしゃくの機能障害の状況及び所見

1 聴覚障害の状況及び所見

(1) 聴力(会話音域の平均聴力レベル)

右	dB
左	dB

(2) 障害の種類

伝	音	難	聴
感	音	難	聴
混	合	難	聴

(3) 鼓膜の状況

(右) (左)



2級と診断する場合、身体障害者手帳(聴覚障害)の所持の有無について記載してください。

(5) 身体障害者手帳(聴覚障害)の所持状況

有 無

(注) 2級と診断する場合、記載すること。

2 平衡機能障害の状況及び所見

(1) 平衡失調の状況

ア 末梢性
イ 中枢性
ウ その他()

語音明瞭度50%以下の場合、必ず御記入下さい。

(2) 所見

ア 閉眼起立 (可・不可)
イ 開眼直線歩行10m (可・不可)
ウ 閉眼直線歩行10m (可・不可)

平衡機能障害の場合は、必ず(1)のア～ウのいずれかを○で囲んで下さい。

可・不可のいずれかを○で囲んでください。

(4) 聴力検査の結果(ア又はイのいずれかを記入する。)

ア 純音による検査

	500	1000	2000	Hz
0				
10				
20				
30				
40				
50				
60				
70				
80				

イ 語音による検査(語音明瞭度)

右 % (dB)
左 % (dB)

3 音声・言語機能障害の状況及び所見

(1) 発声の状況

(2) 意思そ通の程度

音声・言語機能障害の場合は、必ずア～ウのいずれかを○で囲んで下さい。

- ア 発声はあるが、ほとんど肉親との会話の用をなさない。
- イ 肉親との会話は可能であるが、他人には通じない(診断の際応答が不能である。)
- ウ 日常の会話が可能であるが、不明瞭で不便がある。

4 そしゃく機能障害の状況及び障害の程度

そしゃく機能障害の場合は、必ずア～オのいずれかを○で囲んで下さい。

(1) 障害の状況

- ア 重症筋無力症等の神経・筋疾患によるそしゃく機能障害
- イ 延髄機能障害(仮性球麻痺、血管障害を含む)及び末梢神経障害によるもの
- ウ 外傷、腫瘍切除等による顎(顎関節を含む)、口腔(舌、口唇、口蓋、頬、そしゃく筋等)、咽頭、喉頭の欠損等によるもの
- エ 口唇・口蓋裂等の先天異常の後遺症による咬合異常によるもの
- オ その他

オ その他を○で囲んだ場合は、この枠に詳細を御記入下さい。

咬合異常によるそしゃく機能の障害以外の場合は、(ア)～(エ)を○で囲んで下さい。

(2) 障害の程度

ア そしゃく・嚥下機能の障害の程度

- (ア) 経口摂取ができないため、経管栄養を用いている(そしゃく機能の喪失3級)。
- (イ) 経口摂取のみでは十分に栄養摂取できないため、経管栄養を併用している(そしゃく機能の著しい障害4級)。
- (ウ) 開口できないため又は誤嚥の危険が大きいため摂取できる食物の内容又は摂取方法に著しい制限がある(そしゃく機能の著しい障害4級)。
- (エ) その他

(エ) その他を○で囲んだ場合は、この枠に詳細を御記入下さい。

咬合異常によるそしゃく機能の障害の場合は、
(ア) 又は (イ) を○で囲んで下さい。

イ 咬合異常によるそしゃく機能の障害の程度

- (ア) 口唇、口蓋等の先天異常の後遺症による著しい咬合障害があり、歯科矯正治療等を必要とする（そしゃく機能障害4級）。
(イ) その他

(イ) その他を○で囲んだ場合は、
この枠に詳細を御記入下さい。

(備考)

- (1) 1から4までについては、関係部分の障害について記入すること。
- (2) 聴力障害の認定に当たっては、JIS規格によるオーディオメータで測定する。
dB値は、周波数500、1000、2000Hzにおいて測定した値をそれぞれa、b、cとした場合 $\frac{a+2b+c}{4}$ の算式により算定し、a、b、cのうちいずれか1又は2において100 dBの音が聴取できない場合は、当該dB値を105dBとして当該算式を計上し、聴力レベルを算定する。
- (3) そしゃく機能障害の認定に当たっては、小腸機能障害を併せ持つ場合は、必要とされる栄養摂取の方法等が、どちらの障害によるものであるか等について詳細に診断し、該当する障害について認定することが必要である。
- (4) 2から4については、該当する項目を○で囲むこと。

(2) 記載要領 (聴覚・平衡・音声・言語・そしゃく)

総括表 身体障害者診断書・意見書

① 「障害名」欄

「聴覚障害」「平衡機能障害」「音声機能障害」「言語機能障害」「そしゃく機能障害」の別に記載する。

「**聴覚障害**」の場合には、「内耳性難聴」「後迷路性難聴」「中枢性難聴」等の別がわかれば付加記載する。また語音明瞭度を用いた診断には「語音明瞭度著障」等と付記記載する。

「**平衡機能障害**」については、「末梢性平衡失調」「中枢性平衡失調」「小脳性平衡失調」等、部位別に付加記載する。

「**音声機能障害**」とは、主として喉頭レベルにおける声と発声にかかわる能力の障害をいい、音声機能障害（喉頭摘出、発声筋麻痺等）と記載する。

「**言語機能障害**」とは、喉頭レベル以上の構音器官（口唇、舌、下顎、口蓋等）における発音（構音）にかかわる能力と、音声言語（話し言葉）の理解（意味把握）と表出（意味生成）に関わる能力をいい、言語機能障害（失語症、運動障害性（麻痺性）構音障害）等と記載する。

※ 先天性聴覚障害及び言語障害を併せもつ場合には、「**聴覚障害及びそれに伴う言語障害**」と記載する。

「**そしゃく機能障害**」の場合には、「そしゃく機能障害（そしゃく・嚥下機能障害、咬合異常によるそしゃく機能障害）」等と記載する。

② 「原因となった疾病・外傷名」欄

障害をきたすに至った病名、症状名をできるだけ記載する。

また、原因が不明の場合には「**原因不明**」と記載する。

(先天性風疹症候群、先天性難聴、遺伝性難聴、ストレプトマイシンによる難聴、老人性難聴、慢性化膿性中耳炎、音響外傷、髄膜炎、メニエール病、小脳出血、喉頭腫瘍、脳血管障害、唇顎口蓋裂、感音性難聴、重症筋無力症、舌腫瘍切除後の舌の欠損等)

③ 「疾病・外傷発生年月日」欄

疾病・外傷発生年月日の記載については、不明確な場合は推定年月日を記載する。

④ 「参考となる経過・現症」欄

後欄の状況及び所見欄では表現できない障害の具体的な状況、検査所見等を記載する。

経過については、症状が固定するまでの経過を年月日を付して簡単に記載する。

例えば**先天性難聴**では「言語の獲得状況はどうか」等であり、**後天性難聴**では「補聴器装用の有無及び時期はいつか」「手術等の治療の経過はどうか」「日常会話の困難の程度」等、障害を裏付ける具体的な状況を記

載する。

また**十分な聴力検査のできない乳幼児**においては、聴性脳幹反応、蝸電図等の他覚的聴覚検査の結果も記載する。

平衡機能障害についても「介助なしでは立つことができない」「介助なしでは歩行が困難である」等、具体的状況を記載する。

音声・言語機能障害では、コミュニケーション活動の能力の程度を裏づける客観的所見ないしは検査所見を記載する。

音声機能障害では、喉頭所見、声の状態（失声、嗄声の種類と程度）、発声機能（発声持続能力・時間等）検査法（音声機能検査、エックス線検査等）等について記載する。

言語機能障害では、構音の状態、構音器官の所見、言語理解力、言語表出力、検査法等について記載する。

そしゃく機能障害の場合は、主たるそしゃく・嚥下機能の障害の内容（「筋力低下によるそしゃく・嚥下機能の喪失」「咬合異常によるそしゃく機能の著しい障害」等）と、その程度を裏づける客観的所見ないしは検査所見を記載する。「参考となる経過・現症」又は個別の所見欄に書かれた現症の事項を総合して、生活上の食事摂取をどのように制限されているのかを記載する。

⑤ 「総合所見」欄

「参考となる経過・現症」又は個別の所見欄に書かれた現症の事項により、総合的な所見を記載する。

※将来再認定について

将来再認定の「要・不要」の別について必ずどちらかに○印を記載する。

将来再認定を「要」とする場合は、「軽度化・重度化」の別も必ずどちらかに○印を記載する。

特に乳幼児期での申請や更生医療、その他治療・訓練により障害程度が将来軽減されると予測される（「軽度化」を選択した）場合等においては、将来再認定の時期等も必ず記載する。

再認定が必要な例 【将来再認定 **要**（**軽度化**・**重度化**）・不要】
【再認定の時期 1年後・**3年後**・5年後】

⑥ 診断年月日、医療機関名、診療担当科名、医師氏名欄を必ず記載し、押印すること。

⑦ 身体障害者福祉法第15条第3項の意見（指定医の意見）欄

障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に

該当する

・**該当しない** のどちらかに必ず○印を付けてください。

障害程度等級についての参考意見

○ 級相当 必ず等級を記入してください。

※ 聴覚障害とその他の障害（例：音声・言語機能障害）は重複する障害の合計指数に応じて認定等級を決定する。（合計指数はそれぞれの障害の該当する等級の指数を合計したものとする。）

しかし、音声機能障害、言語機能障害及びそしゃく機能障害の重複については、重複障害として合計指数の指数計算は行わない。

障害等級と指数		合計指数と認定等級	
障害等級	指数	合計指数	認定等級
1 級	1 8	1 8 以上	1 級
2 級	1 1	1 1 ～ 1 7	2 級
3 級	7	7 ～ 1 0	3 級
4 級	4	4 ～ 6	4 級
5 級	2	2 ～ 3	5 級
6 級	1	1	6 級
7 級	0. 5		

診断書様式

（注）聴覚障害の場合は、「1 聴覚障害の状況及び所見」欄に、平衡機能障害の場合は、「2 平衡機能障害の状況及び所見」欄に、音声・言語機能障害の場合は、「3 音声・言語機能障害の状況及び所見」欄に、そしゃく機能障害の場合は、「4 そしゃく機能障害の状況及び所見」欄に、それぞれ記入すること。

1 聴覚障害の状況及び所見欄

幼児でレシーバーによる左右別の聴力測定が不可能で、幼児聴力検査で両耳聴による聴力を測定した場合は、その旨を記載する。

「(3) 鼓膜の状況」欄には、具体的な症状を記載する。例えば混濁、石灰化、穿孔等があれば、その形状も含めて記載する。また耳漏の有無も記載できれば記載する。

聴力図には気導域値のみではなく、骨導域値も記載する。

「(4) イ 語音による検査」の場合は、両耳による普通話声の最良の語音明瞭度を測定するので、必ず両側の語音明瞭度を測定し記載する。

「(5) 身体障害者手帳（聴覚障害）の所持状況」欄には、2 級と診断する場合に、記載すること。

2 平衡機能障害の状況及び所見欄

「(1) 平衡失調の状況欄及び「(2) 所見」欄の双方のア～ウのいずれかに必ず○印を記入する。

「(2) 所見」欄には、該当する等級に沿った状況、所見を具体的に記載する。
また、四肢体幹に器質的異常のない旨、併記する。

ア 閉眼起立（可・不可）、イ 開眼直線歩行10m（以内）（可・不可）、ウ閉眼直線歩行10m（以内）（可・不可）の場合は、アイウのうち1つに○印をし、（可・不可）のどちらかに○印をする。

3 音声・言語機能障害の状況及び所見欄

ただ単に「言語機能の喪失」と記載するだけでなく、日常のコミュニケーションの状況、例えば「両親、兄弟との、意思の伝達にも筆談を必要とする」等と具体的に記載する。

音声・言語機能障害の場合は、「(2) 意思疎通の程度」欄のア～ウのいずれかに必ず○印を記入する。

意思疎通の程度と等級との関係は、次のとおり

- ア → 3級
- イ → 4級
- ウ → 非該当

4 そしゃく機能障害の状況及び障害程度欄

(1) 障害の状況 ア～オの中から1つを選び○印をつける。

(2) 障害の程度

ア そしゃく・嚥下機能障害の程度については、ア（ア）～（エ）の中から1つを選び○印を付ける。

イ 咬合異常によるそしゃく機能の障害の程度については、イ（ア）（イ）の2つから1つを選び○印を付ける。

※口唇・口蓋裂等の先天異常の後遺症によるそしゃく機能障害の場合は、歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例は別様式に定める、歯科医師による「そしゃく機能障害用」の診断書・意見書の添付を要する。

音声機能又は言語機能の障害

「総合所見」について

「参考となる経過・現症」又は個別の所見欄に書かれた現症の事項を総合して、その総合的能力が生活上のコミュニケーション活動をどのように制限しているかを記載する。現症欄に記載された事項では表現できない音声・言語機能障害の具体的状況の記載が必要である。すなわち、日常生活におけるコミュニケーション活動の実態を記載するが、それには家庭内（肉親間）あるいは、家庭周辺（家族以外）といった場で、どの程度のコミュニケーションができるか（レベル）の2つの観点から具体的に記載する（表1「障害等級と日常生活におけるコミュニケーション活動（場とレベル）の具体的状況例」参照）。

障害程度の認定には、この日常的コミュニケーション能力の程度の判定が核心となることを銘記されたい。

等級判定の基準

障害程度をどのように等級判定に結びつけるかについては必ずしも理解が容易ではない。このことは診断書（意見書）を実際に作成するに当たって、現症と総合所見の記載内容にしばしば見られる混乱や、さらに等級判定が概ね総合所見に基づくことにも十分な認識が得られない結果になる。そこで表2に障害程度と等級判定の認定基準を対比させ理解の一助とした。

等級判定の認定基準は、日常生活におけるコミュニケーション活動の場とレベルの2つからの判断が不可欠である。場は、家庭（肉親又は家族間）、家庭周辺（他人との関係 - - 但し、不特定の一般社会ではない）の2つの局面に限定される。レベルは、残存する言語機能を表す言語活動の状態である。総合所見欄はその具体的な記載を求められるが、表1に幾つかの例を示したので参照されたい。

表1 障害等級と日常生活におけるコミュニケーション活動
(場とレベル)の具体的状況例

〔 3級の欄の音声言語機能のレベルに該当すれば3級と判定する。3級の欄の項目が可能でも、4級の欄のレベルであれば4級と判定する。 〕

障害等級	コミュニケーションのレベル	理解面	表出面
	コミュニケーションの場		
3級	本人 ↓ 家族 本人 ↑ 家族	<ul style="list-style-type: none"> 本人や家族の名前がわからない。 住所がわからない。 日付、時間がわからない。 部屋の中の物品を言われてもわからない。 日常生活動作に関する指示がわからない(風呂に入って、STに行って、薬を2錠飲んで……)。 	<ul style="list-style-type: none"> 本人、家族の名前が言えないか、通じない。 住所が言えない(通じない)。 日付、時間、年齢が言えない(通じない)。 欲しい物品を要求できない(通じない)。 日常生活動作に関する訴えができないか通じない(窓を開けて……)。 身体的訴えができない(通じない)。
	状況依存度が高い	本人の所属、時間 日常生活動作、物品に関する指示	本人の所属、時間 日常生活動作、物品に関する要求
4級	本人 ↓ 家族 本人 ↑ 家族 周 辺	<ul style="list-style-type: none"> 問診の質問が理解できない。 治療上の指示が理解できない(P T, 薬の飲み方……)。 訪問者の用件がわからない。 電話での話がわからない。 尋ねた道順がわからない。 おつかいができない(どこで、何を、いくつ、いくら、誰に、いつ)。 	<ul style="list-style-type: none"> 病歴、病状が説明できない(通じない)。 治療上のことについて、質問ができない(通じない)。家族に内容を伝えられない。 訪問者に用件を質問できないか通じない。用件を家族に伝えられない。 電話で応答できない。家族に内容を伝えられない(いつ、誰、何、どこ)。 知り合いに電話をかけて用件が伝えられない(通じない)。 行先が言えない(通じない)。道順を尋ねられない(通じない)。 買物をことばでできないか通じない(何をいくつ、いくら)。
	状況依存度が低い	家族以外の者から、日常生活動作について、質問されたり、指示されたりしたときに、理解できない。	家族以外の者に、日常生活動作に関する説明できない。

表2 等級判定の基準

〔大原則：障害程度の判定基準は一次能力障害(稼得に関係のない日常生活活動能力の欠損度)に基づく〕

障害の程度と等級		認定基準の原則	音声, 言語機能障害の場合	障害程度の定義と具体例	等級判定の基準—コミュニケーション活動の場とレベルからみた意思疎通困難の程度—
重度(1, 2級)	
中程度	3級	家庭内での日常生活活動が著しく障害される	喪失	音声言語による意思疎通ができないもの 「音声機能障害」—音声を全く発することができない(例:無喉頭, 喉頭外傷による喪失, 発声筋麻痺による音声喪失<反回神経麻痺など>) 「言語機能障害」—発声しても意思疎通ができない(例:重度失語症, 聴あ, 運動障害性構音障害, 脳性麻痺構音障害, ろうあ)	家庭において, 家族又は肉親との会話の用をなさない(日常会話は誰が聞いても理解できない)。 ※具体的状況(コミュニケーション活動の場とレベル)は表1に例示してある。
	4級	家庭周辺での日常生活活動が著しく障害される	著しい障害	音声言語のみ用いて意思を疎通することが困難なもの 「音声機能障害」—喉頭の障害又は形態異常によるもの 「言語機能障害」—イ. 構音器官の障害又は形態異常によるもの ロ. 中枢性疾患によるもの ※障害類型の例は(1)ウの具体例参照のこと	家族又は肉親との会話は可能であるが, 家庭周辺において他人には殆ど用をなさない。 ※具体的状況(コミュニケーション活動の場とレベル)は表1に例示してある。
軽度	軽度	社会での日常生活が著しく障害される	障害非該当	日常の会話が可能であるが不明瞭で不便がある。

2 事例

事例 1(聴覚)

(適切な事例・語音明瞭度50%以下)

- ・純音による検査結果を必ず記入する。
- ・語音による検査をしている場合は、その検査結果も記入すること。(dB値も必ず記入すること。)

〔解説〕

- ・純音による検査は4分法で右70.0dB、左76.3dBであり、6級相当であるが、語音による検査(語音明瞭度)が右40%(90dB)、左45%(95dB)であることから、語音明瞭度が50%以下のものとして、聴覚障害(4級)が妥当である。

〔都の基準〕

1 純音オーディオメータ検査について

- (ア) 純音オーディオメータはJIS規格を用いる。
- (イ) 聴カレベルは会話音域の平均聴カレベルとし、周波数500、1000、2000ヘルツの純音に対する聴カレベル(dB値)をそれぞれa、b、cとした場合、次の算式により算定した数値とする。

$$\frac{a+2b+c}{4}$$

周波数500、1000、2000ヘルツの純音のうち、いずれか1又は2において、100dBの音が聴取できない場合は当該部分のdBを105dBとし、上記算式を計上し、聴カレベルを算定する。

なお、前述の検査方法にて短期間中に数回聴カ測定を行った場合は、最小の聴カレベル(dB値)をもって被検査者の聴カレベルとする。

2 語音による検査

- (ア) 語音明瞭度の検査に当たっては、通常の会話音の強さでマイク又は録音機により発声し、その音量を適度に調節し、被検査者に最も適した状態で行う。

検査語はその配列を適宜変更しながら2乃至3秒に1語の割合で発声し、それを被検査者に書きとらせ、その結果、正答した語数を検査語の総数で除して、求められた値を普通話声の最良の語音明瞭度とする。

スピーチオーディオグラムを使用する場合、そこで描かれた語音明瞭度曲線から得られるその最高明瞭度を以って、語音明瞭度の結果とする。

- (イ) 聴取距離測定の検査語は良聴単語を用いる。大声又は話声にて発声し、遠方より次第に接近し、正しく聴こえた距離をその被検査者の聴取距離とする。
- (ウ) 両検査とも詐病には十分注意すべきである。

第2号様式(第3条関係)

身体障害者診断書・意見書(聴覚・平衡機能、音声・言語又はそしゃく機能障害用)総括表	
氏名 ○○○○	昭和30年 2月19日生 男 女
住所 ○○○○○○○○	
① 障害名(部位を明記) 聴覚障害(両側内耳性難聴)	
② 原因となった 疾病・外傷名 不明	外傷・自然災害・疾病 先天性・その他()
③ 疾病・外傷発生年月日 年 月 日 37歳ごろ	
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。) 37歳頃より、両耳難聴出現 平成19年4月めまい発作あり 左>右の耳鳴あり この頃より、歩行時ふらつきあり 障害固定又は障害確定(推定) 令和4年 1月 5日	
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入) 両耳感音性難聴(70dB) 語音明瞭度 50%以下(4級) [将来再認定 要(軽度化・重度化)・不要] [再認定の時期 1年後・3年後・5年後]	
⑥ その他参考となる合併症状	
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。〒○○○○-○○○○ 令和4年 1月 5日 ○○○区○○○○○○○○ ○○病院 病院又は診療所の名称 電話○○(○○○○)○○○○ 所在地 診療担当科名 耳鼻咽喉科 医師氏名 ○○○○ 印	
身体障害者福祉法第15条第3項の意見	
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に 該当する。 ・該当しない。	障害程度等級についての参考意見 4 級相当
注 1 口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく障害に関しては、咬合異常による歯科矯正が必要であるか否かなどについて、歯科医師による診断書・意見書を添付してください。 2 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせる場合があります。	

(日本産業規格A列4番)

第4号様式(第3条関係)

聴覚・平衡・音声・言語又はそしゃくの機能障害の状況及び所見

1 聴覚障害の状況及び所見

(1) 聴力(会話音域の平均聴力レベル)

右	70.0	dB
左	76.3	dB

(2) 障害の種類

伝音難聴
<input checked="" type="radio"/> 感音難聴
混合難聴

(3) 鼓膜の状況

異常なし

(右)

(左)



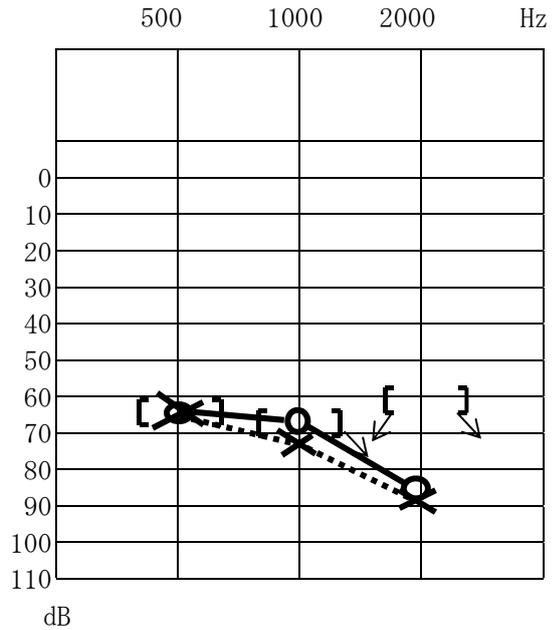
(5) 身体障害者手帳(聴覚障害)の所持状況

有 無

(注) 2級と診断する場合、記載すること。

(4) 聴力検査の結果(ア又はイのいずれかを記入する。)

ア 純音による検査



イ 語音による検査(語音明瞭度)

右 40% (90 dB)
左 45% (95 dB)

2 平衡機能障害の状況及び所見

(1) 平衡失調の状況

ア 末梢性
イ 中枢性
ウ その他()

(2) 所見

ア 閉眼起立 (可・不可)
イ 開眼直線歩行10m(可・不可)
ウ 閉眼直線歩行10m(可・不可)

事例 2(聴覚) (適切な事例・乳幼児)

- ・ 満3歳未満のため、オーディオメーターによる検査が不可能な場合は、ABR、ASSRやCOR等他覚的検査による判定が必要である。
- ・ 上記の場合は、成長を待って純音聴力検査が必要なので、再認定に関する所見を必ず記入すること。

〔解説〕

- ・ 3歳未満でABRによる検査で105dBであること、またCORによる検査で96dBであることから判断し、聴覚障害3級相当である。
- ・ 再認定に関する所見の記入もある。

〔都の基準〕

乳幼児の聴力測定について

原則として聴能訓練を行いながら聴力測定が可能となる時期を待って判定を行うこととする。ただし、幼児の年齢に応じた聴力測定(ABR、ASSR、COR等)が行える場合、医学的に判断しうる限度においてその障害程度の認定を行うこととする。

なお、1歳未満の乳幼児については、新生児聴覚スクリーニング検査等により、難聴が疑われ精密な聴力検査が必要とされた場合、ABR、ASSR、BOAなど各種の聴力検査、聴性行動反応検査及び観察も十分に行い、総合的に判定する必要がある。

第2号様式(第3条関係)

身体障害者診断書・意見書(聴覚・平衡機能、音声・言語又はそしゃく機能障害用) 総括表	
氏名 ○○○○	令和2年 6月25日生 男(女)
住所 ○○○○○○○○	
① 障害名(部位を明記) 聴覚障害	
② 原因となった 疾病・外傷名 難聴	外傷・自然災害・疾病 先天性 ・その他()
③ 疾病・外傷発生日月 令和2年 6月25日	
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む) DPスクリーナー、A-ABRともに両側ReferのためABR実施。 両側105dBで無反応であり、上記と診断されました。	
障害固定又は障害確定(推定) 令和3年 9月25日	
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入) 両側重度難聴です。重大なコミュニケーション障害を生じる可能性があり、適切な補聴が必要です。	
[将来再認定 要 軽度化・ 重度化 ・不要] [再認定の時期 1年後・ 3年後 ・5年後]	
⑥ その他参考となる合併症状	
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。〒○○○○-○○○○ 令和 3年10月29日 ○○○区○○○○○○○○ ○○○病院 病院又は診療所の名称 電話○○(○○○○)○○○○ 所在地 診療担当科名 耳鼻咽喉科 医師氏名 ○○○○ 印	
身体障害者福祉法第15条第3項の意見	
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に 該当する。 ・該当しない。	障害程度等級についての参考意見 3 級相当
注 1 口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく障害に関しては、咬合異常による歯科矯正が必要であるか否かなどについて、歯科医師による診断書・意見書を添付してください。 2 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせする場合があります。	

(日本産業規格A列4番)

第4号様式(第3条関係)

聴覚・平衡・音声・言語又はそしゃくの機能障害の状況及び所見

1 聴覚障害の状況及び所見

(1) 聴力(会話音域の平均聴力レベル)

(ABR)

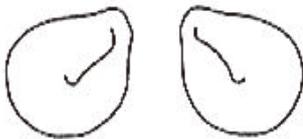
右	105	dB
左	105	dB

(2) 障害の種類

<input type="checkbox"/>	伝音難聴
<input checked="" type="checkbox"/>	感音難聴
<input type="checkbox"/>	混合難聴

(3) 鼓膜の状況

(右) (左)



異常なし

(5) 身体障害者手帳(聴覚障害)の所持状況

有 無

(注) 2級と診断する場合、記載すること。

2 平衡機能障害の状況及び所見

(1) 平衡失調の状況

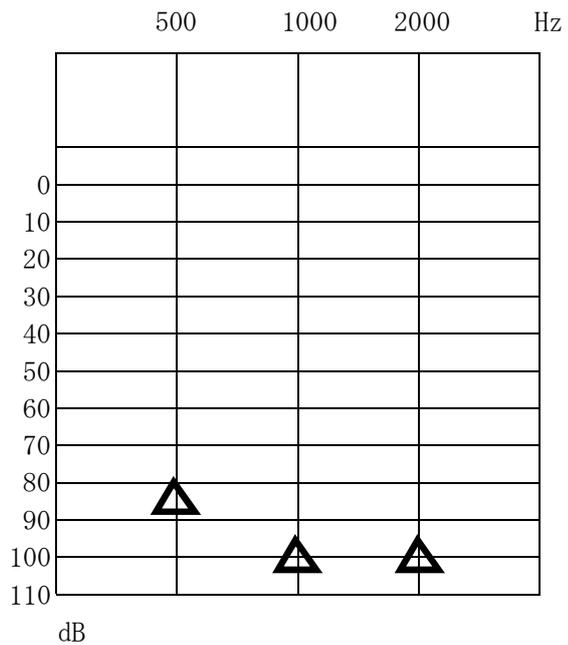
- ア 末梢性
- イ 中枢性
- ウ その他(_____)

(2) 所見

- ア 閉眼起立 (可・不可)
- イ 開眼直線歩行10m(可・不可)
- ウ 閉眼直線歩行10m(可・不可)

(4) 聴力検査の結果(ア又はイのいずれかを記入する。)

純音による検査 (COR)



イ 語音による検査(語音明瞭度)

右 % (dB)
左 % (dB)

事例 3(聴覚) (適切な事例・新規に2級の診断)

- ・ 聴覚障害の手帳を所持していない者に対して、新規に聴覚障害「2級」の診断をした事例である。
- ・ 平成27年4月の認定基準の一部改正に伴い、手帳非所持者に対する聴覚障害2級の認定には「他覚的聴覚検査」が必須になったことから、この事例の場合には、聴性脳幹反応検査(ABR)を実施し、その記録データが添付されている。

[解説]

純音検査の結果は、右105dB、左102dBと、両耳ともに100dB以上であり、他覚的聴覚検査の聴性脳幹反応検査(ABR)の結果から、両耳ともに100dB以上に反応がないことが読み取れ、聴覚障害2級の認定は妥当である。

[都の基準]

聴覚障害「2級」の診断をする場合の取扱いについて

聴覚障害の手帳を所持していない者に対して、聴覚障害「2級」の診断をする場合には、聴性脳幹反応検査(ABR)等の他覚的検査又はそれに相当する検査(遅延測音検査、ロンバールテスト、ステンゲルテスト等)を実施し、その結果(実施した検査方法及び検査所見)を記載し、記録データのコピー等を添付すること。

また、過去に聴覚障害の手帳の取得歴があるが、検査時に所持していない場合も同様に取扱うこととする。

第2号様式(第3条関係)

身体障害者診断書・意見書(聴覚・平衡機能、音声・言語又はそしゃく機能障害用)総括表	
氏名 ○○○○	昭和33年 2月25日生 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所 ○○○○○○○○	
① 障害名(部位を明記) 聴覚障害	
② 原因となった 疾病・外傷名	両側感音難聴、慢性中耳炎 外傷・自然災害 <input checked="" type="radio"/> 疾病 先天性・その他()
③ 疾病・外傷発生年月日	不詳 年 月 日
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。) 10代より両側難聴。耳漏反復あり。慢性中耳炎にて、平成23年2月当院で左鼓室形成術の既往あり。当時は右63.8dB、左63.8dBの聴力であり、難聴は徐々に進行。10年ぶりの受診ではほぼ聾であった。 障害固定又は障害確定(推定) 令和3年 8月10日	
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入) 現在、耳元で大きな声を出すと会話が少し理解できる状態。 [将来再認定 要(軽度化・重度化)・ <input checked="" type="radio"/> 不要] [再認定の時期 1年後・3年後・5年後]	
⑥ その他参考となる合併症状	
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。〒○○○○-○○○○ 令和 3年 8月10日 ○○○区○○○○○○○○ ○○病院 病院又は診療所の名称 電話○○(○○○○)○○○○ 所在地 診療担当科名 耳鼻咽喉科 医師氏名 ○○○○ <input checked="" type="radio"/> 印	
身体障害者福祉法第15条第3項の意見	
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に <input checked="" type="radio"/> 該当する。 <input type="radio"/> 該当しない。	障害程度等級についての参考意見 2 級相当
注 1 口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく障害に関しては、咬合異常による歯科矯正が必要であるか否かなどについて、歯科医師による診断書・意見書を添付してください。 2 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせる場合があります。	

(日本産業規格A列4番)

第4号様式(第3条関係)

聴覚・平衡・音声・言語又はそしやくの機能障害の状況及び所見

1 聴覚障害の状況及び所見

(1) 聴力(会話音域の平均聴力レベル)

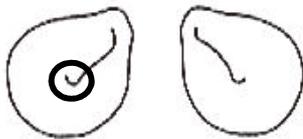
右	105.0	dB	以上
左	102.5	dB	以上

(2) 障害の種類

<input type="checkbox"/>	伝音難聴
<input type="checkbox"/>	感音難聴
<input checked="" type="checkbox"/>	混合難聴

(3) 鼓膜の状況

(右) (左)



穿孔 術後耳

(5) 身体障害者手帳(聴覚障害)の所持状況

有 無

(注) 2級と診断する場合、記載すること。

2 平衡機能障害の状況及び所見

(1) 平衡失調の状況

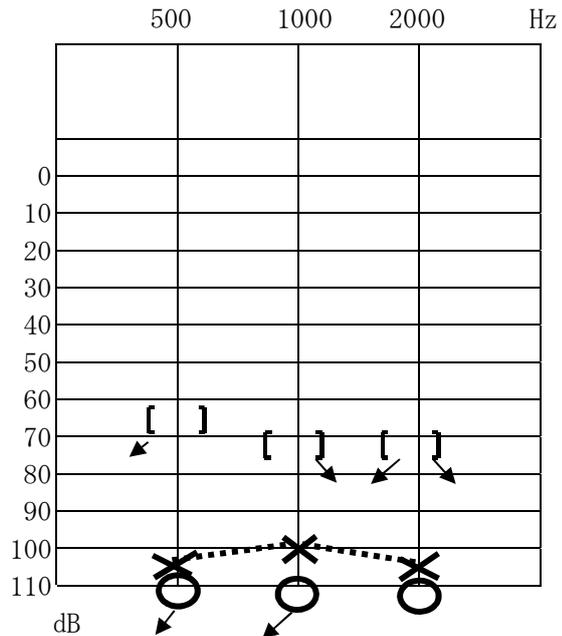
- ア 末梢性
- イ 中枢性
- ウ その他()

(2) 所見

- ア 閉眼起立 (可・不可)
- イ 開眼直線歩行10m(可・不可)
- ウ 閉眼直線歩行10m(可・不可)

(4) 聴力検査の結果(ア又はイのいずれかを記入する。)

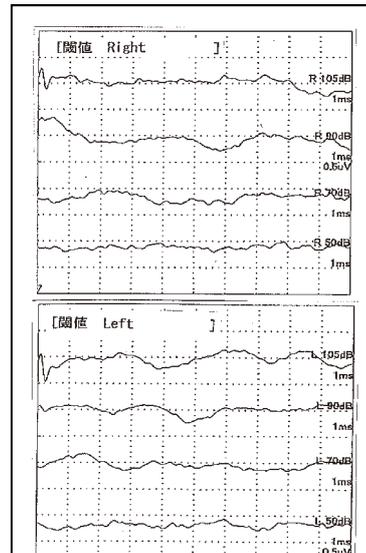
純音による検査
ABR:両側 scale out



イ 語音による検査(語音明瞭度)

右 % (dB)
左 % (dB)

ABR



事例 4(聴覚)

(不適切な事例・語音明瞭度50%以下)

語音明瞭度の検査は

- ・ その音量を適度に調節し、被検査者に最も適した状態で行うこと。
- ・ スピーチオーディオグラムの場合、そこで描かれた語音明瞭度曲線から得られる最高明瞭度を以って、その結果とすること。

〔解説〕

純音による検査が4分法で右 72.5dB、左 80.0dBなのに、語音明瞭度は右 25%(70dB)、左 35%(80dB)とあり、記載してある語音明瞭度検査結果が最高明瞭度ではない可能性がある。語音明瞭度検査の具体的な結果等の再検討が必要と考えられる。

第2号様式(第3条関係)

身体障害者診断書・意見書(聴覚・平衡機能、音声・言語又はそしゃく機能障害用)総括表	
氏名 ○○○○	昭和15年 5月20日生 男 女
住所 ○○○○○○○○	
① 障害名(部位を明記) 聴覚障害(語音明瞭度の著しい障害)	
② 原因となった 疾病・外傷名 不明	外傷・自然災害・疾病 先天性・その他()
③ 疾病・外傷発生年月日 昭和 60 年 月 日 頃	
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む) 昭和60年頃より難聴あり、平成7年頃より補聴器の使用を開始した。 補聴器無しでは、全く会話ができない。	
障害固定又は障害確定(推定) 令和3年 3月 1日	
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入) 両耳感音性難聴(右 72.5dB、左 80.0dB)、語音明瞭度右25%、 左35%であり4級に相当する。	
[将来再認定 要 軽度化・ 重度化 ・不要] [再認定の時期 1年後・ 3年後 ・5年後]	
⑥ その他参考となる合併症状	
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。〒○○○○-○○○○ 令和4年 1月 10日 ○○○区○○○○○○○○ ○○病院 病院又は診療所の名称 電話○○(○○○○)○○○○ 所在地 診療担当科名 耳鼻咽喉科 医師氏名 ○○○○ 印	
身体障害者福祉法第15条第3項の意見	
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に 該当する。 ・該当しない。	障害程度等級についての参考意見 4 級相当
<p>注 1 口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく障害に関しては、咬合異常による歯科矯正が必要であるか否かなどについて、歯科医師による診断書・意見書を添付してください。</p> <p>2 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせる場合があります。</p>	

(日本産業規格A列4番)

第4号様式(第3条関係)

聴覚・平衡・音声・言語又はそしゃくの機能障害の状況及び所見

1 聴覚障害の状況及び所見

(1) 聴力(会話音域の平均聴力レベル)

右	72.5	dB
左	80.0	dB

(2) 障害の種類

伝音難聴
<input checked="" type="radio"/> 感音難聴
混合難聴

(3) 鼓膜の状況

両鼓膜正常

(右) (左)



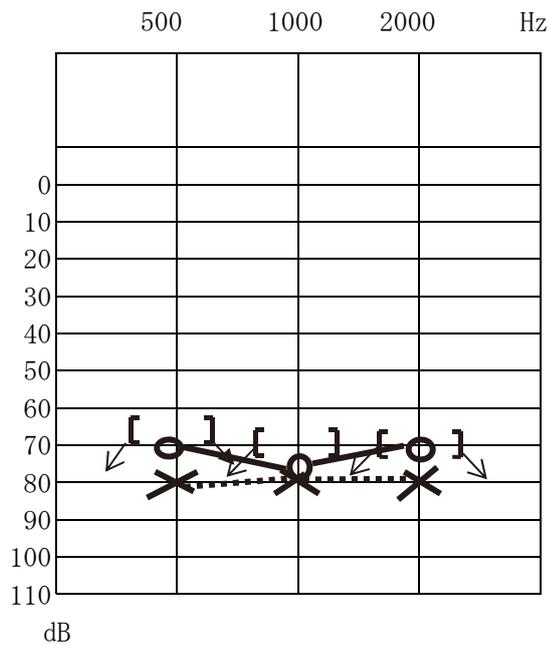
(5) 身体障害者手帳(聴覚障害)の所持状況

有 ・ 無

(注) 2級と診断する場合、記載すること。

(4) 聴力検査の結果(ア又はイのいずれかを記入する。)

ア 純音による検査



イ 語音による検査(語音明瞭度)

右 **25** % (**70** dB)

左 **35** % (**80** dB)

2 平衡機能障害の状況及び所見

(1) 平衡失調の状況

- ア 末梢性
- イ 中枢性
- ウ その他(_____)

(2) 所見

- ア 閉眼起立 (可・不可)
- イ 開眼直線歩行10m(可・不可)
- ウ 閉眼直線歩行10m(可・不可)

事例 5(平衡) (適切な事例・平衡失調)

- ・ 平衡機能障害の所見は肢体不自由の場合などと重なる点があるので、原因となった疾患名は必ず記入すること。

〔解説〕

本診断書では、疾患名がメニエール病であり、参考となる経過・現症からも平衡機能の器質的障害があると思われ、所見から5級も妥当である。

〔都の基準〕

平衡機能障害について

- ア 「平衡機能の極めて著しい障害」(3級)とは、四肢体幹に器質的異常がなく、他覚的に平衡機能障害を認め、閉眼にて起立不能、又は開眼で直線を歩行中 10m以内に転倒若しくは著しくよろめいて歩行を中断せざるを得ないものをいう。
- イ 「平衡機能の著しい障害」(5級)とは、閉眼で直線を歩行中 10m以内に転倒又は著しくよろめいて歩行を中断せざるを得ないものをいう。
- ウ 平衡機能障害の具体的な例は次のとおりである。
 - a 末梢迷路性平衡失調
 - b 後迷路性及び小脳性平衡失調
 - c 外傷又は薬物による平衡失調
 - d 中枢性平衡失調

第2号様式(第3条関係)

身体障害者診断書・意見書(聴覚 **平衡機能**、音声・言語又はそしゃく機能障害用)
総括表

氏名 ○○○○	昭和20年 3月 4日生	男 女
住所 ○○○○○○○○		
① 障害名(部位を明記) 平衡機能障害		
② 原因となった 疾病・外傷名	メニエール病	外傷・自然災害・ 疾病 先天性・その他()
③ 疾病・外傷発生日	平成26年 1月 日	
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。)		
平成26年1月頃より、めまいやふらつきを訴え、当院へ通院		
障害固定又は障害確定(推定) 令和4年 1月 26日		
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入)		
閉眼で、直線を歩行中10m以内に転倒、又は著しくよろめいて歩行を中断せざるを得ないため、平衡機能障害5級に相当する。		
[将来再認定 要(軽度化・重度化) 不要] [再認定の時期 1年後・3年後・5年後]		
⑥ その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。〒○○○○-○○○○ 令和4年 1月 26日 ○○○区○○○○○○○○ ○○病院 病院又は診療所の名称 電話○○(○○○○)○○○○ 所在地 診療担当科名 耳鼻咽喉科 医師氏名 ○○○○ 印		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見		
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に	障害程度等級についての参考意見	
・該当する ・該当しない。		5 級相当

注 1 口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく障害に関しては、咬合異常による歯科矯正が必要であるか否かなどについて、歯科医師による診断書・意見書を添付してください。

2 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせる場合があります。

(日本産業規格A列4番)

第4号様式(第3条関係)

聴覚・平衡・音声・言語又はそしゃくの機能障害の状況及び所見

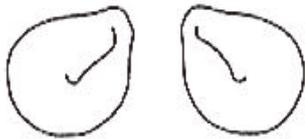
- 1 聴覚障害の状況及び所見
 (1) 聴力(会話音域の平均聴力レベル)

右	dB
左	dB

- (2) 障害の種類

伝音難聴
感音難聴
混合難聴

- (3) 鼓膜の状況
 (右) (左)



- (5) 身体障害者手帳(聴覚障害)の所持状況

有 ・ 無

(注) 2級と診断する場合、記載すること。

- 2 平衡機能障害の状況及び所見
 (1) 平衡失調の状況

- ア 末梢性
 イ 中枢性
 ウ その他()

- (2) 所見

- ア 閉眼起立 (可・不可)
 イ 開眼直線歩行10m (可・不可)
 ウ 閉眼直線歩行10m (可・不可)

- (4) 聴力検査の結果(ア又はイのいずれかを記入する。)

ア 純音による検査

	500	1000	2000	Hz
0				
10				
20				
30				
40				
50				
60				
70				
80				
90				
100				
110				

イ 語音による検査(語音明瞭度)

右 % (dB)
 左 % (dB)

事例 6(平衡)

(不適切な事例・肢体不自由との重複認定)

- ・同一疾患の場合、平衡機能障害と肢体不自由(下肢・体幹)との重複認定は行わないこととしている。
- ・肢体不自由の原因疾患などを除いても、なおかつ平衡機能に関する器質的障害がある場合は、詳細にその内容(原因疾患、現症)を記載すること。

〔解説〕

「その他参考となる合併症状」から、右半身麻痺で肢体不自由2級の手帳が交付されていることがわかるため、脳梗塞による平衡機能障害の認定は行わないこととする。

〔都の基準〕

平衡機能障害と肢体不自由(下肢・体幹)との重複認定について

障害の原因が同一疾患の場合、重複認定は行わないこととする。具体的な例は次のとおりである。

当初に「脊髄小脳変性症による平衡機能障害5級」を認定されていた者が、障害程度が重度化したため「脊髄小脳変性症による体幹機能障害3級」として障害程度の更新申請があった場合、いずれも脊髄小脳変性症による運動失調であることから、「体幹機能障害3級」を認定して「平衡機能障害5級」は障害名から削除することとする。

第2号様式(第3条関係)

身体障害者診断書・意見書(聴覚・ 平衡機能 ・音声・言語又はそしゃく機能障害用) 総括表	
氏名 ○○○○	昭和21年 3月 27日生 男 女
住所 ○○○○○○○○	
① 障害名(部位を明記) 平衡機能障害(中枢性平衡失調)	
② 原因となった 疾病・外傷名 脳梗塞	外傷・自然災害・ 疾病 先天性・その他()
③ 疾病・外傷発生年月日 令和2年 6月 5日	
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。)	
<p>言語不明瞭、昏睡で来院。CT・MRIにより左皮質に広く梗塞を認め、治療を行った。 右半身に軽度の麻痺と平衡機能障害を認める。</p> <p style="text-align: right;">障害固定又は障害確定(推定) 令和3年 4月 1日</p>	
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入)	
<p>中枢性平衡失調により、閉眼にて起立不能 開眼にての起立、歩行も不安定。</p> <p style="text-align: right;">[将来再認定 要(軽度化・重度化)・不要] [再認定の時期 1年後・3年後・5年後]</p>	
⑥ その他参考となる合併症状 肢体不自由(右半身麻痺) 2級手帳あり	
<p>上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。〒○○○○-○○○○ 令和3年 8月 1日 ○○○区○○○○○○○○ ○○病院 病院又は診療所の名称 電話○○(○○○○)○○○○ 所在地 診療担当科名 耳鼻咽喉科 医師氏名 ○○○○ 印</p>	
身体障害者福祉法第15条第3項の意見	
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に	障害程度等級についての参考意見
該当する ・該当しない。	3 級相当
<p>注 1 口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく障害に関しては、咬合異常による歯科矯正が必要であるか否かなどについて、歯科医師による診断書・意見書を添付してください。</p> <p>2 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせる場合があります。</p>	

(日本産業規格A列4番)

第4号様式(第3条関係)

聴覚・平衡・音声・言語又はそしゃくの機能障害の状況及び所見

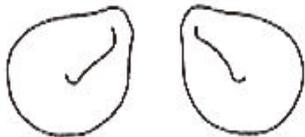
- 1 聴覚障害の状況及び所見
 (1) 聴力(会話音域の平均聴力レベル)

右	dB
左	dB

- (2) 障害の種類

伝音難聴
感音難聴
混合難聴

- (3) 鼓膜の状況
 (右) (左)



- (5) 身体障害者手帳(聴覚障害)の所持状況
 有 ・ 無

(注) 2級と診断する場合、記載すること。

- 2 平衡機能障害の状況及び所見
 (1) 平衡失調の状況

- ア 末梢性
 イ 中枢性
 ウ その他()

- (2) 所見

- ア 閉眼起立 (可・不可)
 イ 開眼直線歩行10m (可・不可)
 ウ 閉眼直線歩行10m (可・不可)

- (4) 聴力検査の結果(ア又はイのいずれかを記入する。)

ア 純音による検査

	500	1000	2000	Hz
0				
10				
20				
30				
40				
50				
60				
70				
80				
90				
100				
110				

dB

イ 語音による検査(語音明瞭度)

右 % (dB)
 左 % (dB)

事例 7(音声) (適切な事例・音声機能喪失)

- ・音声機能喪失の具体例は、無喉頭、喉頭部外傷による喪失、発声筋麻痺による音声機能の喪失などが示されている。
- ・音声機能喪失の具体的な原因、現症を記入すること。

[解説]

参考となる経過・現症の「喉頭気管分離術を施行した」により音声機能の器質的障害が判断できるため、音声機能喪失(3級)が妥当である。

[都の基準]

「音声機能又は言語機能の喪失」(3級)とは、音声を全く発することができないか、発声しても言語機能を喪失したものをいう。

なお、この「喪失」には、先天性のものも含まれる。

具体的な例は次のとおりである。

- ア 音声機能喪失－無喉頭、喉頭部外傷による喪失、発声筋麻痺による音声機能の喪失
- イ 言語機能喪失－乳幼児期に発生した高度難聴にともない言語機能を獲得できなかったもの、失語症

第2号様式(第3条関係)

身体障害者診断書・意見書(聴覚・平衡機能、 音声 言語又はそしゃく機能障害用) 総括表	
氏名 ○○○○	平成3年 6月 19日生 男 女
住所 ○○○○○○○○	
① 障害名(部位を明記) 音声・言語機能障害	
② 原因となった 疾病・外傷名	進行性神経変性疾患 外傷・自然災害 疾病 先天性・その他()
③ 疾病・外傷発生年月日 不 明 年 月 日	
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。) 中学生の頃より、歩行障害、嚥下困難感出現、徐々に進行 誤嚥性肺炎を繰り返し、平成30年に胃瘻を造設 唾液の誤嚥も多くなり、令和3年10月12日に喉頭気管分離術を施行した。 障害固定又は障害確定(推定) 令和 3年 10月 12日	
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入) 音声・言語機能喪失によるコミュニケーション障害を認める。 [将来再認定 要(軽度化・重度化)・ 不要] [再認定の時期 1年後・3年後・5年後]	
⑥ その他参考となる合併症状 四肢の機能障害	
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。〒○○○○○-○○○○ 令和 3年10月20日 ○○○区○○○○○○○○ ○○○病院 病院又は診療所の名称 電話○○(○○○○)○○○○ 所 在 地 診 療 担 当 科 名 耳鼻咽喉科 医師氏名 ○○○○ 印	
身体障害者福祉法第15条第3項の意見	
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に 該当する ・該当しない。	障害程度等級についての参考意見 3 級相当
注 1 口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく障害に関しては、 咬合異常 による歯科矯正が必要であるか否かなどについて、歯科医師による診断書・意見書を添付してください。 2 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせする場合があります。	

(日本産業規格A列4番)

第4号様式（第3条関係）

3 音声・言語機能障害の状況及び所見

(1) 発声の状況

喉頭気管分離術により、喉頭の発声器官としての機能は喪失している。

(2) 意思そ通の程度

ア 発声はあるが、ほとんど肉親との会話の用をなさない。

イ 肉親との会話は可能であるが、他人には通じない（診断の際応答が不能である。）。

ウ 日常の会話が可能であるが、不明瞭で不便がある。

発声は、不可能である。

4 そしゃく機能障害の状況及び障害の程度

(1) 障害の状況

ア 重症筋無力症等の神経・筋疾患によるそしゃく機能障害

イ 延髄機能障害（仮性球麻痺、血管障害を含む）及び末梢神経障害によるもの

ウ 外傷、腫瘍切除等による顎（顎関節を含む）、口腔（舌、口唇、口蓋、頬、そしゃく筋等）、咽頭、喉頭の欠損等によるもの

エ 口唇・口蓋裂等の先天異常の後遺症による咬合異常によるもの

オ その他

[]

(2) 障害の程度

ア そしゃく・嚥下機能の障害の程度

(ア) 経口摂取ができないため、経管栄養を用いている（そしゃく機能の喪失3級）。

(イ) 経口摂取のみでは十分に栄養摂取できないため、経管栄養を併用している（そしゃく機能の著しい障害4級）。

(ウ) 開口できないため又は誤嚥の危険が大きいため摂取できる食物の内容又は摂取方法に著しい制限がある（そしゃく機能の著しい障害4級）。

(エ) その他

[]

事例 8(言語)

(不適切な事例・知的障害の影響)

音声・言語機能障害は意志疎通の程度が認定のポイントになるが、知的障害などの要因を除いても、なおかつ音声・言語機能に関する器質的障害があるために意志疎通に障害が生じているということについて、詳細にその内容を記載すること。

〔解説〕

参考となる経過・現症及び総合所見から、知的障害が原因と思われるため、言語機能障害非該当が妥当である。

〔都の基準〕

1 「音声機能又は言語機能の著しい障害」(4級)について

音声又は言語機能の障害のため、音声、言語のみを用いて意思を疎通することが困難なものをいう。具体的な例は次のとおりである。

ア 喉頭の障害又は形態異常によるもの

イ 構音器官の障害又は形態異常によるもの(唇顎口蓋裂の後遺症によるものを含む。)

ウ 中枢性疾患によるもの

2 意思疎通困難の程度について

音声又は言語の障害の基準は、意思を疎通することが困難な度合によるが、具体的には以下の程度をもって判断することとする。

ア 「喪失」とは、発声はあるが、ほとんど肉親との会話の用をなさない場合、又は「手話」、「筆談」等でしか意思の疎通が図れない場合を言う。⇒3級

イ 「著しい障害」とは、肉親との会話は可能であるが、他人には通じない場合を言う。⇒4級

ウ 日常の会話が可能であれば、不明瞭で不便がある場合でも、障害とは認められない。⇒非該当

第2号様式(第3条関係)

身体障害者診断書・意見書(聴覚・平衡機能、音声・ 言語 又はそしゃく機能障害用) 総括表	
氏名 ○○○○	昭和50年 2月 19日生 男 女
住所 ○○○○○○○○	
① 障害名(部位を明記) 音声・言語機能障害	
② 原因となった 疾病・外傷名 不明	外傷・自然災害・疾病 先天性・その他()
③ 疾病・外傷発生年月日 不明 年 月 日	
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。)	
<p>知的障害あり、言語の理解・表出に発達の遅れあり。</p> <p style="text-align: right;">障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日</p>	
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入)	
<p>簡単な言語は理解するが、難しい文章は理解できない。発語も身近な物品の名称のみである。</p> <p style="text-align: right;">[将来再認定 要(軽度化・重度化)・不要] [再認定の時期 1年後・3年後・5年後]</p>	
⑥ その他参考となる合併症状 知的障害あり	
<p>上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。〒○○○○-○○○○ 令和3年 8月 1日 ○○○区○○○○○○○○ ○○病院 病院又は診療所の名称 電話○○(○○○○)○○○○ 所在地 診療担当科名 耳鼻咽喉科 医師氏名 ○○○○ 印</p>	
身体障害者福祉法第15条第3項の意見	
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に 該当する。 ・該当しない。	障害程度等級についての参考意見 <p style="text-align: center;">4 級相当</p>
<p>注 1 口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく障害に関しては、咬合異常による歯科矯正が必要であるか否かなどについて、歯科医師による診断書・意見書を添付してください。</p> <p>2 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせする場合があります。</p>	

(日本産業規格A列4番)

第4号様式（第3条関係）

3 音声・言語機能障害の状況及び所見

(1) 発声の状況

簡単な単語の発声、理解は可能。

(2) 意思そ通の程度

ア 発声はあるが、ほとんど肉親との会話の用をなさない。

イ 肉親との会話は可能であるが、他人には通じない（診断の際応答が不能である。）。
ウ 日常の会話が可能であるが、不明瞭で不便がある。

4 そしゃく機能障害の状況及び障害の程度

(1) 障害の状況

ア 重症筋無力症等の神経・筋疾患によるそしゃく機能障害

イ 延髄機能障害（仮性球麻痺、血管障害を含む）及び末梢神経障害によるもの

ウ 外傷、腫瘍切除等による顎（顎関節を含む）、口腔（舌、口唇、口蓋、頬、そしゃく筋等）、咽頭、喉頭の欠損等によるもの

エ 口唇・口蓋裂等の先天異常の後遺症による咬合異常によるもの

オ その他

[]

(2) 障害の程度

ア そしゃく・嚥下機能の障害の程度

(ア) 経口摂取ができないため、経管栄養を用いている（そしゃく機能の喪失3級）。

(イ) 経口摂取のみでは十分に栄養摂取できないため、経管栄養を併用している（そしゃく機能の著しい障害4級）。

(ウ) 開口できないため又は誤嚥の危険が大きいため摂取できる食物の内容又は摂取方法に著しい制限がある（そしゃく機能の著しい障害4級）。

(エ) その他

[]

事例 9(そしゃく) (適切な事例・口唇・口蓋裂)

・口唇・口蓋裂等の先天異常の後遺症によるそしゃく機能障害の認定には、都道府県知事の指定する歯科医師の診断書・意見書も併せて必要となる。

[解説]

口唇・口蓋裂に関しての所見があり、歯科医師による意見書から今後必要とする治療内容も明記されており、そしゃく機能障害(4級)が妥当である。

[都の基準]

そしゃく機能障害(口唇・口蓋裂等の先天異常の後遺症により歯科矯正を必要とするもの)の再認定のための診査の期日は、概ね歯科矯正の一応の成果が見られる3年後とする。

第2号様式(第3条関係)

身体障害者診断書・意見書(聴覚・平衡機能、音声・言語又はそしゃく機能障害用) 総括表	
氏名 ○○○○	平成28年 2月 26日生 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所 ○○○○○○○○	
① 障害名(部位を明記) そしゃく機能障害	
② 原因となった 疾病・外傷名	口唇・口蓋裂 外傷・自然災害・疾病 <input checked="" type="radio"/> 先天性・その他()
③ 疾病・外傷発生年月日 平成28年 2月26日	
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。) 平成30年9月1日、当院口腔外科にて右口唇形成術施行 平成31年1月15日、同所にて左口唇形成術施行 令和2年12月24日、口蓋形成術を施行	
障害固定又は障害確定(推定) 令和2年12月24日	
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入) 食物を切歯でかめないため、あまりかまずに飲み込んでいる。 なお、歯科矯正で改善が見込まれるため、再認定は3年後・軽度化とする。 [将来再認定 <input checked="" type="radio"/> 要 <input type="radio"/> 軽度化・ <input type="radio"/> 重度化)・不要] [再認定の時期 1年後・ <input checked="" type="radio"/> 3年後・5年後]	
⑥ その他参考となる合併症状	
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。〒○○○○-○○○○ 令和3年 8月 1日 ○○○区○○○○○○○○ ○○○病院 病院又は診療所の名称 電話○○(○○○○)○○○○ 所在地 診療担当科名 耳鼻咽喉科 医師氏名 ○○○○ <input checked="" type="radio"/> 印	
身体障害者福祉法第15条第3項の意見	
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に <input checked="" type="radio"/> 該当する ・該当しない。	障害程度等級についての参考意見 4 級相当
注 1 口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく障害に関しては、咬合異常による歯科矯正が必要であるか否かなどについて、歯科医師による診断書・意見書を添付してください。 2 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせする場合があります。	

(日本産業規格A列4番)

3 音声・言語機能障害の状況及び所見

(1) 発声の状況

(2) 意思そ通の程度

ア 発声はあるが、ほとんど肉親との会話の用をなさない。

イ 肉親との会話は可能であるが、他人には通じない(診断の際応答が不能である。)

ウ 日常の会話が可能であるが、不明瞭で不便がある。

4 そしゃく機能障害の状況及び障害の程度

(1) 障害の状況

ア 重症筋無力症等の神経・筋疾患によるそしゃく機能障害

イ 延髄機能障害(仮性球麻痺、血管障害を含む)及び末梢神経障害によるもの

ウ 外傷、腫瘍切除等による顎(顎関節を含む)、口腔(舌、口唇、口蓋、頬、そしゃく筋等)、咽頭、喉頭の欠損等によるもの

エ 口唇・口蓋裂等の先天異常の後遺症による咬合異常によるもの

オ その他

[]

(2) 障害の程度

ア そしゃく・嚥下機能の障害の程度

(ア) 経口摂取ができないため、経管栄養を用いている(そしゃく機能の喪失3級)。

(イ) 経口摂取のみでは十分に栄養摂取できないため、経管栄養を併用している(そしゃく機能の著しい障害4級)。

(ウ) 開口できないため又は誤嚥の危険が大きいため摂取できる食物の内容又は摂取方法に著しい制限がある(そしゃく機能の著しい障害4級)。

(エ) その他

[]

- イ 咬合異常によるそしゃく機能の障害の程度
- ア 口唇、口蓋等の先天異常の後遺症による著しい咬合障害があり、歯科矯正治療等を必要とする（そしゃく機能障害4級）。
- （イ） その他

[]

(備考)

- (1) 1から4までについては、関係部分の障害について記入すること。
- (2) 聴力障害の認定に当たっては、JIS規格によるオーディオメータで測定する。
dB値は、周波数500、1000、2000Hzにおいて測定した値をそれぞれa、b、cとした場合 $\frac{a+2b+c}{4}$ の算式により算定し、a、b、cのうちいずれか1又は2において100 dBの音が聴取できない場合は、当該dB値を105dBとして当該算式を計上し、聴力レベルを算定する。
- (3) そしゃく機能障害の認定に当たっては、小腸機能障害を併せ持つ場合は、必要とされる栄養摂取の方法等が、どちらの障害によるものであるか等について詳細に診断し、該当する障害について認定することが必要である。
- (4) 2から4については、該当する項目を○で囲むこと。

第15号様式(第4条関係)

<small>がい</small> 診断書・意見書(口唇・口蓋裂等の後遺症によるそしゃく機能障害用)		
氏名 ○○○○	平成28年 2月26日生	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女
住所 ○○○○○○○○		
現症 両側性口唇、口蓋裂による上顎骨の発育不全を認める。 左右口蓋裂櫛弓の狭窄による上下咬合不全。		
原因疾患名 口唇・口蓋裂		
治療経過 平成30年9月1日及び平成31年1月15日 口唇形成術施行 令和2年12月24日 口蓋形成術を施行		
今後必要とする治療内容 (1) 歯科矯正治療の要否 歯列の狭窄により歯科矯正治療の要ありを認める。 (2) <small>くう</small> 口腔外科的手術の要否 上下顎骨の発育状態により、将来至適時期での口腔外科的手術の可能性が見込まれる。 (3) 治療完了までの見込み 成長発育過程において、至適時期に治療を行う。 向後 10年 月		
現症をもとに上記のとおり申し述べる。併せて以下の意見を付す。 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に <input checked="" type="radio"/> 該当する <input type="radio"/> 該当しない 令和3年 8月 1日 病院又は診療所の名称及び所在地 ○○区○○○○○ ○○病院 標榜診療科名 歯科、口腔外科 歯科医師名 ○○○○ <input checked="" type="radio"/> 印		

(日本産業規格A列4番)

事例 10(そしゃく)

(適切な事例・経口摂取の制限)

- ・そしゃく機能障害(口唇・口蓋裂の後遺症等を除く)は、そしゃく・嚥下機能の低下に起因して経口摂取が制限される程度が認定のポイントになる。
- ・摂取できる食物の内容、摂取方法について、詳細に記載すること。
- ・また、そしゃく・嚥下を司る各器官の検査所見も必要に応じて記載すること。

〔解説〕

仮性球麻痺によるそしゃく・嚥下機能の著しい障害のため、摂取できる食物の内容に著しい制限があることから、そしゃく機能障害(4級)が妥当である。

〔都の基準〕

1 そしゃく機能の著しい障害(4級)について

著しいそしゃく・嚥下機能又は咬合異常によるそしゃく機能の著しい障害をいう。

具体的な例は、次のとおりである。

ア 重症筋無力症等の神経・筋疾患によるもの

イ 延髄機能障害(仮性球麻痺、血管障害を含む。)及び末梢神経障害によるもの

ウ 外傷・腫瘍切除等による顎(顎関節を含む。)口腔(舌、口唇、口蓋、頬、そしゃく筋等)、咽頭、喉頭の欠損等によるもの

エ 口唇・口蓋裂等の先天異常の後遺症による咬合異常によるもの

2 そしゃく機能の著しい障害(4級)と判断する状態について

「そしゃく・嚥下機能の低下に起因して、経口摂取のみでは十分な栄養摂取ができないために、経管栄養(口腔、鼻腔、胃瘻より胃内に管(チューブ)を挿入して流動食を注入して栄養を補給する方法)の併用が必要あるいは摂取できる食物の内容、摂取方法に著しい制限がある(*)状態」又は「口唇・口蓋裂等の先天異常の後遺症」による著しい咬合異常があるため、歯科矯正治療等を必要とする状態」をいう。

(*) 「摂取できる食物の内容、摂取方法に著しい制限がある」と判断する状態について

開口不能のため流動食以外は摂取できない状態又は誤嚥の危険が大きい状態、摂取が半固形物(ゼラチン・寒天・増粘剤添加物等)等、極度に限られる状態をいう。

身体障害者診断書・意見書(聴覚・平衡機能、音声・言語又はそしゃく機能障害用) 総括表	
氏名 ○○○○	昭和28年12月8日生 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所 ○○○○○○○○	
① 障害名(部位を明記) そしゃく機能障害(そしゃく・嚥下機能障害)	
② 原因となった 疾病・外傷名	脳血管障害(仮性球麻痺) 外傷・自然災害・ <input checked="" type="radio"/> 疾病 先天性・その他()
③ 疾病・外傷発生年月日	令和2年1月6日
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。) 令和2年6月より、嚥下機能、構音機能喪失に対して機能回復訓練を開始。下顎舌の運動が若干改善するが、嚥下機能は不良。舌の挺出、拳上運動は僅少である。流動食の摂取ではbolus(食塊)を口腔に保持したり、咽頭への送り込み動作が困難で、頭位を後屈させて受動的に半固形bolus(食塊)を咽頭食道部に下降させる。1回の食事の所要時間は45~60分である。むせることも頻発する。体重の減少も著しく(入院時40.9kg→令和3年8月33~34kg)、経管栄養の併用が必要である。 障害固定又は障害確定(推定) 令和2年12月24日	
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入) そしゃく・嚥下障害あり、半固形食材の経口摂取及び経管栄養で栄養を維持している [将来再認定 要(軽度化・重度化)・ <input checked="" type="radio"/> 不要] [再認定の時期 1年後・3年後・5年後]	
⑥ その他参考となる合併症状 運動性構音障害	
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。〒○○○○-○○○○ 令和3年8月2日 ○○○区○○○○○○○○ ○○病院 病院又は診療所の名称 電話○○(○○○○)○○○○ 所在地 診療担当科名 耳鼻咽喉科 医師氏名 ○○○○ <input checked="" type="radio"/> 印	
身体障害者福祉法第15条第3項の意見	
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に <input checked="" type="radio"/> 該当する。 ・該当しない。	障害程度等級についての参考意見 4 級相当
注 1 口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく障害に関しては、咬合異常による歯科矯正が必要であるか否かなどについて、歯科医師による診断書・意見書を添付してください。 2 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせる場合があります。	

第4号様式(第3条関係)

3 音声・言語機能障害の状況及び所見

(1) 発声の状況

運動性構音障害あり

(2) 意思そ通の程度

ア 発声はあるが、ほとんど肉親との会話の用をなさない。

イ 肉親との会話は可能であるが、他人には通じない(診断の際応答が不能である。)

ウ 日常の会話が可能であるが、不明瞭で不便がある。

4 そしゃく機能障害の状況及び障害の程度

(1) 障害の状況

ア 重症筋無力症等の神経・筋疾患によるそしゃく機能障害

イ 延髄機能障害(仮性球麻痺、血管障害を含む)及び末梢神経障害によるもの

ウ 外傷、腫瘍切除等による顎(顎関節を含む)、口腔(舌、口唇、口蓋、頬、そしゃく筋等)、咽頭、喉頭の欠損等によるもの

エ 口唇・口蓋裂等の先天異常の後遺症による咬合異常によるもの

オ その他

下顎舌の運動障害著明で、自発的開口が不能。舌の挺出、挙上も僅かである。
VF: 第1相でbolus(食塊)の保持、送り込みが不良。第2相で嚥下反射の遅れ、
第3相は問題ないが、梨上陥凹にpoolingあり
内視鏡: 梨上陥凹にpoolingあり、声門下への唾液のたれ込みあり

(2) 障害の程度

ア そしゃく・嚥下機能の障害の程度

(ア) 経口摂取ができないため、経管栄養を用いている(そしゃく機能の喪失3級)。

イ 経口摂取のみでは十分に栄養摂取できないため、経管栄養を併用している(そしゃく機能の著しい障害4級)。

(ウ) 開口できないため又は誤嚥の危険が大きいため摂取できる食物の内容又は摂取方法に著しい制限がある(そしゃく機能の著しい障害4級)。

(エ) その他

事例 11 (音声・そしゃく)

(適切な事例・指数合算)

- ・音声機能障害の具体例は、「喉頭の障害又は形態異常によるもの」「構音器官の障害又は形態異常によるもの」が示されている。
- ・そしゃく機能障害の具体例は、外傷・腫瘍切除等による顎（顎関節を含む）、口腔（舌、口唇、口蓋、頬、そしゃく筋等）、咽頭、喉頭の欠損等によるものが示されている。
- ・音声機能やそしゃく機能障害の具体的な原因、現症を記入すること。

[解説]

総合所見で「舌亜全摘後、皮弁で再建」とあるが、「構音の著しい障害あり」「経口摂取のみでは不十分で経管栄養を併用」とあることより、音声機能障害（4級）、そしゃく機能障害（4級）とするが、音声・言語機能障害とそしゃく機能障害が重複する場合、指数計算により上位の等級にすることはできないので、総合4級が妥当である。

第2号様式(第3条関係)

身体障害者診断書・意見書(聴覚・平衡機能、 音声・言語 又は そしゃく 機能障害用) 総括表	
氏名 ○○○○	昭和32年 8月 10日生 男 女
住所 ○○○○○○○○	
① 障害名(部位を明記) そしゃく機能障害、音声機能障害	
② 原因となった 疾病・外傷名 舌 癌	外傷・自然災害 疾病 先天性・その他()
③ 疾病・外傷発生年月日 令和 3年 1月 日	
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。)	
<p>令和3年1月22日初診 左舌癌 T4N2C StageⅣ 化学療法 2クール後 舌亜全摘、下顎骨区域切除施行</p> <p style="text-align: right;">障害固定又は障害確定(推定) 令和3年 9月 8日</p>	
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入)	
<p>舌のほとんどが皮弁で再建されている。このため、著しいそしゃく・嚥下障害を来していることから、そしゃく機能障害4級、さらに構音障害があることから音声・言語機能障害4級が認められる。</p> <p style="text-align: right;">[将来再認定 要(軽度化・重度化)・不要] [再認定の時期 1年後・3年後・5年後]</p>	
⑥ その他参考となる合併症状	
<p>上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。〒○○○○-○○○○ 令和3年 9月 27日 ○○○区○○○○○○○○ ○○病院 病院又は診療所の名称 電話○○(○○○○)○○○○ 所在地 診療担当科名 耳鼻咽喉科 医師氏名 ○○○○ 印</p>	
身体障害者福祉法第15条第3項の意見	
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px; display: inline-block;">該当する。</div> ・該当しない。	障害程度等級についての参考意見 音声・言語 4 級相当 そしゃく
<p>注 1 口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく障害に関しては、咬合異常による歯科矯正が必要であるか否かなどについて、歯科医師による診断書・意見書を添付してください。</p> <p>2 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせる場合があります。</p>	

(日本産業規格A列4番)

第4号様式(第3条関係)

3 音声・言語機能障害の状況及び所見

(1) 発声の状況

構音の著しい障害を認める。

(2) 意思そ通の程度

ア 発声はあるが、ほとんど肉親との会話の用をなさない。

イ 肉親との会話は可能であるが、他人には通じない(診断の際応答が不能である。)

ウ 日常の会話が可能であるが、不明瞭で不便がある。

4 そしゃく機能障害の状況及び障害の程度

(1) 障害の状況

ア 重症筋無力症等の神経・筋疾患によるそしゃく機能障害

イ 延髄機能障害(仮性球麻痺、血管障害を含む)及び末梢神経障害によるもの

ウ 外傷、腫瘍切除等による顎(顎関節を含む)、口腔(舌、口唇、口蓋、頬、そしゃく筋等)、咽頭、喉頭の欠損等によるもの

エ 口唇・口蓋裂等の先天異常の後遺症による咬合異常によるもの

オ その他

[]

(2) 障害の程度

ア そしゃく・嚥下機能の障害の程度

(ア) 経口摂取ができないため、経管栄養を用いている(そしゃく機能の喪失3級)。

(イ) 経口摂取のみでは十分に栄養摂取できないため、経管栄養を併用している(そしゃく機能の著しい障害4級)。

(ウ) 開口できないため又は誤嚥の危険が大きいため摂取できる食物の内容又は摂取方法に著しい制限がある(そしゃく機能の著しい障害4級)。

(エ) その他

[ミキサー食やとろみをつけた食事をしている。]

事例 12(音声・そしゃく) (不適切な事例・指数合算)

- ・音声機能喪失は、無喉頭、喉頭部外傷による喪失、発声筋麻痺による音声機能の喪失
- ・そしゃく機能喪失は、外傷・腫瘍切除等による顎(顎関節を含む)、口腔(舌、口唇、口蓋、頬、そしゃく筋等)、咽頭、喉頭の欠損等によるものとその具体例が示されている。
- ・音声機能やそしゃく機能喪失の具体的な現因、現症を記入すること。

〔解説〕

下咽頭癌は改善の見込みがなく、「両側反回神経麻痺による発声機能喪失」、「経口摂取は不可で経管栄養のみ(胃瘻)」とあることより、音声機能喪失(3級)、そしゃく機能喪失(3級)は適当であるが、総合2級ではなく、総合3級となる。(音声・言語障害とそしゃく障害の重複は、指数合算は行わない。)

第2号様式(第3条関係)

身体障害者診断書・意見書(聴覚・平衡機能、 音声・言語 又は そしゃく 機能障害用) 総括表	
氏名 ○○○○	昭和22年 11月 18日生 男 女
住所 ○○○○○○○○	
① 障害名(部位を明記) そしゃく機能障害(嚥下障害)、音声・言語機能障害	
② 原因となった 疾病・外傷名 下咽頭癌	外傷・自然災害 疾病 先天性・その他()
③ 疾病・外傷発生年月日 平成28年 7月 日頃	
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。) 下咽頭癌再発のため、両側声帯が動いておらず、上気道狭窄に対する気管切開処置のため、発声ができない。また、腫瘍が下咽頭～頸部食道を占拠しているため、経口摂取不能であり、胃瘻からの経管栄養を用いている。 障害固定又は障害確定(推定) 令和3年 4月 8日	
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入) 下咽頭癌は今後改善の見込みがないため、障害も改善の見込みがない。音声機能の喪失(3級)及び経管栄養以外に方法の無いそしゃく機能障害(嚥下障害)(3級)であり、合わせて2級に相当する。 [将来再認定 要(軽度化・重度化)・ 不要] [再認定の時期 1年後・3年後・5年後]	
⑥ その他参考となる合併症状	
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。〒○○○○-○○○○ 令和3年 8月 22日 ○○○区○○○○○○○○ ○○病院 病院又は診療所の名称 電話○○(○○○○)○○○○ 所 在 地 診 療 担 当 科 名 耳鼻咽喉科 医師氏名 ○○○○ 印	
身体障害者福祉法第15条第3項の意見	
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に 該当する。 ・該当しない。	障害程度等級についての参考意見 音声・言語 2 級相当 そしゃく
注 1 口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく障害に関しては、咬合異常による歯科矯正が必要であるか否かなどについて、歯科医師による診断書・意見書を添付してください。 2 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせる場合があります。	

(日本産業規格A列4番)

第4号様式(第3条関係)

③ 音声・言語機能障害の状況及び所見

(1) 発声の状況

両側反回神経麻痺にて、気管切開孔造設のため発声することができない。

(2) 意思そ通の程度

ア 発声はあるが、ほとんど肉親との会話の用をなさない。

イ 肉親との会話は可能であるが、他人には通じない(診断の際応答が不能である。)

ウ 日常の会話が可能であるが、不明瞭で不便がある。

④ そしゃく機能障害の状況及び障害の程度

(1) 障害の状況

ア 重症筋無力症等の神経・筋疾患によるそしゃく機能障害

イ 延髄機能障害(仮性球麻痺、血管障害を含む)及び末梢神経障害によるもの

ウ 外傷、腫瘍切除等による顎(顎関節を含む)、口腔(舌、口唇、口蓋、頬、そしゃく筋等)、咽頭、喉頭の欠損等によるもの

エ 口唇・口蓋裂等の先天異常の後遺症による咬合異常によるもの

⑤ その他

下咽頭から頸部食道を腫瘍が占拠しており、経口摂取ができない。

(2) 障害の程度

ア そしゃく・嚥下機能の障害の程度

① 経口摂取ができないため、経管栄養を用いている(そしゃく機能の喪失3級)。

(イ) 経口摂取のみでは十分に栄養摂取できないため、経管栄養を併用している(そしゃく機能の著しい障害4級)。

(ウ) 開口できないため又は誤嚥の危険が大きいため摂取できる食物の内容又は摂取方法に著しい制限がある(そしゃく機能の著しい障害4級)。

(エ) その他

3 東京都身体障害認定基準

東京都身体障害認定基準

(目的)

第1条 身体障害者の障害程度の認定については、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号。以下「法」という。）、身体障害者福祉法施行令（昭和25年政令第78号。以下「政令」という。）、身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第15号。以下「省令」という。）及び東京都身体障害者手帳に関する規則（東京都規則第215号。以下「規則」という。）に定めるもののほか、この基準に定めるところによる。

(障害の定義)

第2条 法別表に規定する「永続する」障害とは、原則としてその障害が将来とも回復する可能性が極めて少ないものであれば良く、必ずしも将来にわたって障害程度が不変のものに限らないものとする。

(乳幼児の障害認定)

第3条 乳幼児に係る障害認定は、障害の種類に応じて、障害の程度を判定することが可能となる年齢（概ね満3歳）以降に行うこととする。しかし、3才未満においても四肢の欠損等身体機能の障害が明らかな場合は、障害認定を行うこととする。

ただし、本認定基準は主として18歳以上のものを想定していることから、児童の場合その年齢を考慮して妥当と思われる等級を認定する。この場合、治療や訓練を行うことによって将来障害が軽減すると予想される時は、残存すると予想される障害の限度でその障害を認定することとする。

(加齢現象及び意識障害を伴う身体障害)

第4条 加齢現象に伴う身体障害及び意識障害を伴う身体障害については、法に言う「更生」が経済的、社会的独立のみを意味するものではなく、日常生活能力の回復をも含む広義のものであるところから、日常生活能力の回復の可能性又は身体障害の程度に着目し障害認定を行うこととする。

なお、意識障害を伴う身体障害の場合、その障害認定については常時の医学的管理を要しなくなった時点で行うものとする。

(知的障害をもつ者の身体障害)

第5条 身体障害の判定にあたっては、知的障害等の有無に係わらず、法別表に掲げる障害を有すると認められる者は法の対象として取り扱うものとする。ただし、身体の障害が明らかに知的障害等に起因する場合は、身体障害として認定しないこととする。

(7級の障害及び重複障害)

第6条 7級の障害は1つのみでは法の対象とはならないが、7級の障害が2つ以上重複する場合または7級の障害が6級以上の障害と重複する場合は、法の対象となるも

のである。

第7条 二以上の障害が重複する場合の障害等級は、次により認定することとする。

1 障害等級の認定方法

(1) 二つ以上の障害が重複する場合の障害等級は、重複する障害の合計指数に応じて、次により認定することとする。

合計指数	認定等級
18以上	1 級
11～17	2 級
7～10	3 級
4～6	4 級
2～3	5 級
1	6 級

(2) 合計指数の算定方法

ア 合計指数は、次の等級別指数表により各々の障害の該当する等級の指数を合計したものとする。

障害等級	指数
1 級	18
2 級	11
3 級	7
4 級	4
5 級	2
6 級	1
7 級	0.5

イ 合計指数算定の特例

同一の上肢又は下肢に重複して障害がある場合の当該一上肢又は一下肢に係る合計指数は、機能障害のある部位（機能障害が2か所以上ある時は上位の部位とする。）から上肢又は下肢を欠いた場合の障害等級に対応する指数の値を限度とする。

(例1)

右上肢のすべての指を欠くもの 3 級 等級別指数 7

右上肢の手関節の全廃 4 級 等級別指数 4

合 計 11

上記の場合、指数の合計は11となるが次の障害の指数が限度となるため合計指数は7となる。

右上肢を手関節から欠くもの 3級 等級別指数 7
 (例2)

左上肢の肩関節の全廃 4級 等級別指数 4
 " 肘関節 " 4級 " 4
 " 手関節 " 4級 " 4

上記の場合、指数の合計は12となるが次の障害の指数が限度となるため合計指数は11となる。

左上肢を肩関節から欠くもの 2級 等級別指数 11

ウ 肢体不自由の場合の特例

肢体不自由に関しては、個々の関節や手指等の機能障害の指数を、視覚障害や内部障害等の指数と同列に単純合算するのではなく、原則として「上肢、下肢、体幹」あるいは「上肢機能、移動機能」の区分の中で中間的に指数合算し、さらに他の障害がある場合には、その障害の指数と合算することで合計指数を算定することとする。指数合算する際の中間とりまとめの区分は下表のとおりとする。

ただし、前記イの「合計指数算定の特例」における同一の上肢又は下肢に係る合計指数の上限の規定は、この中間指数の取りまとめの規定に優先するものである。

合計指数	中間指数	障害区分 (指数合算の中間とりまとめ区分)
↓ 原則 排除 ↑		視力障害
		視野障害
		聴覚障害
		平衡機能障害
		音声・言語・そしゃく機能障害
		上肢不自由
		下肢不自由
		体幹不自由
		上肢機能障害
		移動機能障害
		心臓機能障害
		じん臓機能障害
		呼吸器機能障害
		ぼうこう又は直腸機能障害
		小腸機能障害
	免疫機能障害	
	肝臓機能障害	

2 認定上の留意事項

- (1) 音声機能障害、言語機能障害及びそしゃく機能障害の重複については1の認定方法を適用しない。
- (2) 体幹機能障害と下肢機能障害は原則として1の認定方法を適用して差し支えない

が、例えば、神経麻痺で起立困難なもの等については体幹及び下肢の機能障害として重複認定すべきではなく、体幹又は下肢の単独の障害として認定するものである。

(3) 聴覚障害と音声・言語機能障害が重複する場合は、1の認定方法を適用して差し支えない。

例えば、聴力レベル100dB以上の聴覚障害（2級指数11）と音声・言語機能の喪失（3級指数7）の障害が重複する場合は1級（合計指数18）とする。

(4) 7級の障害は、等級別指数を0.5とし、6級以上の障害と同様に取り扱って合計指数を算定する。

(5) この指数加算方式により障害程度認定を行う必要があると認める場合には、診断書総括表中の①障害名欄の余白に各障害部位別に障害程度等級の意見を記載すること。

(例) 総合等級2級の場合 左全手指切断 (3級)
右足関節機能全廃 (5級)
右肩関節機能全廃 (4級)

3 その他

上記により認定される障害等級が著しく均衡を欠くと認められるものについては、東京都社会福祉審議会の意見を聞くものとする。

(個別障害基準について)

第8条 身体障害程度等級における個別の障害種目に係る認定基準については、別紙「障害程度等級表解説」のとおりとする。

(障害再認定対象者)

第9条 政令第6条第1項の規定に基づき、法第17条の2第1項の規定による区市町村長の診査又は児童福祉法（昭和22年法律第164号）第19条第1項の規定による保健所長の診査を受けるべき旨の通知を行う再認定対象者は、原則として別表「身体障害者福祉法施行規則第3条の規定による疾患・症例一覧」で再認定が必要とされている疾患・症例に該当する者とする。

ただし、進行性の病変による障害を有し、将来、障害程度の重度化が予想される者は本条の再認定対象者とはしない。

(再認定のための診査の期日)

第10条 政令第6条第1項の規定に基づき知事が指定する診査の期日は、身体障害者手帳交付時から1年以上5年以内とする。

4 身体障害認定基準等の 取扱いに関する疑義について

身体障害認定基準等の取扱いに関する疑義について

質 疑	回 答
<p>[総括事項]</p> <p>1. 遷延性意識障害者に対する身体障害者手帳の交付に関して、日常生活能力の回復の可能性を含めて、どのように取り扱うのが適当か。</p> <p>2. 加齢現象に伴う身体障害及び意識障害を伴う身体障害にも、日常生活能力の可能性、程度に着目して認定することは可能と思われるが、以下の場合についてはどうか。</p> <p>ア. 老衰により歩行が不可能となった場合等でも、歩行障害で認定してよいか。</p> <p>イ. 脳出血等により入院加療中の者から、片麻痺あるいは四肢麻痺となり、体幹の痙性麻痺及び各関節の屈曲拘縮、著しい変形があり、寝たきりの状態である者から手帳の申請があった場合、入院加療中であることなどから非該当とするのか。</p> <p>3. アルツハイマー病に起因した廃用性障害により、寝たきりの生活となり、全面的に介助を要する状態にある場合、二次的な障害として障害認定することは可能か。</p>	<p>遷延性意識障害については、一般的に回復の可能性を否定すべきではなく、慎重に取り扱うことが必要である。</p> <p>また、原疾患についての治療が終了し、医師が医学的、客観的な観点から、機能障害が永続すると判断できるような場合は、認定の対象となるものと考えられる。</p> <p>ア. 加齢のみを理由に身体障害者手帳を交付しないことは適当ではなく、身体障害者の自立と社会経済活動への参加の促進を謳った身体障害者福祉法の理念から、近い将来において生命の維持が困難となるような場合を除き、認定基準に合致する永続する機能障害がある場合は、認定できる可能性はある。</p> <p>イ. 入院中であるなしかかわらず、原疾患についての治療が終了しているのであれば、当該機能の障害の程度や、永続性によって判定することが適当である。</p> <p>アルツハイマー病に限らず、老人性の痴呆症候群においては、精神機能の衰退に起因する日常生活動作の不能な状態があるが、この疾病名をもって身体障害と認定することは適当ではない。</p> <p>ただし、関節可動域の制限や筋力低下等の状態が認定基準に合致し、永続するものである場合には、二次的であるか否かにかかわらず、当該身体機能の障害として認定することは可能である。</p>

質 疑	回 答
<p>4. 乳幼児に係る障害認定は、「概ね満3歳以降」となっているが、どのような障害についてもこれが適用されると考えてよいか。</p>	<p>乳幼児については、障害程度の判定が可能となる年齢が、一般的には「概ね満3歳以降」と考えられることから、このように規定されているところである。</p> <p>しかしながら、四肢欠損や無眼球など、障害程度や永続性が明確な障害もあり、このような症例については、満3歳未満であっても認定は可能である。</p>
<p>5. 満3歳未満での障害認定において、四肢欠損等の障害程度や永続性が明らかな場合以外でも、認定できる場合があるのか。</p> <p>また、その際の障害程度等級は、どのように決定するのか。（現場では、満3歳未満での申請においては、そもそも診断書を書いてもらえない、一律最下等級として認定されるなどの誤解が見受けられる。）</p>	<p>医師が確定的な診断を下し難い満3歳未満の先天性の障害等については、障害程度が医学的、客観的データから明らかな場合は、発育により障害の状態に変化が生じる可能性があることを前提に、</p> <p>①将来再認定の指導をした上で、 ②障害の完全固定時期を待たずに、 ③常識的に安定すると予想し得る等級で、 障害認定することは可能である。</p> <p>また、このような障害認定をする際には、一律に最下級として認定する必要はなく、ご指摘の</p> <p>①満3歳未満であることを理由に、医師が診断書を書かない、 ②満3歳未満で将来再認定を要する場合は、とりあえず最下等級で認定しておく、などの不適切な取扱いのないよう、いずれの障害の認定においても注意が必要である。</p> <p>なお、再認定の詳細な取扱いについては、「身体障害者障害程度の再認定の取り扱いについて」（平成12年3月31日 障第276号通知）を参照されたい。</p>
<p>6. 満3歳未満での障害認定において、ア. 医師の診断書（総括表）の総合所見において、「将来再認定不要」と診断している場合は、発育による変化があり得ないと判断し、障害認定してかまわない</p>	<p>ア. 障害程度や永続性が明確な症例においては、再認定の指導を要さない場合もあり得るが、発育等による変化があり得ると予想されるにもかかわらず、再認定が不要あるいは未記載となっている場合に</p>

質 疑	回 答
<p>か。</p> <p>イ. また、診断書に「先天性」と明記されている脳原性運動機能障害の場合など、幼少時期の障害程度に比して成長してからの障害程度に明らかな軽減が見られる場合もあるが、「先天性」と「将来再認定」の関係はどのように考えるべきか。</p>	<p>は、診断書作成医に確認をするなどして、慎重に取り扱うことが必要である。</p> <p>イ. 1歳未満の生後間もない時期の発症によるものについては、発症時期が明確に定まらないために「先天性」とされる場合がある。先天性と永続性は必ずしも一致しないことから、申請時において将来的に固定すると予想される障害の程度をもって認定し、将来再認定の指導をすることが適切な取扱いと考えられる。</p>
<p>7. 医師が診断書作成時に、将来再認定の時期等を記載する場合としては、具体的にどのような場合が想定されているのか。</p>	<p>具体的には以下の場合であって、将来、障害程度がある程度変化することが予想される場合に記載することを想定している。</p> <p>ア. 発育により障害程度に変化が生じることが予想される場合</p> <p>イ. 進行性の病変による障害である場合</p> <p>ウ. 将来的な手術により、障害程度が変化することが予想される場合 等</p>
<p>8. 身体障害者福祉法には国籍要件がないが、実際に日本国内に滞在している外国人からの手帳申請に関しては、どのように取り扱うべきか。</p>	<p>日本で暮らす外国人の場合は、その滞在が合法的であり、身体障害者福祉法第1条等の理念に合致するものであれば、法の対象として手帳を交付することができる。</p> <p>具体的には、在留カード等によって居住地が明確であり、かつ在留資格（ビザ）が有効であるなど、不法入国や不法残留に該当しないことが前提となるが、違法性がなくても「興行」、「研修」などの在留資格によって一時的に日本に滞在している場合は、手帳交付の対象とすることは想定していない。</p>
<p>9. 診断書（総括表）に将来再認定の可否や時期が記載されている場合は、手帳本体にも有効期限等を記載することになるのか。</p>	<p>診断書の将来再認定に関する記載事項は、再認定に係る審査の事務手続き等に要するものであり、身体障害者手帳への記載や手帳の有効期限の設定を求めるものではない。</p>

質 疑	回 答																															
<p>10. 心臓機能障害3級とじん臓機能障害3級の重複障害の場合は、個々の障害においては等級表に2級の設定はないが、総合2級として手帳交付することは可能か。</p> <p>11. 複数の障害を有する重複障害の場合、特に肢体不自由においては、指数の中間的な取りまとめ方によって等級が変わる場合があるが、どのレベルまで細分化した区分によって指数合算するべきか。</p> <p>(例)</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">右手指全欠：3級 (指数7)</td> <td style="width: 33%;">} 特例3級</td> <td style="width: 33%;">} 3級</td> </tr> <tr> <td>右手関節全廃：4級 (指数4)</td> <td>} (指数7)</td> <td>} (指数7)</td> </tr> <tr> <td>左手関節著障：5級 (指数2)</td> <td>} (指数2)</td> <td>} (指数2)</td> </tr> <tr> <td>右膝関節軽障：7級 (指数0.5)</td> <td>} (指数0.5)</td> <td>} 6級</td> </tr> <tr> <td>左足関節著障：6級 (指数1)</td> <td>} (指数1)</td> <td>} (指数1)</td> </tr> <tr> <td>視力障害：5級 (指数2)</td> <td>} (指数2)</td> <td>} (指数2)</td> </tr> </table>	右手指全欠：3級 (指数7)	} 特例3級	} 3級	右手関節全廃：4級 (指数4)	} (指数7)	} (指数7)	左手関節著障：5級 (指数2)	} (指数2)	} (指数2)	右膝関節軽障：7級 (指数0.5)	} (指数0.5)	} 6級	左足関節著障：6級 (指数1)	} (指数1)	} (指数1)	視力障害：5級 (指数2)	} (指数2)	} (指数2)	<p>それぞれの障害等級の指数を合計することにより、手帳に両障害名を併記した上で2級として認定することは可能である。</p> <p>肢体不自由に関しては、個々の関節や手指等の機能障害の指数を、視覚障害や内部障害等の指数と同列に単純合算するのではなく、原則として「上肢、下肢、体幹」あるいは「上肢機能、移動機能」の区分の中で中間的に指数合算し、さらに他の障害がある場合には、その障害の指数と合算することで合計指数を求めることが適当である。</p> <p>指数合算する際の間とりまとめの最小区分を例示すると、原則的に下表のように考えられ、この事例の場合は3級が適当と考えられる。</p>													
右手指全欠：3級 (指数7)	} 特例3級	} 3級																														
右手関節全廃：4級 (指数4)	} (指数7)	} (指数7)																														
左手関節著障：5級 (指数2)	} (指数2)	} (指数2)																														
右膝関節軽障：7級 (指数0.5)	} (指数0.5)	} 6級																														
左足関節著障：6級 (指数1)	} (指数1)	} (指数1)																														
視力障害：5級 (指数2)	} (指数2)	} (指数2)																														
<p>(指数合計) 計16.5 計12.5 計10</p> <p>* この場合、6つの個々の障害の単純合計指数は16.5であるが、指数合算の特例により右上肢は3級(指数7)となり、指数合計12.5で総合2級として認定するのか、あるいは肢体不自由部分を上肢不自由と下肢不自由でそれぞれ中間的に指数合算し、3つの障害の合計指数10をもって総合3級とするのか。</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">合計指数</th> <th style="width: 15%;">中間指数</th> <th style="width: 70%;">障 害 区 分</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td>視力障害</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>視野障害</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>聴覚障害</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>平衡機能障害</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>音声・言語・そしゃく機能障害</td></tr> <tr><td rowspan="12" style="vertical-align: middle; text-align: center;">原則 排除</td><td rowspan="6" style="vertical-align: middle; text-align: center;">↓</td><td>上肢不自由</td></tr> <tr><td>下肢不自由</td></tr> <tr><td>体幹不自由</td></tr> <tr><td>上肢機能障害</td></tr> <tr><td>移動機能障害</td></tr> <tr><td>心臓機能障害</td></tr> <tr><td>じん臓機能障害</td></tr> <tr><td>呼吸器機能障害</td></tr> <tr><td>ぼうこう又は直腸機能障害</td></tr> <tr><td>小腸機能障害</td></tr> <tr><td>免疫機能障害(HIV)</td></tr> </tbody> </table> <p>ただし、認定基準中、六-1-(2)の「合計指数算定の特例」における上肢又は下肢のうちの一肢に係る合計指数の上限の考え方</p>	合計指数	中間指数	障 害 区 分			視力障害			視野障害			聴覚障害			平衡機能障害			音声・言語・そしゃく機能障害	原則 排除	↓	上肢不自由	下肢不自由	体幹不自由	上肢機能障害	移動機能障害	心臓機能障害	じん臓機能障害	呼吸器機能障害	ぼうこう又は直腸機能障害	小腸機能障害	免疫機能障害(HIV)
合計指数	中間指数	障 害 区 分																														
		視力障害																														
		視野障害																														
		聴覚障害																														
		平衡機能障害																														
		音声・言語・そしゃく機能障害																														
原則 排除	↓	上肢不自由																														
		下肢不自由																														
		体幹不自由																														
		上肢機能障害																														
		移動機能障害																														
		心臓機能障害																														
	じん臓機能障害																															
	呼吸器機能障害																															
	ぼうこう又は直腸機能障害																															
	小腸機能障害																															
	免疫機能障害(HIV)																															

質 疑	回 答
<p>12. 脳血管障害に係る障害認定の時期については、発症から認定までの観察期間が必要と考えるがいかがか。</p> <p>また、その場合、観察期間はどの位が適切か。</p>	<p>は、この中間指数のとりまとめの考え方に優先するものと考えられたい。</p> <p>脳血管障害については、四肢の切断や急性疾患の後遺障害などとは異なり、どの程度の機能障害を残すかを判断するためには、ある程度の観察期間が必要と考えられる。</p> <p>しかしながら、その期間については一律に定められるものではなく、障害部位や症状の経過などにより、それぞれの事例で判断可能な時期以降に認定することとなる。</p> <p>なお、発症後3か月程度の比較的早い時期での認定においては、将来再認定の指導をするなどして慎重に取り扱う必要がある。</p>
<p>13. 肢体不自由や内臓機能の障害などの認定においては、各種の検査データと動作、活動能力等の程度の両面から判定することとなっているが、それぞれの所見に基づく等級判定が一致しない場合は、より重度の方の判定をもって等級決定してよいか。</p> <p>あるいは、このような場合に優先関係等の考え方があるのか。</p>	<p>いずれの障害においても、検査データと活動能力の評価の間に著しい不均衡がある場合は、第一義的には診断書作成医に詳細を確認するか、又は判断可能となるための検査を実施するなどの慎重な対処が必要であり、不均衡のまま重度の方の所見をもって等級決定することは適當ではない。</p> <p>また、活動能力の程度とは、患者の症状を表すものであって医学的判定とはいえず、これを障害程度の判定の基礎とすることは適當ではない。したがって、活動能力の程度については、検査数値によって裏付けられるべきものとして考えられたい。</p> <p>しかしながら、障害の状態によっては、検査数値を得るための検査自体が、本人に苦痛を与える、又は状態を悪化させるなど、検査の実施が極めて困難な場合には、医師が何らかの医学的、客観的な根拠をもって、活動能力の程度を証明できる場合には、この活動能力の程度をもって判定を行うことも想定し得る。</p>

質 疑	回 答
<p>14. 手帳の交付事務に関して、個々の事例によって事務処理に係る期間に差があると思われるが、標準的な考え方はあるのか。</p>	<p>手帳の申請から交付までに要する標準的な事務処理期間としては、概ね60日以内を想定しており、特に迅速な処理を求められるH I Vの認定に関しては、1～2週間程度(「身体障害認定事務の運用について」平成8年7月17日障企第20号)を想定しているところである。</p>

質 疑	回 答
<p>[聴覚・平衡機能障害]</p> <p>1. 満3歳未満の乳幼児に係る認定で、ABR（聴性脳幹反応検査）等の検査結果を添えて両側耳感音性難聴として申請した場合であっても、純音検査が可能となる概ね満3歳時以降を待って認定することになるのか。</p> <p>2. 老人性難聴のある高齢者に対する認定については、どのように考えるべきか。</p> <p>3. 聴覚障害の認定において、気導聴力の測定は必須であるが、骨導聴力の測定も実施する必要があるのか。</p> <p>4. 人工内耳埋め込み術後の一定の訓練によって、ある程度のコミュニケーション能力が獲得された場合、補聴器と同様に人工内耳の電源を切った状態で認定できると考えてよいか。</p> <p>5. オージオメータによる検査では、100dBの音が聞き取れないものは、105dBとして算定することとなっている。一方、平成12年改正のJIS規格に適合するオージオメータでは120dBまで測定可能である</p>	<p>乳幼児の認定においては、慎重な対応が必要である。聴力についてはオージオメータによる測定方法を主体としているが、それができず、ABR等による客観的な判定が可能な場合については、純音聴力検査が可能となる年齢になった時点で将来再認定することを指導した上で、現時点で将来的に残存すると予想される障害の程度をもって認定することが可能である。</p> <p>高齢者の難聴については、単に聴力レベルの問題以外に、言葉が聞き分けられないなどの要因が関与している可能性があり、こうした場合は認定に際して困難を伴うことから、初度の認定を厳密に行う必要がある。また、必要に応じて将来再認定の指導をする場合もあり得る。</p> <p>聴力レベルの測定には、一般的には気導聴力の測定をもって足りるが、診断書の内容には障害の種類を記入するのが通例であり、障害の種類によっては骨導聴力の測定が必要不可欠となる場合もある。</p> <p>認定可能であるが、人工内耳の埋め込み術前の聴力レベルが明らかであれば、その検査データをもって認定することも可能である。</p> <p>平均聴力レベルの算式においては、a、b、cのいずれの周波数においても、100dB以上の音が聞き取れないものについては、120dBまで測定できたとしてもすべて105dBとして計算することとなる。</p>

質 疑	回 答
<p>が、この場合、120dB の音が聞き取れないものについては、当該値を 125dB として算定することになるのか。</p>	<p>使用する検査機器等によって、等級判定に差が生じないよう配慮する必要がある。</p>
<p>6. 語音明瞭度の測定においては、両耳による普通話声の最良の語音明瞭度をもって測定することとなっているが、具体的にはどのように取り扱うのか。</p>	<p>純音による平均聴力レベルの測定においては、左右別々に測定し、低い方の値をもって認定することが適当である。</p> <p>語音明瞭度の測定においても、左右別々に測定した後、高い方の値をもって認定するのが一般的である。</p>
<p>7. 「ろうあ」は、重複する障害として1級になると考えてよいか。</p>	<p>先天性ろうあ等の場合で、聴覚障害2級（両耳全ろう）と言語機能障害3級（音声言語による意思疎通ができないもの）に該当する場合は、合計指数により1級として認定することが適当である。</p>
<p>8. 認定要領中、「聴覚障害に係る身体障害者手帳を所持しない者に対し、2級を診断する場合、聴性脳幹反応等の他覚的聴覚検査又はそれに相当する検査を実施」とあるが、</p> <p>ア. 過去に取得歴があり、検査時に所持していない場合はどのように取り扱うのか。</p> <p>イ. それに相当する検査とはどのような検査か。</p>	<p>ア. 過去に取得歴があっても検査時に所持していない場合は、他覚的聴覚検査等を実施されたい。</p> <p>イ. 遅延側音検査、ロンバールテスト、ステンゲルテスト等を想定している。</p>
<p>9. 脊髄性小脳変性症など、基本的に四肢体幹に器質的な異常がないにもかかわらず、歩行機能障害を伴う障害の場合は、平衡機能障害として認定することとされているが、脳梗塞、脳血栓等を原因とした小脳部位に起因する運動失調障害についても、その障害が永続する場合には同様の取扱いとするべきか。</p>	<p>同様に取り扱うことが適当である。</p> <p>脊髄小脳変性症に限らず、脳梗塞等による運動失調障害による場合であっても、平衡機能障害よりも重度の四肢体幹の機能障害が生じた場合は、肢体不自由の認定基準をもって認定することはあり得る。</p>

質 疑	回 答
<p>10. 小脳全摘術後の平衡機能障害（3級）で手帳を所持している者が、その後脳梗塞で著しい片麻痺となった。基本的に平衡機能障害と肢体不自由は重複認定できないため、このように後発の障害によって明らかに障害が重度化した場合、どちらか一方の障害のみでは適切な等級判定をすることができない。</p> <p>このような場合は両障害を肢体不自由の中で総合的に判断して等級決定し、手帳再交付時には手帳名を「上下肢機能障害」と記載して、「平衡機能障害」は削除すべきと考えるがいかがか。</p>	<p>平衡機能障害は、器質的な四肢体幹の機能障害では認定しきれない他覚的な歩行障害を対象としていることから、肢体不自由との重複認定はしないのが原則である。</p> <p>しかしながらこのような事例においては、歩行機能の障害の基礎にある「平衡機能障害+下肢機能障害」の状態を、「下肢機能障害（肢体不自由）」として総合的に等級を判定し、「上肢機能障害（肢体不自由）」の等級指数との合計指数によって総合等級を決定することはあり得る。</p> <p>このように総合的等級判定がなされる場合には、手帳の障害名には「平衡機能障害」と「上下肢機能障害」の両方を併記することが適当である。</p>

質 疑	回 答
<p>[音声・言語・そしゃく機能障害]</p> <p>1. 「ろうあ」に関する認定で、聴覚障害としては100dBの全ろうで、言語機能障害としては「手話、口話又は筆談では意思の疎通が図れるが、音声言語での会話では家族や肉親でさえ通じないもの」に該当する場合、どのように認定するのか。</p> <p>2. アルツハイマー病で、疾病の進行により神経学的所見がないにも係わらず、日常生活動作が全部不能となっているケースを身体障害者として認定してよいか。 又、アルツハイマー病による脳萎縮が著明で、音声・言語による意思疎通ができないものは、脳血管障害による失語症と同等と見なし、音声・言語機能障害として認定してよいか。</p> <p>3. 音声・言語機能障害に関して、 ア. 筋萎縮性側索硬化症あるいは進行性筋ジストロフィー等の疾病により気管切開し、人工呼吸器を常時装着しているために発声不能となっている者について、音声機能の喪失としても認定できるか。 (本症例はすでに呼吸器機能障害として認定されている。) イ. 事故により肺活量が低下し、気管切開してカニューレ挿入している者で、将来とも閉鎖できないと予想される場合については、音声機能の喪失等として認定できるか。</p> <p>4. 食道閉鎖症により、食道再建術・噴門形成術を行ったもので、経管栄養は行っていないが、誤嚥による肺炎を頻発している場合は、著しいそしゃく・嚥下機能障害とし</p>	<p>聴覚障害2級と言語機能障害3級(喪失)との重複障害により、指数合算して1級と認定することが適当である。</p> <p>アルツハイマー病に限らず、老人性痴呆症候群は、精神機能の全般的衰退によるものであって、言語中枢神経又は発声・発語器官の障害ではないことから、これらに起因する日常生活動作の不能の状態や意思疎通のできない状態をもって、音声・言語機能障害と認定することは適当ではない。</p> <p>ア. 筋萎縮性側索硬化症の患者の場合、呼吸筋の麻痺が完全なものであれば、喉頭筋麻痺の有無にかかわらず、発声の基本になる呼気の発生ができないので、喉頭は無機能に等しい。したがって、音声機能障害の3級として認定することも可能である。 イ. 喉頭や構音器官の障害又は形態異常が認められず、中枢性疾患によるものでもないため、気管切開の状態のみをもって音声機能障害又は呼吸器機能障害として認定することは適当ではない。</p> <p>本症例は、食道の機能障害であることから、そしゃく・嚥下機能障害として認定することは適当ではない。</p>

質 疑	回 答
<p>て認定できるか。</p> <p>5. 認定基準及び認定要領中、音声機能障害、言語機能障害、そしゃく機能障害については、各障害が重複する場合は指数合算による等級決定（重複認定）はしないこととなっているが、</p> <p>ア. 手帳における障害名の記載に関しては、障害名の併記は可能と考えてよいか。</p> <p>イ. また、下顎腫瘍切除術後による「そしゃく機能の著しい障害」（4級）と大脳言語野の病変による「言語機能障害（失語症）」（3級）の合併などの場合は、障害部位が同一ではないことから、指数合算して重複認定（2級）することが必要となる場合もあり得ると考えるが、このような取扱いは可能か。</p> <p>6. 3歳時に知的障害の診断を受けている。音声模倣は明瞭な発声で行うことができるが、意味のある言語を発する事はできない。したがって、家族との音声言語による意志疎通が著しく困難である。この場合、言語機能の喪失として認定してよいか。</p>	<p>いずれも可能と考えられる。</p> <p>認定基準等においては、舌切除等に伴う舌機能廃絶によって構音障害及びそしゃく・嚥下機能障害を同時にきたす場合など、同一疾患、同一障害部位に対して、異なる障害区分から判定したそれぞれの指数を合算して重複認定することは適当ではないとの原則を示したもので、一般的にはより重度と判定された障害区分の等級をもって認定することを意味している。</p> <p>しかしながら、この事例のように障害部位や疾患が異なり（そしゃく嚥下器官の障害と言語中枢の障害）、どちらか一方の障害をもって等級決定することが明らかに本人の不利益となる場合には、指数合算を要する重複障害として総合的に等級決定することはあり得る。</p> <p>言語機能の障害について、明らかに知的障害に起因した言語発達遅滞と認められる場合は、言語機能の障害として認定することは適当ではない。</p> <p>このため、必要に応じて発達上の障害の判定に十分な経験を有する医師に対し、これが知的障害に起因する言語発達遅滞によるものか、また、失語症や構音機能の障害等によるものと考えられるかの診断を求め、それに基づき適切に判断されたい。</p>

5 聴覚・平衡機能、音声・言語機能又はそしゃく機能障害等級表と診断のポイント

聴覚・平衡機能、音声・言語・そしゃく機能障害

障害程度等級表

級別	聴覚障害	平衡機能障害	音声機能・言語機能 又はそしゃく機能の障害
1 級			
2 級	両耳の聴力レベルがそれぞれ 100デシベル以上のもの（両耳 全ろう）		
3 級	両耳の聴力レベルが90デシ ベル以上のもの （耳介に接しなければ大声語を 理解し得ないもの）	平衡機能の極 めて著しい障害	音声機能、言語機能又 はそしゃく機能のそう失
4 級	1 両耳の聴力レベルが80デ シベル以上のもの （耳介に接しなければ話声語を 理解し得ないもの） 2 両耳による普通話声の最良 の語音明瞭度が50パーセン ト以下のもの		音声機能、言語機能又 はそしゃく機能の著しい 障害
5 級		平衡機能の著 しい障害	
6 級	1 両耳の聴力レベルが70デ シベル以上のもの （40センチメートル以上の距 離で発声された会話を理解 し得ないもの） 2 1側耳の聴力レベルが90 デシベル以上、他側耳の聴力レ ベルが50デシベル以上のも の		

一 障害程度等級表解説

1 聴覚又は平衡機能の障害

(1) 聴覚障害

ア 聴力測定には純音による方法と言語による方法とがあるが、聴力障害を表すにはオーディオメータによる方法を主体とする。

イ 聴力測定は、補聴器を装着しない状態で行う。

ウ 検査は防音室で行うことを原則とする。

エ 純音オーディオメータ検査

(ア) 純音オーディオメータは J I S 規格を用いる。

(イ) 聴力レベルは会話音域の平均聴力レベルとし、周波数 500、1000、2000 ヘルツの純音に対する聴力レベル (d B 値) をそれぞれ a、b、c とした場合、次の算式により算定した数値とする。

$$\frac{a + 2b + c}{4}$$

周波数 500、1000、2000 ヘルツの純音のうち、いずれか 1 又は 2 において、100 d B の音が聴取できない場合は当該部分の d B を 105 d B とし、上記算式を計上し、聴力レベルを算定する。

なお、前述の検査方法にて短期間中に数回聴力測定を行った場合は、最小の聴力レベル (d B 値) をもって被検査者の聴力レベルとする。

オ 語音による検査

(ア) 語音明瞭度の検査語は、次に定める語集による。検査に当たっては、通常の会話音の強さでマイク又は録音機により発声し、その音量を適度に調節し、被検査者に最も適した状態で行う。

検査語はその配列を適宜変更しながら 2 乃至 3 秒に 1 語の割合で発声し、それを被検査者に書きとらせ、その結果、正答した語数を検査語の総数で除して、求められた値を普通話声の最良の語音明瞭度とする。

スピーチオーディオグラムを使用する場合、そこで描かれた語音明瞭度曲線から得られるその最高明瞭度を以って、語音明瞭度の結果とする。

語音明瞭度検査語集

イ	シ	タ	オ	ノ	マ	ナ	カ	ト	テ
ニ	ク	コ	ワ	デ	ガ	ス	キ	サ	ウ
ラ	モ	ル	ア	ツ	リ	ダ	ヨ	チ	ハ
ミ	レ	エ	ソ	ヤ	ネ	ド	ケ	セ	ロ
パ	ジ	メ	ヒ	フ	ム	ゴ	ホ	ユ	ズ

(イ) 聴取距離測定の検査語は良聴単語を用いる。大声又は話声にて発声し、遠方より次第に接近し、正しく聴こえた距離をその被検査者の聴取距離とする。

(ウ) 両検査とも詐病には十分注意すべきである。

(2) 平衡機能障害

ア 「平衡機能の極めて著しい障害」(3級)とは、四肢体幹に器質的異常がなく、他覚的に平衡機能障害を認め、閉眼にて起立不能、又は開眼で直線を歩行中 10m以内に転倒若しくは著しくよろめいて歩行を中断せざるを得ないものをいう。

イ 「平衡機能の著しい障害」(5級)とは、閉眼で直線を歩行中 10m以内に転倒又は著しくよろめいて歩行を中断せざるを得ないものをいう。

ウ 平衡機能障害の具体的な例は次のとおりである。

- a 末梢迷路性平衡失調
- b 後迷路性及び小脳性平衡失調
- c 外傷又は薬物による平衡失調
- d 中枢性平衡失調

2 音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害

(1) 「音声機能又は言語機能の喪失」(3級)とは、音声を全く発することができな
いか、発声しても言語機能を喪失したものをいう。

なお、この「喪失」には、先天性のものも含まれる。

具体的な例は次のとおりである。

ア 音声機能喪失—無喉頭、喉頭部外傷による喪失、発声筋麻痺による音声機能の喪失

イ 言語機能喪失—乳幼児期に発生した高度難聴にともない言語機能を獲得できなかったもの、失語症

(2) 「音声機能又は言語機能の著しい障害」(4級)とは、音声又は言語機能の障害のため、音声、言語のみを用いて意思を疎通することが困難なものをいう。

具体的な例は次のとおりである。

ア 喉頭の障害又は形態異常によるもの

イ 構音器官の障害又は形態異常によるもの(唇顎口蓋裂の後遺症によるものを含む。)

ウ 中枢性疾患によるもの

(3) 「そしゃく機能の喪失(注1)」(3級)とは、経管栄養以外に方法のないそしゃく、嚥下障害をいう。

具体的な例は、次のとおりである。

ア 重症筋無力症等の神経・筋疾患によるもの

イ 延髄機能障害(仮性球麻痺、血管障害を含む。)及び末梢神経障害によるもの

ウ 外傷、腫瘍切除等による顎(顎関節を含む。)、口腔(舌、口唇、口蓋、頬、そしゃく筋等)、咽頭、喉頭の欠損等によるもの

(4) 「そしゃく機能の著しい障害(注2)」(4級)とは、著しいそしゃく・嚥下機能又は咬合異常によるそしゃく機能の著しい障害をいう。

具体的な例は、次のとおりである。

ア 重症筋無力症等の神経・筋疾患によるもの

- イ 延髄機能障害（仮性球麻痺、血管障害を含む。）及び末梢神経障害によるもの
- ウ 外傷・腫瘍切除等による顎（顎関節を含む。）口腔（舌、口唇、口蓋、頬、そしゃく筋等）、咽頭、喉頭の欠損等によるもの
- エ 口唇・口蓋裂等の先天異常の後遺症による咬合異常によるもの

（注１） 「そしゃく機能の喪失（３級）と判断する状態について」

そしゃく・嚥下機能の低下に起因して、経口的に食物等を摂取することができないため、経管栄養（口腔、鼻腔、胃瘻より胃内に管（チューブ）を挿入して流動食を注入して栄養を補給する方法）以外に方法がない状態をいう。

（注２） 「そしゃく機能の著しい障害（４級）と判断する状態について」

「そしゃく・嚥下機能の低下に起因して、経口摂取のみでは十分な栄養摂取ができないために、経管栄養（口腔、鼻腔、胃瘻より胃内に管（チューブ）を挿入して流動食を注入して栄養を補給する方法）の併用が必要あるいは摂取できる食物の内容、摂取方法に著しい制限がある（＊）状態」又は「口唇・口蓋裂等の先天異常の後遺症」による著しい咬合異常があるため、歯科矯正治療等を必要とする状態」をいう。

（＊） 「摂取できる食物の内容、摂取方法に著しい制限がある」と判断する状態について

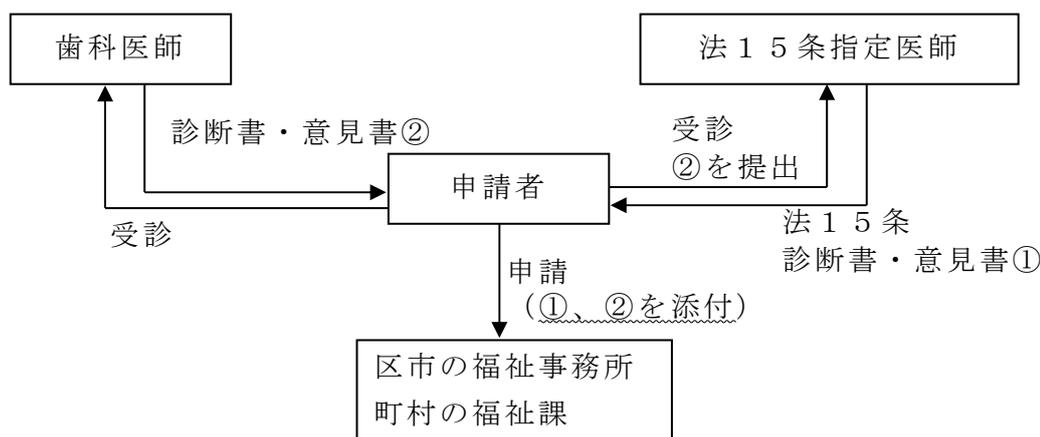
開口不能のため流動食以外は摂取できない状態又は誤嚥の危険が大きい状態、摂取が半固形物（ゼラチン・寒天・増粘剤添加物等）等、極度に限られる状態をいう。

3 そしゃく機能障害に関する歯科医師の診断及び意見について

口唇・口蓋裂等の先天異常の後遺症によるそしゃく機能障害のある者について、医師が身体障害者福祉法第１５条に基づき診断書及び意見書（①）を作成するときは、あらかじめ都道府県知事の指定する歯科医師の診断書・意見書（規則第４条に定める別記第１５号様式）（②）の提出を求めるものとする。

申請手続きは以下のとおりとする。

身体障害者手帳申請手続き



4 その他の留意事項

(1) 乳幼児の聴力測定について

原則として聴能訓練を行いながら聴力測定が可能となる時期を待って判定を行うこととする。ただし、幼児の年齢に応じた聴力測定（ＡＢＲ，ＣＯＲ等）が行える場合、医学的に判断しうる限度においてその障害程度の認定を行うこととする。

なお、1歳未満の乳幼児については、新生児聴覚スクリーニング検査等により、難聴が疑われ精密な聴力検査が必要とされた場合、ＡＢＲ、ＡＳＳＲ、ＢＯＡなど各種の聴力検査、聴性行動反応検査及び観察も十分に行い、総合的に判定する必要がある。

(2) 聴覚障害「2級」の診断をする場合の取扱いについて

聴覚障害の手帳を所持していない者に対して、聴覚障害「2級」の診断をする場合には、聴性脳幹反応検査（ＡＢＲ）等の他覚的検査又はそれに相当する検査（遅延測音検査、ロンバルテスト、ステンゲルテスト等）を実施し、その結果（実施した検査方法及び検査所見）を記載し、記録データのコピー等を添付すること。

また、過去に聴覚障害の手帳の取得歴があるが、検査時に所持していない場合も同様に取扱うこととする。

(3) 人工内耳埋め込み術を行った場合について

人工内耳埋め込み術を行った場合は、訓練することにより、声や周囲の音を識別できるようになる場合が多いが、術前の状態で障害の認定を行うこととする。

(4) 平衡機能障害と肢体不自由（下肢・体幹）との重複認定について

障害の原因が同一疾患の場合、重複認定は行わないこととする。具体的な例は次のとおりである。

当初に「脊髄小脳変性症による平衡機能障害5級」を認定されていた者が、障害程度が重度化したため「脊髄小脳変性症による体幹機能障害3級」として障害程度の更新申請があった場合、いずれも脊髄小脳変性症による運動失調であることから、「体幹機能障害3級」を認定して「平衡機能障害5級」は障害名から削除することとする。

(5) 意思疎通困難の程度について

音声又は言語の障害の基準は、意思を疎通することが困難な度合によるが、具体的には以下の程度をもって判断することとする。

ア 「喪失」とは、発声はあるが、ほとんど肉親との会話の用をなさない場合、又は「手話」、「筆談」等でしか意思の疎通が図れない場合を言う。

イ 「著しい障害」とは、肉親との会話は可能であるが、他人には通じない場合を言う。

ウ 日常の会話が可能であれば、不明瞭で不便がある場合でも、障害とは認められない。

(6) 聴覚障害と音声又は言語機能の障害が重複する場合の障害程度等級について

聴覚障害と音声又は言語機能の障害は別個の障害であるので、重複障害として

認定することとする。

したがって、例えば、先天的な原因により聴覚障害 2 級（両耳 100 d B 以上）及び言語機能障害 3 級（音声言語をもっては意思を通ずることができない）に該当する場合は、指数加算により 1 級となる。

（7）認知症により発声・言語が困難な者の障害認定について

アルツハイマー症等認知症により、発声・言語機能の器質的障害がないにもかかわらず発声・言語が困難な者は、音声言語機能障害者としては認定を行わないこととする。

（8）気管切開を行った者の音声・言語機能の障害認定について

単に気管切開し、発声が不能となっていることのみをもっては、音声・言語機能障害として認定することはできない。

具体的な例は次のとおりである。

- ・ 事故により肺活量が低下し、気管切開し将来とも閉鎖できないと認められる者、あるいは疾病により気管切開しカニューレ挿入中の者については、構音器官の障害または形態異常が認められず、また、中枢性疾病によるものでもないため、音声・言語機能障害として認定することはできない。

ただし、

- ・ 筋萎縮性側索硬化症あるいは進行性筋ジストロフィー等の疾病により気管切開し、人工呼吸器を装着して発声不能となっている者で、呼吸筋が完全に麻痺している者は、喉頭筋麻痺の有無にかかわらず、発声の基礎になる呼吸の発生ができないため、喉頭は無機能に等しいと考えられる。したがって、音声・言語機能障害として認定することができる。

（9）口唇・口蓋裂等の乳幼児の音声・言語機能障害について

口唇・口蓋裂等の乳幼児（0 歳～3 歳児）に対する音声・言語機能障害の認定については、育成医療による手術を先行させるべきであり、この手術後の状態で認定することとなる。

ただし、通常 3 歳時に行われる手術的治療を行わない事情があればこの限りではない。

（10）そしゃく機能障害の障害認定について

食道の機能障害に起因するそしゃく、嚥下機能の障害は、そしゃく機能障害として認定することはできない。

たとえば、食道閉鎖症により、食道再建術・噴門形成術を行い、現在経管栄養を行っていないが、誤嚥による肺炎を頻繁に併発しており、嚥下不能と考えられるものでも、食道の機能障害であることから、そしゃく、嚥下機能障害として認定することはできない。

「再認定」対象とする際の疾患・症例一覧（聴覚・平衡・音声・言語・そしゃく）

一 発育によりその障害程度に変化が生じることが予想されるとき

- ・ 医師の意見を踏まえて再認定対象者に該当するかどうか判定する。
- ・ ただし、3歳未満で認定するものは「先天的な四肢欠損、形成不全」以外、原則として全て再認定対象者とする。
- ・ 具体的な例は、次のとおりである。

疾患・症例	留意事項
<ul style="list-style-type: none"> ・ 先天性難聴 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 言語の獲得が始まる1歳前後から補聴器を着用させるため3歳未満の申請が増加している。（ABR、CORによる検査） ・ 純音での通常の聴力検査がオーディオメーターにより可能となる年齢、時点で、再認定のための診査を行うこととする。

二 進行性の病変による障害を有するとき

進行性の病変による障害を有するときは、障害程度の重度化が予想されるため、障害更新申請の手續きによることとし、**原則として、再認定のための診査を義務づけることはしない。**

三 更生医療によりその障害程度に変化が生じることが予想されるとき

- ・ 更生医療の適用により障害程度の軽減が予想されることが身体障害者診断書で明らかなものは、再認定対象者とする。
- ・ 具体的な例は次のとおりである。なお、**ゴシック**表示のものは、本基準での再認定対象者とはしないこととする。

障害種目 更生医療の内容	留意事項
1 聴覚 <ul style="list-style-type: none"> ・ 鼓室形成術 ・ 鼓膜穿孔閉鎖術 ・ 人工内耳 	<p>人工内耳は、術前の聴力レベルで認定するので、再認定対象者とはしない。</p>
2 音声言語そしゃく <ul style="list-style-type: none"> ・ 言語療法 ・ 歯科矯正（口唇・口蓋裂等の先天異常の後遺症によるもの） 	<p>そしゃく機能障害（口唇・口蓋裂等の先天異常の後遺症により歯科矯正を必要とするもの）の再認定のための診査の期日は、概ね歯科矯正の一応の成果が見られる3年後とする。</p>

四 その他、障害程度に変化が生じると予想される時

- ・ 医師の意見を踏まえて再認定対象者に該当するかどうか判定する。
- ・ 具体的な例は次のとおりとする。

疾患、症例	留意事項
脳血管障害で6か月未満（3～4か月）のケース	<ul style="list-style-type: none">・ 脳血管障害の認定は概ね6か月以降とされているが、3～4か月でも症状固定とみなされる場合もある。・ 現状維持を目的とするリハビリテーションの段階で再認定を行うこととして、再認定のための診査期日は概ね1年後とする。
機能低下の要因として、身体障害と併せて知的障害、認知症などがある場合	<ul style="list-style-type: none">・ 当該障害の認定に必要な検査を十分に行うことができず、医学的根拠に基づき推定できる限度において障害認定を行うことがある。・ 症状の変化により、検査が可能になることも想定される場合、その時点で再認定のための診査を行うこととする。

聴覚・平衡・音声言語・そしゃく障害の等級診断のポイント（早見表）

聴覚障害	
障害程度等級表解説	障害等級表
ア 聴力測定は、補聴器を装着しない状態で行う。	両耳の聴力レベルがそれぞれ100デシベル以上のもの
イ 検査は防音室で行うことを原則とする。	両耳の聴力レベルがそれぞれ90デシベル以上のもの（耳介に接しなければ大声語を理解し得ないもの）
ウ オージオメータによる方法を主体とする。	1 両耳の聴力レベルがそれぞれ80デシベル以上のもの（耳介に接しなければ話声語を理解し得ないもの） 2 両耳による普通話声の最良の言語明瞭度が50%以下のもの
エ 純音オージオメータ検査はJIS規格を用いる。	
オ 数回聴力測定を行った場合は、最小の聴力レベルをもって聴力レベルとする。	1 両耳の聴力レベルがそれぞれ70デシベル以上のもの（40cm以上の距離で発声された会話を理解し得ないもの） 2 1側耳の聴力レベルが90デシベル以上、他側耳の聴力レベルが50デシベル以上のもの

平衡機能障害	
障害等級表	障害程度等級表解説
1級	
2級	
3級	平衡機能の極めて著しい障害 3級とは、四肢体幹に器質的異常がなく、他覚的に平衡機能障害を認め、閉眼にて起立不能、又は開眼で直線を歩行中10m以内に転倒若しくは著しくよろめいて歩行を中断せざるを得ないものをいう。
4級	
5級	平衡機能の著しい障害 5級とは、閉眼にて直線を歩行中10m以内に転倒若しくは著しくよろめいて歩行を中断せざるを得ないものをいう。
6級	

音声・言語機能障害程度等級表解説	
3級とは、音声を全く発することができないか、発声しても言語機能を喪失したものをいう。なお、この「喪失」には、先天性のものも含まれる。	
具体的な例は次のとおり ア 音声機能喪失・・・無喉頭、喉頭部外傷による喪失、発声筋麻痺による音声機能の喪失 イ 言語機能喪失・・・乳幼児期に発生した高度難聴にともない言語機能を獲得できなかったもの、失語症	
4級とは、音声又は言語機能の障害のため、音声、言語のみを用いて意思を疎通することが困難なものをいう。	
具体的な例は次のとおり ア 喉頭の障害又は形態異常によるもの イ 構音器官の障害又は形態異常によるもの（唇顎口蓋裂の後遺症によるものを含む。） ウ 中枢性疾患によるもの	

そしゃく機能障害程度等級表解説	
1級	
2級	
3級	3級とは、経管栄養以外に方法の無いそしゃく、嚥下障害をいう。 具体的な例は、次のとおり ア 重症筋無力症等の神経・筋疾患によるもの イ 延髄機能障害（仮性球麻痺、血管障害を含む。）及び末梢神経障害によるもの ウ 外傷、腫瘍切除等による顎（顎関節を含む。）、口腔（舌、口唇、口蓋、頬、そしゃく筋等）、咽頭、喉頭の欠損等によるもの
4級	4級とは、著しいそしゃく・嚥下機能又は咬合異常によるそしゃく機能の著しい障害をいう。 具体的な例は、次のとおり ア 重症筋無力症等の神経・筋疾患によるもの イ 延髄機能障害（仮性球麻痺、血管障害を含む。）及び末梢神経障害によるもの ウ 外傷、腫瘍切除等による顎（顎関節を含む。）、口腔（舌、口唇、口蓋、頬、そしゃく筋等）、咽頭、喉頭の欠損等によるもの エ 口唇・口蓋裂等の先天異常の後遺症による咬合異常によるもの
5級	
6級	

- (注) 1 聴覚障害と音声又は言語機能障害が重複する場合は、指数加算する。
 2 手帳非所持者を聴覚障害2級と診断する場合は、ABR等の多覚的検査又はそれに相当する検査を実施し、その結果を診断書に記載の上、記録データのコピーを添付すること。
 3 音声・言語機能障害として認定できない例
 ア アルツハイマー症等の認知症で発声・言語が困難な者

- イ 気管切開により発声が不能となっている者
 ただし、呼吸筋が完全に麻痺している者は、認定する場合もある。
 4 口唇・口蓋裂等の先天異常の後遺症によるそしゃく機能障害のある者については、歯科医師（指定医）の診断書・意見書を添付すること。

診断年月日欄	医療機関名、指定医氏名欄	再認定欄	は記載済みですか。
--------	--------------	------	-----------

指定医制度の概要等について

指定医制度の概要等について

1 指定医制度

(1) 指定医制度について

○手帳取得に不可欠な診断書

身体に障害のある方は**指定医の診断書**を必ず添付し、区市町村を經由して都知事に身体障害者手帳の交付申請を行います。

○障害者への福祉サービス供給に不可欠な診断書

認定した等級に基づき、障害者の自立と社会参加を促進する様々な福祉サービスが供給されます。その認定は**指定医の診断書に基づいて審査**します。

○診断書の的確な記載

上記のことから、「**指定医の診断書は障害者にとって非常に重要である**」ということができ、診断書の作成に当たっては「**身体障害者診断書作成の手引き**」により所要の事項についての**的確に記載**してください。

(2) 指定医としての心構え

○指定医の診断について

指定医は診断書作成をすることができると同時に、指定医として診断の責務もあります。受診を希望されたときは、できるだけ診断書作成にご協力願います。

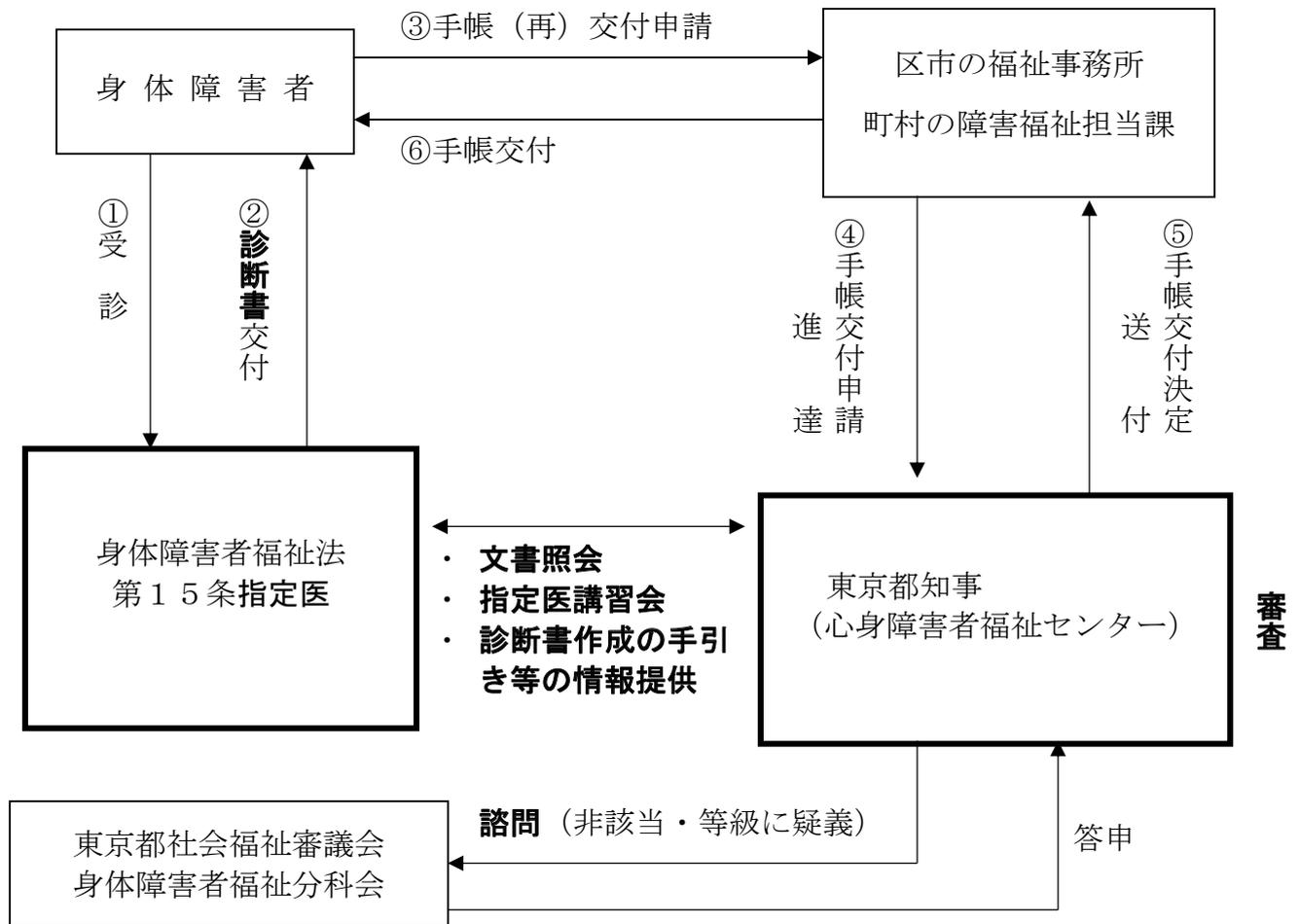
なお、検査ができない等の理由で診断書が作成困難な場合は、他の指定医を紹介する等、ご協力願います。

また、再認定のための診断で、非該当になる場合でも診断書が必要になる場合がありますので、ご協力願います。

○指定医の届出義務

診断に従事する医療機関等に変更があった場合や診療をやめる場合などには、速やかに所定の様式で区市町村長（福祉事務所長）を經由して知事に**届出を行な**ってください。

2 身体障害者手帳審査などの流れ



(注1) 東京都社会福祉審議会に諮問するケース

- ・法別表に掲げる障害には該当しないもの
- ・障害等級が更新されているとは認められないもの
- ・障害等級意見に疑義があるものに限られる

(注2) 障害再認定

再認定対象者は、原則として別表「身体障害者福祉法施行規則第3条の規定による疾患・症例一覧」で再認定が必要とされている疾患・症例に該当する者とする。ただし、進行性の病変による障害を有し、将来、障害程度の重度化が予想される者は本条の再認定対象者とはしない。**再認定診査の期日**は身体障害者手帳交付時から1年以上5年以内とする。

(注3) 指定医の指定内容変更などの届出については、区市町村が窓口となっております。(届出様式…次ページ参照)

指 定 内 容 変 更 届

年 月 日

東京都知事 殿

診療科名 _____
 担当科目 _____
 医師氏名 _____ 印

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の指定内容について、下記のとおり変更したのでお届けします。

記

変 更 事 項	変 更 前	変 更 後
医 師 氏 名		
診 療 に 従 事 す る 医 療 機 関 の 名 称		
所 在 地 電 話 番 号		
変 更 年 月 日	年 月 日	
変 更 理 由		

(記入上の注意)

- 1 2箇所以上の医療機関において指定されている場合は、診療に従事するすべての医療機関の名称及び所在地を併記すること。
- 2 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

3 診断書作成上の主な留意事項

(1) 二種類以上の障害

種別の違う障害が二つ以上ある場合は、各々の障害についてそれぞれ担当する指定医の診断書が必要である。

(2) 「永続する」障害

法別表に規定する「永続する」障害とは、原則としてその障害が将来とも回復する可能性が極めて少ないものであれば良く、必ずしも将来にわたって障害程度が不変のものに限らないものとする。

(3) 乳幼児に係る障害認定

乳幼児に係る障害認定は、障害の種類に応じて、障害の程度を判定することが可能となる年齢（概ね満3歳）以降に行うこととする。しかし、3才未満においても四肢の欠損等身体機能の障害が明らかな場合は、障害認定を行うこととする。

ただし、本認定基準は主として18歳以上のものを想定していることから、**児童の場合その年齢を考慮して**妥当と思われる等級を認定する。この場合、治療や訓練を行うことによって将来障害が軽減すると予想される時は、残存すると予想される障害の限度でその障害を認定することとする。

(4) 加齢現象や意識障害を伴う身体障害

加齢現象に伴う身体障害及び意識障害を伴う身体障害については、法に言う「更生」が経済的、社会的独立のみを意味するものではなく、日常生活能力の回復をも含む広義のものであるところから、日常生活能力の回復の可能性又は身体障害の程度に着目し障害認定を行うこととする。

なお、**意識障害を伴う身体障害**の場合、その障害認定については常時の医学的管理を要しなくなった時点で行うものとする。

(5) 知的障害等

身体障害の判定にあたっては、**知的障害等**の有無に係わらず、法別表に掲げる障害を有すると認められる者は法の対象として取り扱うものとする。ただし、身体の障害が明らかに**知的障害等に起因する**場合は、身体障害として認定しないこととする。

4 障害等級の認定方法

(1) 二つ以上の障害の重複

二つ以上の障害が重複する場合の障害等級は、重複する障害の**合計指数**に応じて、次により認定することとする。

合計指数	認定等級
18以上	1 級
11～17	2 級
7～10	3 級
4～6	4 級
2～3	5 級
1	6 級

(2) 合計指数の算定方法

ア 合計指数算定の基本

合計指数は、次の等級別指数表により各々の障害の該当する等級の**指数を合計**したものとする。

障害等級	指 数
1 級	18
2 級	11
3 級	7
4 級	4
5 級	2
6 級	1
7 級	0.5

イ 同一の上肢又は下肢の重複障害の合計指数算定

同一の上肢又は下肢に重複して障害がある場合の当該一上肢又は一下肢に係る合計指数は、機能障害のある部位（機能障害が2か所以上ある時は上位の部位とする。）から上肢又は下肢を欠いた場合の障害等級に対応する指数の値を**限度とする**。

(例1)

右上肢のすべての指を欠くもの	3級	等級別指数	7
右上肢の手関節の全廃	4級	等級別指数	4
		合計	11

上記の場合、指数の合計は11となるが次の障害の指数が限度となるため合計指数は7となる。

右上肢を手関節から欠くもの	3級	等級別指数	7
---------------	----	-------	---

(例2)

左上肢の肩関節の全廃	4級	等級別指数	4
〃 肘関節 〃	4級	〃	4
〃 手関節 〃	4級	〃	4
		合計	12

上記の場合、指数の合計は12となるが次の障害の指数が限度となるため合計指数は11となる。

左上肢を肩関節から欠くもの	2級	等級別指数	11
---------------	----	-------	----

(3) 音声機能障害、言語機能障害及びそしゃく機能障害の重複

音声機能障害、言語機能障害及びそしゃく機能障害の重複については指数を合計できない。

(4) 体幹機能障害と下肢機能障害の重複

体幹機能障害と下肢機能障害は原則として指数を合計しない。例えば、神経麻痺で起立困難なもの等については体幹及び下肢の機能障害として重複認定すべきではなく、体幹又は下肢の単独の障害として認定するものである。

(5) 聴覚障害と音声・言語機能障害の重複

聴覚障害と音声・言語機能障害が重複する場合は、指数を合計して差し支えない。例えば、聴力レベル100 d B以上の聴覚障害（2級指数11）と音声・言語機能の喪失（3級指数7）の障害が重複する場合は1級（合計指数18）とする。

(6) 7級の障害

7級の障害は1つのみでは法の対象とはならないが、7級の障害が2つ以上重複する場合または7級の障害が6級以上の障害と重複する場合は、法の対象となるものである。7級の障害は、等級別指数を0.5とし、6級以上の障害と同様に取り扱って合計指数を算定する。

(7) 障害等級の記載

指数加算方式により障害程度認定を行う必要があると認める場合には、診断書総括表中の①障害名欄の余白に各障害部位別に**障害程度等級の意見を記載**すること。

(例) 総合等級2級の場合 左全手指切断 (3級)

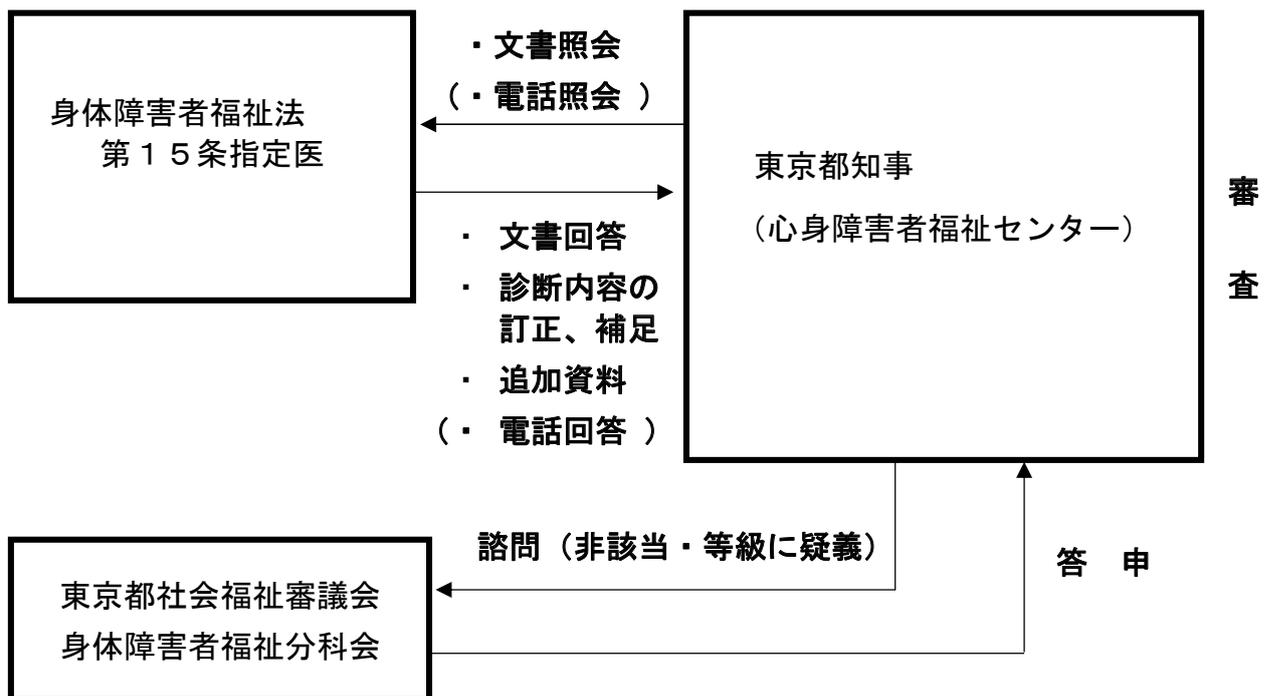
右足関節機能全廃 (5級)

右肩関節機能全廃 (4級)

5 文書照会・審議会への諮問

(1) 文書照会・審議会への諮問などの流れ

診断書の記載内容に不明点があるときは、東京都から改めて**照会**することがある。また、障害等級の認定が困難な診断書及び法別表に該当しないと思われる診断書については、**東京都社会福祉審議会に諮問**して決定する。



(注) 東京都社会福祉審議会の審議の結果、なお、その障害が法別表に掲げるものに該当するか否か疑義があるときは、**厚生労働大臣に障害認定を求める**こととする。

(2) 文書照会表の例

次頁以降を参照。

診断書・意見書の照会表

手帳申請者氏名	〇〇 〇〇	生 年 月 日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
手帳申請者住所	〇〇〇〇〇〇〇〇		
診 断 年 月 日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		
照 会 内 容	<p>本診断書では、脳出血による失語症で、音声・言語機能喪失3級とのご意見ですが</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 脳出血発症年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日 ・ 診断年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日 <p>と脳出血発症後△ヶ月あまりでの診断で、認定時期が尚早かとも思われますが、この時点でもうこれ以上の回復は見込めない、と判断された理由、経過を詳しく説明願います。</p> <p>以上、ご検討のうえ、ご回答をお願いいたします。</p>		
ご 回 答	<p>令和 年 月 日</p> <p>指定医名（自署）_____</p>		

補装具費支給意見書(聴覚障害用)作成のポイント

補装具費支給意見書（聴覚障害用）作成のポイント

目次

I 障害者総合支援法に基づく補装具費支給について

- 1 補装具の概念 107
- 2 補装具費支給事務の概要 107

II 補装具費支給意見書（聴覚障害用）作成のポイント

- 1 補装具費支給制度における補聴器 113
- 2 支給対象となる補聴器の適応の考え方 115

補装具費支給意見書（聴覚障害用）様式の見本 121

補装具費支給意見書（聴覚障害用）チェックポイント 123

補装具費支給意見書（聴覚障害用）作成における留意点 125

意見書作成事例 127

I 障害者総合支援法に基づく補装具費支給について

1 補装具の概念

障害者総合支援法に基づく補装具とは、以下の3つの条件を満たしたものと定義されています。

- 一 障害者等の身体機能を補完し、又は代替し、かつ、その身体への適合を図るように製作されたものであること。
- 二 障害者等の身体に装着することにより、その日常生活において又は就労もしくは就学のために、同一の製品につき長期間にわたり継続して使用されるものであること。
- 三 医師等による専門的な知識に基づく意見又は診断に基づき使用されることが必要とされるものであること。
(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下障害者総合支援法）施行規則 第六条の二十より)

2 補装具費支給事務の概要

(1) 補装具の種目・価格

補装具費を支給する際の、補装具の名称、型式、基本構造、耐用年数、基準となる価格などについては、厚生労働省の告示「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準」（以下「告示」という。）に定められています。

聴覚障害関係の補装具は、補聴器と人工内耳（人工内耳用音声信号処理装置の修理に限る）のみです。

(2) 補装具費支給の対象

身体障害者が、障害者総合支援法に基づく補装具費の支給を受けるには、身体障害者福祉法に定められた障害程度に該当すると認定される必要があります。障害が認定されると、都道府県知事より身体障害者手帳が交付されます。

障害者総合支援法により、政令で定める難病と認められる場合は、現状で身体障害者手帳所持者と同程度の身体障害の程度に該当すれば、身体障害者手帳がなくても、補装具費支給の対象となります。難病患者等の方については、「医師の診断書」や「特定疾患医療受給者証」で確認を行います。

(3) 支給事務と実施主体

補装具費支給事務の取り扱いについては、原則として厚生労働省の「補装具費支給事務取扱指針」に基づいて行っています。

補装具費の支給は、各区市町村が決定します。

(4) 支給に必要な判定

区市町村は、補装具費の支給を行うかどうかを決定するにあたり、必要があると認められる場合には、判定依頼又は意見照会を身体障害者更生相談所等に行います。

18歳以上の身体障害者の場合、東京都では、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医、又は障害者総合支援法第59条第1項に基づく自立支援医療（更生医療）を主として担

当する医師（以下、あわせて「指定医」という。）が補装具費支給意見書（以下「意見書」という。）を作成することとしています。

18歳未満の身体障害児の補装具費支給には、指定医又は保健所の医師が作成した意見書が原則として必要です。

表1 身体障害者と身体障害児の補装具費支給

	身体障害者	身体障害児
実施機関	区市町村	
支給対象	18歳以上	18歳未満
判定依頼(者) 意見照会(児)	身体障害者更生相談所* ¹	自立支援医療(育成医療)機関 保健所、指定医等

* 1 身体障害者更生相談所：東京都の場合は、東京都心身障害者福祉センターと同センター多摩支所（以下、あわせて「センター」という。）です。

本書では、18歳以上の身体障害者及び難病患者等への補装具費支給について説明します。

(5) 他の制度との適用の優先度

補装具に関する制度としては、障害者総合支援法のほかに、戦傷病者特別援護法、介護保険法による福祉用具貸与制度、損害賠償制度、労働者災害補償保険法等があります。

いずれの制度も障害者総合支援法に優先されて適用されます。

補聴器と人工内耳については、介護保険法による福祉用具貸与制度では扱いがありません。

(6) 治療用装具

補装具には、治療の手段として一時的に使われるものがあります。このような治療用装具は、医療保険による給付が受けられるため、障害者総合支援法による補装具費支給の対象にはなりません。治療終了後に症状が固定し、職業、その他日常生活の能率向上を図る上で必要な場合に、障害者総合支援法による補装具費支給の対象となります。

補聴器については、医療保険の適用はないため、治療目的で使用する場合は自費で購入することとなります。

(7) 補装具費（補聴器・人工内耳*²）支給のための判定方法（東京都の場合）

* 2 人工内耳用音声信号処理装置の修理に限ります。

補装具費（補聴器・人工内耳*²）支給のための判定等は、表2に示す方法で行われます。

ア 本人の来所により、センターが判定（来所判定）

補聴器に補聴システムを追加する場合 ・ 特例補装具

※上記以外でも、区市町村から依頼があれば、来所判定が可能です。

イ 指定医の意見書により、センターが判定（書類判定）

高度難聴用（両耳） ・ 重度難聴用 ・ 耳あな型 ・ 骨導式

ウ 指定医の意見書により区市町村が判断

高度難聴用（片耳） ・ 人工内耳用音声信号処理装置の修理*³

* 3 補聴器の意見書とは様式が異なりますのでご注意ください。

表 2 補聴器・人工内耳の判定等の方法（東京都の場合）

種目	名称		センター		区市町村		備考
			ア来所判定	イ書類判定	ウ書類判断	エ意見書省略可* ⁴	
補聴器	高度難聴用	ポケット型	○	◆	◎* ⁵	補聴器・人工内耳は該当なし	◎原則的な方法 ○本人がセンターの判定を希望し、区市町村からの依頼があれば、センターで来所判定・相談が可能 ◆両耳への支給の場合
		耳かけ型	○	◆	◎* ⁵		
	重度難聴用	ポケット型	○	◎			
		耳かけ型	○	◎			
	耳あな型	レディメイド	○	◎			
		オーダーメイド	○	◎			
	骨導式	ポケット型	○	◎			
		眼鏡型	○	◎			
人工内耳（人工内耳用音声信号処理装置の修理に限る）				◎			

* 4 当該申請に係る障害者が、補装具の購入又は修理を必要とする者であることを、身体障害者福祉法第 15 条第 4 項の規定に基づき交付を受けた身体障害者手帳によって確認することができるときは、意見書を省略することができます。

* 5 高度難聴用の片耳への支給の場合のみ、区市町村で書類判断ができます。

(8) 特例補装具費の支給について

告示に定められた補装具の種目に該当するものであって、身体障害者（児）の障害の現症、生活環境その他真にやむを得ない事情により、基準に定められる名称、型式、基本構造等によることができない補装具を特例補装具といいます。

18 歳以上の身体障害者に特例補装具費の支給の必要が生じた場合は、上記（7）の判定区分にかかわらず全てセンターの来所判定に基づき、区市町村が支給決定するものとなります。ただし、特例補装具を必要とする明確な理由が認められる必要があります。

身体障害者更生相談所では 18 歳未満の補装具費支給についての判定は行いません。しかし、18 歳未満の身体障害児に対する特例補装具費の支給に当たって、区市町村は必要に応じて技術的な助言をセンターに求めることができます。

(9) 補装具費の支給対象となる補装具の個数

補装具費の支給対象となる補装具の個数は、原則として 1 種目につき 1 個とされています。**補聴器の場合、左右どちらかに 1 個が支給対象となります。**しかし、職業又は教育上等特に必要と認められる場合には、2 個とすることができます。修理期間中の代替は、対象となりません。

(10) 再支給

補装具では、想定しうる通常の装用状態で使用した場合に、当該補装具が修理不能となるまでの想定年数が、種目や型式ごとに、目安として定められています（耐用年数）。

補聴器の耐用年数は5年です。

障害状況の変化等で身体に適合しなくなった場合や、本人の責任によらない事情により著しく破損し修理不可能な場合は、耐用年数内でも再支給が可能です。ただし、耐用年数の経過後でも、修理等により継続して使用可能な場合は、再支給の対象にはなりません。

(11) 難病患者等*⁶に対する補装具支給事務について

平成25年4月1日より難病患者等（130疾病）も障害者総合支援法の対象となり、その後何度か改正を経て令和3年11月1日より対象疾病が366疾病に拡大されました*⁷。判定方法等の手続きは基本的に前項までに説明したとおりとなりますが、以下の点に留意して意見書の作成等をお願いします。

① 難病患者等の補装具対象者について

政令等で定められる難病患者等の、疾患名や疾患群で補装具の項目種目を限定されることはありません。「補装具費支給事務取扱指針」に基づき、個々の身体状況等の変動状況や日内変動等を勘案し、身体機能を補完又は代替するものとして、日常生活や社会生活上の必要性が認められる場合に対象となります。

② 身体症状等の変動状況や日内変動等について

現状で身体障害者手帳の等級基準と同程度の身体障害の程度に該当することの確認が必要です。身体症状等の変動状況や日内変動等がある場合は、意見書の「特記事項」の欄へ、その内容の記載をお願いします。

*6 難病患者等とは、障害者総合支援法第4条第1項に定める「治療方法が確立していない疾病その他の特殊な疾病であって政令で定めるものによる障害の程度が厚生労働大臣が定める程度である者であって十八歳以上であるもの」及び児童福祉法第4条第2項で定める「治療方法が確立していない疾病その他の特殊な疾病であって障害者総合支援法第4条第1項の政令で定めるものによる障害の程度が同項の厚生労働大臣が定める程度である児童」をいいます。

*7 「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第1条に基づき厚生労働大臣が定める特殊の疾病の一部を改正する件」（令和3年10月25日厚生労働省告示第378号）

Ⅱ 補装具費支給意見書(聴覚障害用)作成のポイント

1 補装具費支給制度における補聴器

(1) 補装具費支給対象となる補聴器の種類・基準額

厚生労働省の告示に記載されている補聴器の種類は、表3のとおりです。それぞれについて、基準額（購入等に要する費用の額の上限）が定められています。

表3 補聴器の種類、基準額、耐用年数

種目	名称	基本構造	付属品	基準額	耐用年数	備考
補聴器	高度難聴用 ポケット型	次のいずれかを満たすもの。 ①JIS C 5512-2000による。90dB 最大出力音圧のピーク値の表示 値が140dB未満のもの。	電池 イヤモールド	41,600	5	下 記 参 照
	高度難聴用 耳かけ型	②JIS C 5512-2015による。90dB 入力最大出力音圧レベルの最大 値（ピーク値）の公称値が130dB 未満のもの。		43,900		
	重度難聴用 ポケット型	次のいずれかを満たすもの。 ①JIS C 5512-2000による。90dB 最大出力音圧のピーク値の表示 値が140dB以上のもの。	電池 イヤモールド	55,800		
	重度難聴用 耳かけ型	②JIS C 5512-2015による。90dB 入力最大出力音圧レベルの最大 値（ピーク値）の公称値が130dB 以上のもの。		67,300		
	耳あな型 (レディメイド)	高度難聴用ポケット型及び高度 難聴用耳かけ型に準ずる。	電池 イヤモールド	87,000		
	耳あな型 (オーダーメイド)	ただし、オーダーメイドの出力制 限装置は内蔵型を含むこと。	電池	137,000		
	骨導式 ポケット型	IEC 60118-9(1985)による。90デ シベル最大フォースレベルの表 示値が110dB以上のもの。	電池 骨導レシーバー ヘッドバンド	70,100		
	骨導式眼鏡型		電池 平面レンズ	120,000		

「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準」
別表（最終改正 令和3年3月31日 厚生労働省告示第145号）

（備考）

- 価格は電池、骨導レシーバー又はヘッドバンドを含むものであること。
- 身体の障害の状況により、イヤモールドを必要とする場合は、修理基準の表に掲げる交換の額の範囲内で必要な額を加算すること。
- ダンパー入りフックとした場合は、240円増しとすること。
- 平面レンズを必要とする場合は、修理基準の表に掲げる交換の額の範囲内で必要な額を、また、矯正用レンズ又は遮光矯正用レンズを必要とする場合は、眼鏡の修理基準の表に掲げる交換の額の範囲内で必要な額を加算すること。
- 重度難聴用耳かけ型でFM型受信機、オーディオチューン、FM型用ワイヤレスマイクを必要とする場合は、修理基準の表に掲げる交換の額の範囲内で必要な額を加算すること。
- デジタル式補聴器で、補聴器の装用に関し、専門的な知識・技能を有する者による調整が必要な場合は、2,000円を加算すること。

(2) 意見書の流れ

以下の流れで支給手続きが進みます。

ア 補装具費の申請

申請者が区市町村の補装具担当へ補装具費の申請を行います。

イ 意見書作成

区市町村は、判定等が必要であることを確認した上で、申請者に意見書の用紙を渡します。

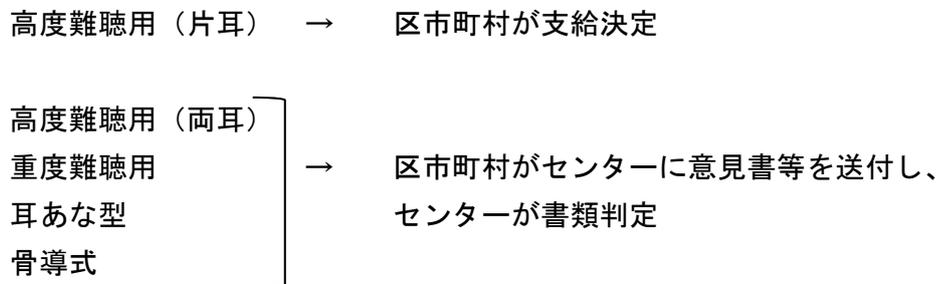
申請者が意見書を持って受診します。

指定医は、補聴器の必要性および補聴効果が認められる場合に、「2 支給対象となる補聴器の適応の考え方」に基づき意見書を作成します。

ウ 意見書の提出

申請者が意見書を区市町村に提出します。

意見書の内容に基づき以下の流れとなります。



エ 区市町村が支給を決定

オ 補装具の製作・引き渡し

2 支給対象となる補聴器の適応の考え方

(1) 高度難聴用と重度難聴用

高度難聴用、重度難聴用の対象者は、基本構造の違いから、以下のように考えます。

高度難聴用：装用耳の平均聴力レベルが約90 dB未満

重度難聴用：○装用耳の平均聴力レベルが約90 dB以上

○装用耳の平均聴力レベルが90 dB未満であっても、
障害状況から高度難聴用では利得が不足する場合*⁸

- * 8 障害状況から高度難聴用では利得が不足する場合とは、例えば、混合難聴で気骨導差が顕著であり、高度難聴用では利得が不足することが確認できている場合などがあります。「語音明瞭度が低い」という理由は、重度難聴用が必要な理由として認められません。

(2) ポケット型と耳かけ型

補装具費の支給対象となる補聴器の種類は、原則としてポケット型か耳かけ型となります。ポケット型か耳かけ型かについては、本人の利便性、操作のしやすさ、希望などから、どちらの型にするのか本人と相談の上、選択してください。

参考までに、ポケット型のほうが適当である場合の具体例を以下に示します。

- ・本人の生活状況から、耳かけ型では装用が困難であることが考えられる。
例. 横になっていることが多く、耳かけ型ではマイク部分が枕に近くなるため、ハウリングが生じる。
- ・耳介の変形等で耳かけ型が装用できない。
- ・ポケット型のほうが操作しやすい。

(3) 耳あな型

補装具費支給事務取扱指針では、耳あな型の対象者は、以下のように記載されています。

ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に必要な者。
特に、オーダーメイドの場合は、障害の状況、耳の形状等レディメイドで対応不可能な者。

耳あな型は、以下の2つの要件をすべて満たす場合に適応があると判断します。

【要件1】

職業上、身体上等の理由により、ポケット型および耳かけ型のいずれの装用も困難で、真に必要なこと。

参考)「ポケット型および耳かけ型のいずれの装用も困難」である例

- ・ 耳介がないため耳かけ型が装用できず、かつポケット型の使用も困難である場合

参考) 耳あな型が必要な理由として不十分な例

- ・ これまで長年耳あな型を装用しており、耳あな型に慣れている。
- ・ 眼鏡をかけている。
- ・ マスクをつける。
- ・ 耳かけ型では落ちやすい。
- ・ 汗をかきやすい。

耳かけ型およびポケット型が、本人の職業状況や身体状況から鑑みて、物理的に安定して装用ができないという条件が必要です。利便性や外見上の問題では、耳あな型の必要な要件とは認められません。

【要件2】

耳あな型による補聴効果が認められること。

耳あな型は、一般的に耳かけ型・ポケット型に比べハウリングが起きやすいため、出力に限界があります。補聴器の進歩により、高出力の耳あな型補聴器も増加してはいるものの、装用耳の平均聴力レベルが90dB以上の場合には、ハウリングを起こさずに本人に必要な利得が確保できるのかどうか、検討が必要です。聴力によっては、耳あな型では十分に補聴効果が得られない場合があります。

(4) 骨導式

補装具費支給事務取扱指針では、骨導式の対象者は、以下のように記載されています。

伝音性難聴者であって、耳漏が著しい者又は外耳閉鎖症等を有する者で、
かつ、耳栓又はイヤモールドの使用が困難な者。

骨導式は、**以下の3つの要件をすべて満たす場合**に適応があると判断します。

【要件1】

伝音難聴または混合難聴であること。

【要件2】

外耳道閉鎖や著しい耳漏等で耳かけ型、ポケット型、耳あな型が使用できない場合。

【要件3】

骨導式により補聴効果が認められること。

<骨導式を選択する際に注意する点>

- ①骨導聴力が良いという理由のみでは、補装具費支給制度での骨導式の対象者に該当しません。
- ②障害者総合支援法での補装具費の支給は、障害状況が固定した場合の支給と考えます。そのため、治療段階での一時的な支給は認められません。例えば、一時的に耳漏がありイヤモールドや耳栓が使えず、耳漏が治まるまでの期間に限り骨導式補聴器を装用するという場合は、支給は認められません。
- ③骨導式ヘッドバンド型補聴器は、特例補装具の扱いとなります。したがって、18歳以上の方で骨導式ヘッドバンド型を希望する場合は、意見書を作成せず、センターで来所判定を行います。

(5) 補聴器の個数・装用耳

補装具費の支給対象となるのは、原則として一人1個です。原則として、より補聴効果の高い良聴耳への支給となります。両耳に補聴器を装用するために補聴器の2個支給を希望する場合は、2個支給が必要かどうかの判断が必要となります。

すでに片耳に補聴器を支給されていて、今回は他側耳に追加して支給する場合も、2個支給となります。

2個支給（両耳への支給）は、**以下の3つの前提条件をすべて満たし**、かつ、**職業上、教育上、障害上の理由が具体的にある場合**に、適応があると判断します。

【前提条件】

- ①本人が両耳装用を希望していること。
- ②両耳とも補聴器の装用が可能であること。
- ③両耳装用による補聴効果が、片耳装用の場合と比べて高いこと。

職業上、教育上、障害上の理由の具体例を以下に示します。

【職業上】

- ・危険回避のため。
- ・ことばの聞き取りの改善のため。
例. 建築現場、運転業務等（宅配の仕事を中心としている等）に従事しているため、常にいろいろな方向からの安全確認が必要である。
例. 講師、教員等で全体の様子を常に把握する必要がある。
例. 会議等が多く、両耳装用のほうが片耳装用に比べ円滑に仕事が進む。
例. 営業や販売業等で接客が多く、片耳では聞き取りが困難で聞き返しが多く、あるいは聞き間違いが多くなり、仕事上、支障がある。

【教育上】

- ・現在、学校教育を受けており、両耳装用による補聴が必要である。

【障害上】

- ・語音明瞭度が低く、片耳装用より両耳装用の方が明らかに明瞭度が改善する。

実際に両耳装用することで、片耳装用よりも会話の疎通性が良く、
ことばの聞き取りの改善が認められることを確認してください。
方法：音場での語音明瞭度検査（スピーカーあるいは肉声）など

- ・視覚障害があり、日常生活上、聴覚から得られる情報に大きく依存している。
- ・幼少時から現在にいたるまで継続して（中断することなく）両耳装用しており、片耳装用に変更すると十分な効果が得られない。

(6) 専門的知識・技能を有する者による調整

平成30年度から、デジタル式補聴器で、専門的知識・技能を有する者による調整を行った場合には、2000円を加算することとなりました。

意見書の「専門的知識・技能を有する者による調整」が「要」とされ、デジタル式補聴器で、専門的知識・技能を有する者（補装具事業者の認定補聴器技能者又は言語聴覚士）が調整を行った場合は、2000円が加算されます。

(7) 補聴システム（受信機、ワイヤレスマイク）

東京都の場合、18歳以上で補聴システムの支給を希望する場合は、センターに直接来所しての判定が必要となります（令和3年度現在）。このため、18歳以上の方の意見書に補聴システムの処方を記載していただくことはありません。

補聴システムは、**以下の3つの要件をすべて満たす場合**に適応があると判断します。

【要件1】

主な生活場面（教育上または職業上）で補聴システムが必要であること。

例. 職場で会議が頻繁にあり、自分の席と離れたところにいる発言者の話を、補聴システムを使うことによって聞きとる必要がある。

大学の講義で、教員の声、補聴システムを使うことによって周囲の雑音に遮られず聞きとる必要がある。

【要件2】

ワイヤレスマイクを使用する環境が整っていること。

例. 職場や大学などで、話し手がワイヤレスマイクを使用することが可能である。

【要件3】

補聴システムの使用効果があること。

実際に使用したい場面で試聴して、補聴システムの効果を確認できている。

補装具費支給意見書（聴覚障害用）様式の見本

※この欄はご本人が記入してください。記入にあたって不明な点は、区市町村の補装具担当者にご相談ください。

氏名	区・郡市		町村	丁目	番	号	（方）
生年月日	年	月	日生	（歳）			
身体障害者手帳	聴覚障害（ ）級		総合等級（ ）級		年	月	日交付・申請中
前回の判定	年	月	高度難聴用*1ポケット型	高度難聴用*1耳かけ型	その他	右・左・片・両	
今回の希望	新規・装用耳を変更したい（右・左・両耳を⇒右・左・両耳に）		補聴器の処方を変更したい（高度難聴用を重度難聴用に		その他（ ）		

（*1 旧標準型、*2 旧高度難聴用）

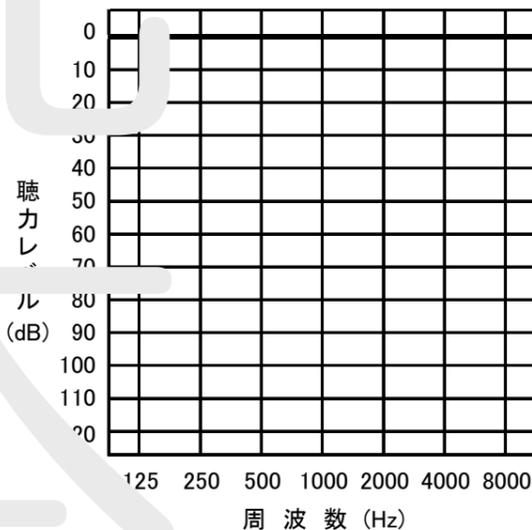
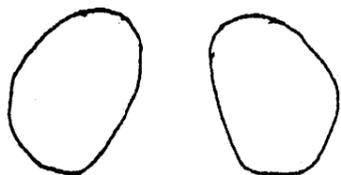
※以下は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医、又は障害者総合支援法第59条第1項に基づく更生医療を主として担当する医師で、耳鼻咽喉科の指定を受けている医師（以下「指定医」という。）が記入してください。難病患者等の場合は、保健所の医師、難病法第6条第1項に規定する指定医（難病指定医及び協力難病指定医）による作成も可能です。

1 聴覚障害の状況及び所見

(1) 難聴の種類 (4) オーディオグラム (別紙添付可) ※骨導値必須。

伝音難聴・感音難聴・混合難聴

(2) 鼓膜の状況



(3) 聴力レベルと語音明瞭度

	右耳	左耳
平均聴力レベル (4分法)	dB	dB
最良語音明瞭度	(dB) %	(dB) %

2 補聴器の処方【ポケット型・耳かけ型補聴器およびイヤモールド】

※補聴器の種類に○をつけ、装用耳とイヤモールドの可否を選択してください。

	高度難聴用 (平均聴力レベル90dB未満)		重度難聴用 (平均聴力レベル90dB以上)		装用耳	イヤモールド	専門的知識・技能を有する者による調整
	ポケット型	耳かけ型	ポケット型	耳かけ型			
【A】1個目					右・左	要・不要	要・不要
【B】2個支給用					右・左	要・不要	要・不要

イヤモールド不要を選択する場合は、その理由（ ）

※障害者総合支援法による補装具費の支給対象となる補聴器の個数は、原則1個です。両耳に支給が必要な場合は、2個支給となりますので、【B】2個支給用の欄にも記入し、4の(1)に理由を必ずお書きください。

すでに片耳に補聴器を支給されていて、今回は他側耳に追加して支給する場合も、2個支給となります。

※装用耳の平均聴力レベル90dB未満で重度難聴用を選択する場合、または装用耳の平均聴力レベル90dB以上で高度難聴用を選択する場合は、4の(3)に理由をお書きください。

※装用耳に平均聴力レベルの重い側を選択した場合は、4の(4)に理由をお書きください。

※上記の補聴器では装用できない場合は、3にお書きください。

3 ポケット型・耳かけ型補聴器では装用できず、特殊な補聴器を必要とする場合の処方

※補聴器の種類に○をつけ、装用耳とイヤモールドの可否を選択してください。

※上記の補聴器を選択した場合は、4の(2)に理由をお書きください。

※両耳に支給が必要な場合は【B】欄にも記入し、4の(1)に理由をお書きください。

	耳あな型 (身体上・職業上の理由で、ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に必要な方)		骨導式 (伝音・混合難聴者であって、耳漏が著しい又は外耳道閉鎖症等を有する方で、かつ、耳栓又はイヤモールドの使用が困難な方)		装用耳	イヤモールド (耳あな型レディメイドの場合のみ記入)	専門的知識・技能を有する者による調整
	レディメイド	オーダーメイド	ポケット型	眼鏡型			
【A】1個目					右・左	要・不要	要・不要
【B】2個支給用					右・左	要・不要	要・不要

4 補聴器を必要とする理由および具体的効果

※次の(1)から(4)の場合には、必ずお書きください。★のついた箇所は、可能な範囲でお書きください。

(1) 2個支給 (両耳への支給) が必要な理由および具体的効果

2個支給 (両耳への支給) が必要な理由	職業上	教育上	障害上
両耳装用の経験 装用 (試聴) 機種 ★	現在装用・過去に装用・試聴済/試聴中・試聴なし 右 () 左 ()		
両耳装用による語音明瞭度の向上 ★ ※現在両耳装用でない、または語音明瞭度が低いために両耳に必要な場合は、できるかぎりお書きください。	あり (片耳装用 % → 両耳装用 % に向上) ・ なし 検査語表: 57s ・ 67s ・ その他 ()		

※語音明瞭度検査結果以外で両耳装用の効果を示す具体的状況があればお書きください。

(2) 耳あな型・骨導式が必要な理由および具体的効果

(3) 装用耳90dB未満で重度難聴用、または90dB以上で高度難聴用が必要な理由および具体的効果

これまで装用していた補聴器 補聴器の試聴経験	機種 (★) ・ 機種不明 ・ 使っていない 重度難聴用を試聴した ・ 高度難聴用を試聴した ・ 試聴していない (機種★)
必要とする音響利得	() dB

※補聴器を最大限適合させたときの補聴器特性図および調整状態がわかる資料を添付してください。★

(4) 装用耳に聴力レベルの重い側を選択した場合の理由

5 特記事項

以上のとおり、障害者総合支援法による補装具費支給について意見を付す。

年 月 日

医療機関名
診療担当科
電話
FAX

医師名

※補装具費支給(補聴器)については、この意見書の内容により、東京都心身障害者福祉センターが判定を行います。高度難聴用片耳の支給は、この意見書の内容により、区市町村で判断可能です。

令和3年4月から

補装具費支給意見書（聴覚障害用）【チェックポイント】

補装具費支給意見書（聴覚障害用）

※この欄はご本人が記入してください。記入にあたって不明な点は、区市町村の補装具担当者にご相談ください。

氏名	区・郡市		町村	丁目	番	号
住所	市		村	丁目	番	号
身体障害者手帳	聴覚障害 () 級	総合等級 () 級	年	月	日	交付
前回の判定	高度難聴用*1ポケット型	高度難聴用*1耳かけ型	その他	右・左		
今回の希望	新規	装用耳を変更したい (右・左・両耳を ⇒ 右・左・両耳)	補聴器の処方を変更したい (高度難聴用を重度難聴用に)	その他		

※以下は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医、又は障害者総合支援法第59条第1項に基づく更生医療を主として担当する医師で、耳鼻咽喉科の指定を受けている医師（以下「指定医」という。）が記入してください。難病患者等の場合は、保健所の医師、難病法第6条第1項に規定する指定医（難病指定医及び協力難病指定医）による作成も可能です。

1 聴覚障害の状況及び所見

(1) 難聴の種類 **必ずいずれかに○をつけてください。** (4) オーディオグラム (別紙添付可) ※骨導値必須。

伝音難聴・感音難聴・混合難聴

(2) 鼓膜の状況 **必ず記載してください。**

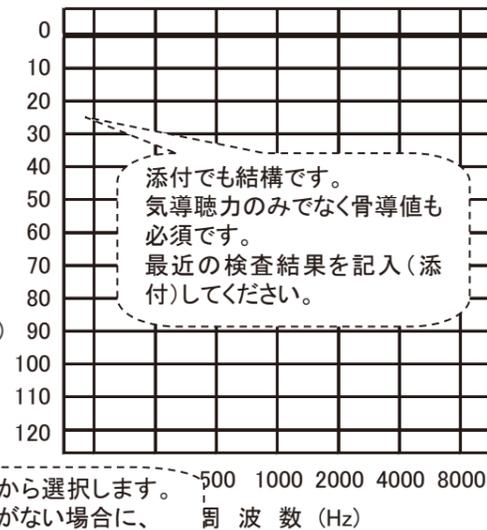


平均聴力レベルは必須です。語音明瞭度は可能なかぎりご記入ください。

(3) 聴力レベルと語音明瞭度

	右耳	左耳
平均聴力レベル (4分法)	() dB	() dB
最良語音明瞭度	() dB	() dB

原則として2の中から選択します。2で使える補聴器がない場合に、3から選択します。



添付でも結構です。気導聴力のみでなく骨導値も必須です。最近の検査結果を記入(添付)してください。

必ず記入が必要です。

2 補聴器の処方【ポケット型・耳かけ型補聴器およびイヤモールド】

※補聴器の種類に○をつけ、装用耳とイヤモールドの可否を選択してください。

補聴器の種類	高度難聴用 (平均聴力レベル90dB未満)		重度難聴用 (平均聴力レベル90dB以上)		装用耳	イヤモールド	専門的知識・技能を有する者による調整
	ポケット型	耳かけ型	ポケット型	耳かけ型			
【A】1個目					右・左	要・不要	要・不要
【B】2個支給用					右・左	要・不要	要・不要

※障害者総合支援法による補装具費の支給対象となる補聴器の個数は、原則1個です。両耳に支給が必要な場合は、2個支給となりますので、【B】2個支給用の欄にも記入し、4の(1)に理由を必ずお書きください。

※装用耳の平均聴力レベル90dB未満で重度難聴用を選択する場合、または装用耳の平均聴力レベル90dB以上で

すでに片耳に支給を受けている方が、反対側の耳にも補聴器を希望する場合は、今回片耳のみの支給であっても改めて両耳(2個支給)の判定を受ける必要があります。両耳に○をつけていただき、さらに、4の①の理由欄に、2個支給の理由を記入してください。

3 ポケット型・耳かけ型補聴器では装用できず、特殊な補聴器を必要とする場合の処方

※補聴器の種類に○をつけ、装用耳とイヤモールドの可否を選択してください。

※上記の補聴器を選択した場合は、4の(2)に理由をお書きください。

※両耳に支給が必要な場合は【B】欄にも記入し、4の(1)に理由をお書きください。

補聴器の種類	耳あな型 (身体上・職業上の理由で、ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に必要な方)		骨導式 (伝音・混合難聴者であって、耳漏が著しい又は外耳道閉鎖症等を有する方で、かつ、耳栓又はイヤモールドの使用が困難な方)		装用耳	イヤモールド (耳あな型・骨導式の場合のみ記入)	専門的知識・技能を有する者による調整
	レイト	オーダーメイド	ポケット型	眼鏡型			
【A】1個目					右・左	要・不要	要・不要
【B】2個支給用					右・左	要	要

【A】欄は1個希望のときに記入。

2個支給(両耳への支給)の処方のときは、【B】欄及び4(1)の記入も必須になります。

4 補聴器を必要とする理由および具体的効果

※次の(1)から(4)の場合には、2個支給(両耳への支給)の処方の場合は必須

(1) 2個支給(両耳への支給)が必要な理由

2個支給(両耳への支給)が必要な理由	職業上	教育上	障害上
両耳装用の経験	現在装用	過去に装用	試聴済/試聴中
両耳装用による語音明瞭度の向上	あり(片耳装用 % → 両耳装用 %に向上)	なし	なし

※現在両耳装用でない、または語音明瞭度が低いために両耳に必要な場合は、できるかぎりお書きください。

※語音明瞭度検査結果以外で両耳装用の効果を示す具体的な検査結果をご記入ください。

例) 診察時の会話の聴取は、片耳・両耳でどのように違うか。

(2) 耳あな型・骨導式が必要な理由および具体的効果

耳あな型・骨導式の処方の場合は必須

(3) 装用耳90dB未満で重度難聴用、または90dB以上で高度難聴用が必要な理由および具体的効果

90dB未満で重度難聴用、または90dB以上で高度難聴用の処方の場合は必須

これまで装用していた補聴器の種類	機種(★) () ・ 機種不明 ・ 使っていない
補聴器の試聴経験	重度難聴用を試聴した (機種★) ・ 高度難聴用を試聴した () ・ 試聴していない ()
必要とする音響利得	() dB

※補聴器を最大限適合させたときの補聴器特性図および調整状態がわかる資料を添付してください。★

(4) 装用耳に聴力レベルの重い側を選択した場合の理由

原則は、より補聴効果の高い良聴耳側が支給対象になります。

5 特記事項

【A】欄は1個希望のときに記入。

2個支給(両耳への支給)の処方のときは、【B】欄及び4(1)の記入も必須になります。

以上のとおり、障害者総合支援法

作成日の記入漏れのないようお願いします。

年 月 日

医師名
専科
電話
FAX

医師名

難病患者等の場合で、指定医以外の専門医が作成する場合 (学会 専門医)

※補装具費支給(補聴器)については、この意見書の内容により、東京都心身障害者福祉センターが判定を行います。高度難聴用片耳の支給は、この意見書の内容により、区市町村で判断可能で

補装具費支給意見書（聴覚障害用）作成における留意点

意見書作成時に、現在の障害状況（平均聴力レベルおよび最良語音明瞭度の数値）が、身体障害者手帳の6級以上に該当することをご確認ください。なお、身体障害者手帳6級以上に該当しない場合は、意見書を作成しないで、ご本人がお住まいの区市町村の補装具担当者にご連絡ください。

1 聴覚障害の状況及び所見

(1) 難聴の種類

必ず○をつけてください。

(2) 鼓膜の状況

必ずご記入ください。鼓膜に特に所見が認められない場合も、その旨をご記入ください。

(3) 聴力レベルと語音明瞭度

ア 平均聴力レベル（4分法）は、必ずご記入ください。

イ 語音明瞭度検査が実施可能な場合は、なるべく検査を行い、結果をご記入ください。

(4) オーディオグラム

ア オーディオグラムは病院でお使いの用紙を添付されてもかまいません。

イ 気導聴力の結果だけでなく、骨導聴力の結果も必ずご記入ください。

2 補聴器の処方【ポケット型・耳かけ型補聴器およびイヤモールド】

(1) 障害者総合支援法による補装具費の支給対象となる補聴器の個数は、原則として1個です。片耳に支給が必要な場合には、【A】1個目の欄に○をお書きください。

(2) 教育上、職業上、障害上の理由から、2個支給（両耳への支給）が必要と判断される場合は、【A】1個目と【B】2個支給用の欄の両方に○をお書きください。また、必ず「4(1)2個支給（両耳への支給）」が必要な理由および具体的効果欄にその理由をご記入ください。

(3) イヤモールドの欄も、必ずご記入ください。イヤモールド不要を選択する場合は、その理由をお書きください。

(4) 「専門的知識・技能を有する者^(注1)による調整」の欄も、必ずご記入ください。

(注1) 平成30年厚生労働省告示第121号により、「専門的知識・技能を有する者による調整」に関して補装具費の基準に追加されました。「専門的知識・技能を有する者」とは、補装具事業者の言語聴覚士又は認定補聴器技能者とされています。

(5) 「高度難聴用」・「重度難聴用」の選択

装用耳の聴力レベル（気導・骨導）等から判断します。原則として平均聴力レベルが90dB未満を高度難聴用補聴器、90dB以上を重度難聴用補聴器^(注2)とします。

(注2) 障害者総合支援法における「重度難聴用」を名称とする補聴器は、①JIS C 5512-2000による90dB最大出力音圧レベルのピーク値が140dB SPL以上のもの、② JIS C 5512-2015による90dB入力最大出力音圧レベルのピーク値が130dB SPL以上のもののいずれかをいいます。

そのため、装用耳の平均聴力レベルが90dB未満で重度難聴用、または装用耳の平均聴力レベルが90dB以上で高度難聴用を選択する場合には、必ず「4(3)装用耳90dB未満で重度難聴用、または90dB以上で高度難聴用が必要な理由および具体的効果」欄にご記入ください。

3 ポケット型・耳かけ型補聴器では装用できず、特殊な補聴器を必要とする場合

補装具費の支給対象となる補聴器の種類は、原則として耳かけ型かポケット型です。それ以外の補聴器を必要とする場合は、次のような適応の考え方をもとに判断してください。

	補装具費支給制度での適応の考え方
耳あな型	耳あな型の支給対象者は、 <u>身体上、職業上等の理由で、ポケット型も耳かけ型も使用できず、真に耳あな型が必要な方</u> です。 厚生労働省が告示する補装具費支給基準に定められている耳あな型の性能は、高度難聴用に準じるとされていますので、 <u>原則として装用耳の平均聴力レベルが90dB未満の方が適応^(注3)</u> です。
(次頁へ)	(注3) ただし、耳あな型オーダーメイド補聴器で重度難聴用に相当する性能のものが製作できる場合がありますので、平均聴力レベル90dB以上で耳あな

(前頁から)	<p>型を必要とする場合、必ず耳あな型が装用可能かどうか（ハウリングなしに十分な利得を得られるかどうか）を確認した上でお書きください。</p> <p><u>現在耳あな型を装用している、あるいは眼鏡装着のため耳あな型が必要であるという理由のみでは、耳あな型が真に必要な理由としては認められません。</u></p> <p>以下に、耳かけ型・ポケット型が装用できない理由の例をお示しします。</p> <p>①身体上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・耳介変形のため、耳かけ型を耳にかけることができない（変形の状態を具体的に記述）、など <p>②職業上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・建築現場の作業等で常時ヘルメットを使用しなくてはならず、ヘルメットの形状や実際に耳かけ型を試した状況から、耳かけ型では装用できないことを確認している、など
骨導式	<p>伝音・混合難聴者であって、耳漏が著しいため、または外耳道閉鎖症などを有するため、耳栓やイヤモールドの使用が困難であること</p>

※FM型や上記表にない特殊な補聴器が必要な場合には、意見書を作成される前に、ご本人がお住まいの区市町村の補装具担当者にご連絡ください。

4 補聴器を必要とする理由および具体的効果

次の(1)～(4)の場合には、必要な理由および具体的効果を、必ずお書きください。★のついた箇所は、可能な範囲でお書きください。

(1) 2個支給（両耳への支給）を選択した場合

職業上、教育上、障害上の理由が必要です。あてはまる理由に必ず○をつけてください。

両耳装用の経験、装用機種（★）、両耳装用によってどのような効果が具体的に認められるかを確認した上でお書きください。

現在両耳装用でない場合や、職業上、教育上の理由がなく、障害上、語音明瞭度が低い片耳では十分コミュニケーションが確保できないことを理由に両耳装用を必要とする場合は、片耳装用と両耳装用を比較した結果（片耳および両耳に補聴器を装用した状態での語音明瞭度★）を、可能なかぎりご記入ください。

(2) 耳あな型・骨導式の補聴器を選択した場合

(3) 装用耳 90dB 未満で重度難聴用、または 90dB 以上で高度難聴用を選択した場合

これまでに装用していた補聴器の機種（★）、重度難聴用または高度難聴用補聴器の試聴経験の有無および機種（★）、必要とする音響利得をお書きください。なお、補聴器を試聴した場合には、補聴器を最大限適合させたときの補聴器特性図および調整状態がわかる資料を可能なかぎり添付してください（★）。

(4) 装用耳に聴力レベルの重い側を選択した場合の理由

障害者総合支援法による補装具費の支給対象となる**補聴器の個数は、原則1個です**。そのため、より補聴効果の高い良聴耳側が補聴器の支給対象となります。あえて、聴力レベルの重い側を装用耳として選択した場合には、その理由を具体的にお書きください。

5 特記事項

補聴器の支給に関して、何かご意見がございましたらお書きください。

6 その他

ア 意見書は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医、又は障害者総合支援法第59条第1項に基づく更生医療を主として担当する医師で、耳鼻咽喉科の指定を受けている医師が作成してください。難病患者等の場合は、保健所の医師、難病法第6条第1項に規定する指定医（難病指定医及び協力難病指定医）による作成も可能です。

イ 18歳以上のかたの補装具費支給（補聴器）については、この意見書の内容により、東京都心身障害者福祉センター*が判定を行います（高度難聴用片耳の支給は、この意見書の内容により、区市町村が判断して支給することができます）。

（*身体障害者更生相談所）

問合せ先：東京都心身障害者福祉センター
 障害認定課 身体障害担当
 TEL 03-3235-2965
 FAX 03-3235-2959

意見書作成事例

事例1-1 一部不適切：平均聴力レベル 90dB 未満で重度難聴用希望の例
補装具費支給意見書（聴覚障害用）

※この欄はご本人が記入してください。記入にあたって不明な点は、区市町村の補装具担当者にご相談ください。

氏名	〇〇〇 〇〇〇		生年月日	昭和19年5月22日生（77歳）		
住所	〇〇 (区)・郡 〇〇 町 〇 丁目 〇〇 番 〇 号		(〇 方)			
身体障害者手帳	聴覚障害（6）級 総合等級（ ）級 年 月 日交付 ・ 申請中					
前回の判定	年 月	高度難聴用*1ポケット型	高度難聴用*1耳かけ型	その他		右・左・片・両
今回の希望	新規・装用耳を変更したい（右・左・両耳を ⇒ 右・左・両耳に）		補聴器の処方を変更したい（高度難聴用を重度難聴用に ・ その他		）	

(*1 旧標準型、*2 旧高度難聴用)

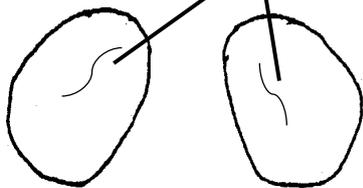
※以下は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医、又は障害者総合支援法第59条第1項に基づく更生医療を主として担当する医師で、耳鼻咽喉科の指定を受けている医師（以下「指定医」という。）が記入してください。難病患者等の場合は、保健所の医師、難病法第6条第1項に規定する指定医（難病指定医及び協力難病指定医）による作成も可能です。

1 聴覚障害の状況及び所見

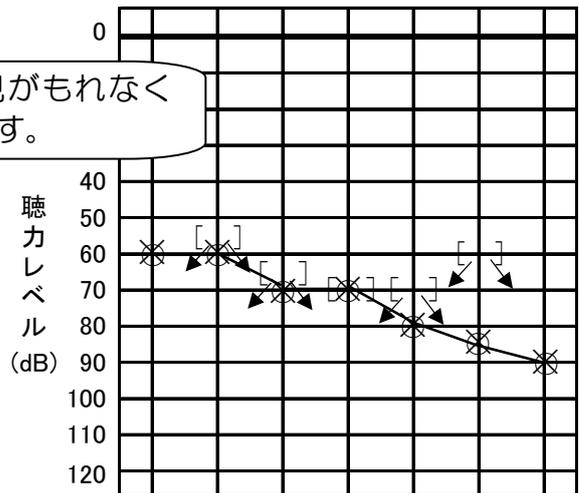
(1) 難聴の種類 (4) オーディオグラム（別紙添付可） ※骨導値必須。

伝音難聴 **感音難聴**・混合難聴

(2) 鼓膜の状況 **正常**



検査結果や所見がもれなく記載されています。



(3) 聴力レベルと語音明瞭度

	右耳	左耳
平均聴力レベル (4分法)	72.5 dB	72.5 dB
最良語音明瞭度	(90 dB) 55%	(90 dB) 40%

聴力レベルから、高度難聴用の適応となります。90dB未満で重度難聴用が必要な場合は、4(3)に理由の記載が必要です。

2 補聴器の処方【ポケット型・耳かけ型補聴器】

※補聴器の種類に○をつけ、装用耳とイヤモールドの要否を

	高度難聴用 (平均聴力レベル90dB未満)		重度難聴用 (平均聴力レベル90dB以上)		装用耳	イヤモールド	専門的知識・ 技能を有する 者による調整
	ポケット型	耳かけ型	ポケット型	耳かけ型			
【A】1個目				○	右・左	要・不要	要・不要
【B】2個支給用					右・左	要・不要	要・不要

イヤモールド不要を選択する場合は、その理由()

※障害者総合支援法による補装具費の支給対象となる補聴器の個数は、原則1個です。両耳に支給が必要な場合は、2個支給となりますので、【B】2個支給用の欄にも記入し、4の(1)に理由を必ずお書きください。

すでに片耳に補聴器を支給されていて、今回は他側耳に追加して支給する場合も、2個支給となります。

※装用耳の平均聴力レベル90dB未満で重度難聴用を選択する場合、または装用耳の平均聴力レベル90dB以上で高度難聴用を選択する場合は、4の(3)に理由をお書きください。

※装用耳に平均聴力レベルの重い側を選択した場合は、4の(4)に理由をお書きください。

※上記の補聴器では装用できない場合は、3にお書きください。

3 ポケット型・耳かけ型補聴器では装用できず、特殊な補聴器を必要とする場合の処方

※補聴器の種類に○をつけ、装用耳とイヤモールドの可否を選択してください。

※上記の補聴器を選択した場合は、4の(2)に理由をお書きください。

※両耳に支給が必要な場合は【B】欄にも記入し、4の(1)に理由をお書きください。

	耳あな型 (身体上・職業上の理由で、ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に必要な方)		骨導式 (伝音・混合難聴者であって、耳漏が著しい又は外耳道閉鎖症等を有する方で、かつ、耳栓又はイヤモールドの使用が困難な方)		装用耳	イヤモールド (耳あな型レディメイトの場合のみ記入)	専門的知識・技能を有する者による調整
	レディメイト	オーダーメイト	ポケット型	眼鏡型			
【A】1個目					右・左	要・不要	要・不要
【B】2個支給用					右・左	要・不要	要・不要

4 補聴器を必要とする理由および具体的効果

※次の(1)から(4)の場合には、必ずお書きください。★のついた箇所は、可能な範囲でお書きください。

(1) 2個支給(両耳への支給)が必要な理由および具体的効果

2個支給(両耳への支給)が必要な理由	職業上 ・ 教育上 ・ 障害上
両耳装用の経験 装用(試聴)機種 ★	現在装用 ・ 過去に装用 ・ 試聴済/試聴中 ・ 試聴なし 右() 左()
両耳装用による語音明瞭度の向上 ★ ※現在両耳装用でない、または語音明瞭度が低いために両耳に必要な場合は、できるかぎりお書きください。	あり(片耳装用 %→両耳装用 %に向上)・なし 検査語表: 57s ・ 67s ・ その他()

※語音明瞭度検査結果以外で両耳装用の効果を示す具体的状況があればお書きください。

(2) 耳あな型・骨導式が必要な理由および具体的効果

語音明瞭度が低いことは、利得を上げて改善できるとはいええないため、重度難聴用が必要な理由とは判断できません。

(3) 装用耳 90dB未満で重度難聴用、または 90dB以上で高度難聴用が必要な理由および具体的効果

語音明瞭度が低いため重度が必要

これまで装用していた補聴器 補聴器の試聴経験	機種(★) ・ 機種不明 ・ <u>使っていない</u> 重度難聴用を試聴した ・ 高度難聴用を試聴した <u>試聴していない</u> (機種★)
必要とする音響利得	(35) dB

※補聴器を最大限適合させたときの補聴器特性図および調整状態がわかる資料を添付してください。★

(4) 装用耳に聴力レベルの重い側を選択した場合の理由

5 特記事項

音響利得35dBは高度難聴用で適合可能です。

以上のとおり、障害者総合支援法による補装具費支給について意見を付す。

令和 3 年 7 月 28 日

医療機関名 ○○○○病院
診療担当科 耳鼻咽喉科
電話 ○○-○○○○-○○○○
FAX ○○-○○○○-○○○○

医師名 ○○ ○○

難病患者等の場合で、指定医以外の専門医が作成する場合
(学会 専門医)

※補装具費支給(補聴器)については、この意見書の内容により、東京都心身障害者福祉センターが判定を行います。
高度難聴用片耳の支給は、この意見書の内容により、区市町村で判断可能です。 令和3年4月から

事例1-2 適切：平均聴力レベル 90dB 未満で高度難聴用を処方した例 補装具費支給意見書（聴覚障害用）

※この欄はご本人が記入してください。記入にあたって不明な点は、区市町村の補装具担当者にご相談ください。

氏名	〇〇〇 〇〇〇	生年月日	昭和19年5月22日生（77歳）
住所	〇〇 (区)・郡 〇〇 町 〇 丁目 〇〇 番 〇 号 (方)		
身体障害者手帳	聴覚障害（6）級 総合等級（ ）級 年 月 日交付・申請中		
前回の判定	年 月	高度難聴用*1ポケット型 高度難聴用*1耳かけ型 その他 重度難聴用*2ポケット型 重度難聴用*2耳かけ型 ()	右・左・片・両
今回の希望	新規・装用耳を変更したい（右・左・両耳を ⇒ 右・左・両耳に） 補聴器の処方を変更したい（高度難聴用を重度難聴用に ・ その他 ()		

(*1 旧標準型、*2 旧高度難聴用)

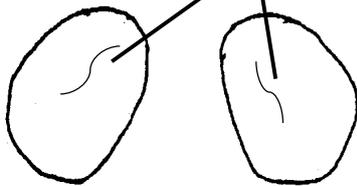
※以下は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医、又は障害者総合支援法第59条第1項に基づく更生医療を主として担当する医師で、耳鼻咽喉科の指定を受けている医師（以下「指定医」という。）が記入してください。難病患者等の場合は、保健所の医師、難病法第6条第1項に規定する指定医（難病指定医及び協力難病指定医）による作成も可能です。

1 聴覚障害の状況及び所見

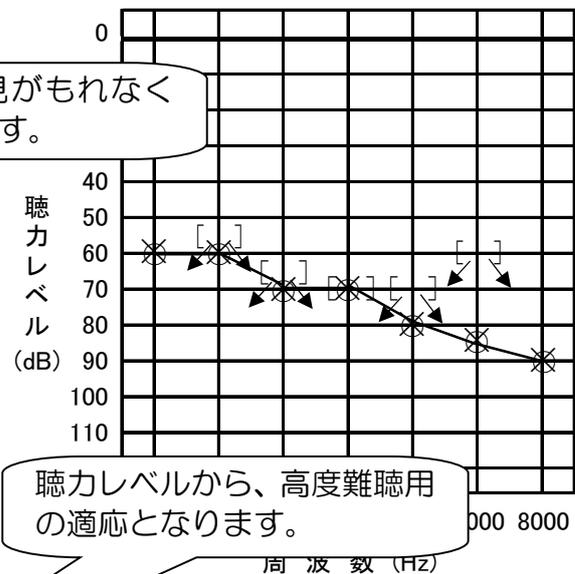
(1) 難聴の種類 (4) オーディオグラム（別紙添付可） ※骨導値必須。

伝音難聴 感音難聴 混合難聴

(2) 鼓膜の状況 正常



検査結果や所見がもれなく記載されています。



聴力レベルから、高度難聴用の適応となります。

(3) 聴力レベルと語音明瞭度

	右耳	左耳
平均聴力レベル (4分法)	72.5 dB	72.5 dB
最良語音明瞭度	(90 dB) 55%	(90 dB) 40%

2 補聴器の処方【ポケット型・耳かけ型補聴器またはイヤモールド】

※補聴器の種類に○をつけ、装用耳とイヤモールドの可否を選択してください。

	高度難聴用 (平均聴力レベル90dB未満)		重度難聴用 (平均聴力レベル90dB以上)		装用耳	イヤモールド	専門的知識・ 技能を有する 者による調整
	ポケット型	耳かけ型	ポケット型	耳かけ型			
【A】1個目		○			右 左	要・不要	要・不要
【B】2個支給用					右・左	要・不要	要・不要

イヤモールド不要を選択する場合は、その理由 ()

※障害者総合支援法による補装具費の支給対象となる補聴器の個数は、原則1個です。両耳に支給が必要な場合は、2個支給となりますので、【B】2個支給用の欄にも記入し、4の(1)に理由を必ずお書きください。

すでに片耳に補聴器を支給されていて、今回は他側耳に追加して支給する場合も、2個支給となります。

※装用耳の平均聴力レベル90dB未満で重度難聴用を選択する場合、または装用耳の平均聴力レベル90dB以上で高度難聴用を選択する場合は、4の(3)に理由をお書きください。

※装用耳に平均聴力レベルの重い側を選択した場合は、4の(4)に理由をお書きください。

※上記の補聴器では装用できない場合は、3にお書きください。

3 ポケット型・耳かけ型補聴器では装用できず、特殊な補聴器を必要とする場合の処方

※補聴器の種類に○をつけ、装用耳とイヤモールドの可否を選択してください。

※上記の補聴器を選択した場合は、4の(2)に理由をお書きください。

※両耳に支給が必要な場合は【B】欄にも記入し、4の(1)に理由をお書きください。

	耳あな型 (身体上・職業上の理由 で、ポケット型及び耳かけ型 の補聴器の使用が困難で 真に必要な方)		骨導式 (伝音・混合難聴者であって、耳 漏が著しい又は外耳道閉鎖症 等を有する方で、かつ、耳栓又 はイヤモールドの使用が困難な方)		装用耳	イヤモールド (耳あな型レ ディメイト [®] の場 合のみ記入)	専門的知 識・技能を 有する者に よる調整
	レディメイト [®]	オーダーメイト [®]	ポケット型	眼鏡型			
【A】1個目					右・左	要・不要	要・不要
【B】2個支給用					右・左	要・不要	要・不要

4 補聴器を必要とする理由および具体的効果

※次の(1)から(4)の場合には、必ずお書きください。★のついた箇所は、可能な範囲でお書きください。

(1) 2個支給(両耳への支給)が必要な理由および具体的効果

2個支給(両耳への支給)が必要な理由	職業上 ・ 教育上 ・ 障害上
両耳装用の経験 装用(試聴)機種 ★	現在装用 ・ 過去に装用 ・ 試聴済/試聴中 ・ 試聴なし 右() 左()
両耳装用による語音明瞭度の向上 ★ ※現在両耳装用でない、または語音明瞭度が低いため に両耳に必要な場合は、できるかぎりお書きください。	あり(片耳装用 %→両耳装用 %に向上)・なし 検査語表: 57s ・ 67s ・ その他()

※語音明瞭度検査結果以外で両耳装用の効果を示す具体的状況があればお書きください。

(2) 耳あな型・骨導式が必要な理由および具体的効果

(3) 装用耳 90dB 未満で重度難聴用、または 90dB 以上で高度難聴用が必要な理由および具体的効果

これまで装用していた補聴器 補聴器の試聴経験	機種(★) ・ 機種不明 ・ 使っていない 重度難聴用を試聴した ・ 高度難聴用を試聴した ・ 試聴していない (機種★)
必要とする音響利得	() dB

※補聴器を最大限適合させたときの補聴器特性図および調整状態がわかる資料を添付してください。★

(4) 装用耳に聴力レベルの重い側を選択した場合の理由

5 特記事項

補聴器装用歴なし。当院で高度難聴用耳かけ型補聴器 ○○○ を右耳に試聴し、会話聴取の改善を認めた。

以上のとおり、障害者総合支援法による補装具費支給について意見を付す。

令和 3 年 7 月 28 日

医療機関名 ○○○○病院
診療担当科 耳鼻咽喉科
電話 ○○-○○○○-○○○○
FAX ○○-○○○○-○○○○

医師名 ○○ ○○

難病患者等の場合で、指定医以外の専門医が作成する場合
(学会 専門医)

※補装具費支給(補聴器)については、この意見書の内容により、東京都心身障害者福祉センターが判定を行います。
高度難聴用片耳の支給は、この意見書の内容により、区市町村で判断可能です。

令和3年4月から

事例2-1 一部不適切：職業上の理由で耳あな型希望の例 補装具費支給意見書（聴覚障害用）

※この欄はご本人が記入してください。記入にあたって不明な点は、区市町村の補装具担当者にご相談ください。

氏名	〇〇〇 〇〇〇		生年月日	平成6年7月28日生（27歳）	
住所	〇〇 (区) 市 〇〇 町 〇 丁目 〇〇 番 〇 号 (方)				
身体障害者手帳	聴覚障害（6）級 総合等級（ ）級 年 月 日交付 ・ 申請中				
前回の判定	年 月	高度難聴用*1ポケット型 重度難聴用*2ポケット型	高度難聴用*1耳かけ型 重度難聴用*2耳かけ型	その他 ()	右・左・片・両
今回の希望	新規・装用耳を変更したい（右・左・両耳を ⇒ 右・左・両耳に） 補聴器の処方を変更したい（高度難聴用を重度難聴用に ・ その他）				

(*1 旧標準型、*2 旧高度難聴用)

※以下は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医、又は障害者総合支援法第59条第1項に基づく更生医療を主として担当する医師で、耳鼻咽喉科の指定を受けている医師（以下「指定医」という。）が記入してください。難病患者等の場合は、保健所の医師、難病法第6条第1項に規定する指定医（難病指定医及び協力難病指定医）による作成も可能です。

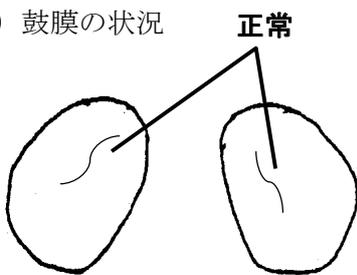
1 聴覚障害の状況及び所見

(1) 難聴の種類

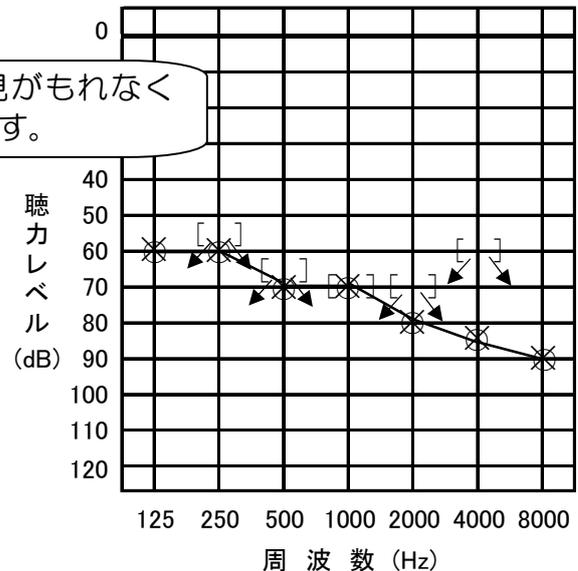
(4) オージオグラム（別紙添付可） ※骨導値必須。

伝音難聴・**感音難聴**・混合難聴

(2) 鼓膜の状況



検査結果や所見がもれなく記載されています。



(3) 聴力レベルと語音明瞭度

	右耳	左耳
平均聴力レベル (4分法)	72.5 dB	72.5 dB
最良語音明瞭度	(90 dB) 55%	(90 dB) 40%

2 補聴器の処方【ポケット型・耳かけ型補聴器およびイヤモールド】

※補聴器の種類に○をつけ、装用耳とイヤモールドの要否を選択してください。

	高度難聴用 (平均聴力レベル90dB未満)		重度難聴用 (平均聴力レベル90dB以上)		装用耳	イヤモールド	専門的知識・ 技能を有する 者による調整
	ポケット型	耳かけ型	ポケット型	耳かけ型			
【A】1個目					右・左	要・不要	要・不要
【B】2個支給用					右・左	要・不要	要・不要

イヤモールド不要を選択する場合は、その理由（ ）

※障害者総合支援法による補装具費の支給対象となる補聴器の個数は、原則1個です。両耳に支給が必要な場合は、2個支給となりますので、【B】2個支給用の欄にも記入し、4の(1)に理由を必ずお書きください。

すでに片耳に補聴器を支給されていて、今回は他側耳に追加して支給する場合も、2個支給となります。

※装用耳の平均聴力レベル90dB未満で重度難聴用を選択する場合、または装用耳の平均聴力レベル90dB以上で高度難聴用を選択する場合は、4の(3)に理由をお書きください。

※装用耳に平均聴力レベルの重い側を選択した場合は、4の(4)に理由をお書きください。

※上記の補聴器では装用できない場合は、3にお書きください。

3 ポケット型・耳かけ型補聴器では装用できず、特殊な補聴器を必要とする場合の処方

※補聴器の種類に○をつけ、装用耳とイヤモールドの可否を選択してください。

※上記の補聴器を選択した場合は、4の(2)に理由をお書きください。

※両耳に支給が必要な場合は【B】欄にも記入し、4の(1)に理由をお書きください。

	耳あな型 (身体上・職業上の理由で、ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に必要な方)		骨導式 (伝音・混合難聴者であって、耳漏が著しい又は外耳道閉鎖症等を有する方で、かつ、耳栓又はイヤモールドの使用が困難な方)		装用耳	イヤモールド (耳あな型レディメイドの場合のみ記入)	専門的知識・技能を有する者による調整
	レディメイド	オーダーメイド	ポケット型	眼鏡型			
【A】1個目		○			右 左	要・不要	要 不要
【B】2個支給用						要・不要	要・不要

ポケット型・耳かけ型が装用できず、耳あな型が真に必要な場合でなければ、支給の適応がありません。

4 補聴器を必要とする理由および具体的効果

※次の(1)から(4)の場合には、必ずお書きください。

(1) 2個支給(両耳への支給)が必要な理由および具体的効果

2個支給(両耳への支給)が必要な理由	職業上 ・ 教育上 ・ 障害上
両耳装用の経験 装用(試聴)機種 ★	現在装用 ・ 過去に装用 ・ 試聴済/試聴中 ・ 試聴なし 右() 左()
両耳装用による語音明瞭度の向上 ★ ※現在両耳装用でない、または語音明瞭度が低いために両耳に必要な場合は、できるかぎりお書きください。	あり(片耳装用 %→両耳装用 %に向上) ・ なし 検査語表: 57s ・ 67s ・ その他()

※語音明瞭度検査結果以外で両耳装用の効果を示す具体的な理由を記入してください。

(2) 耳あな型・骨導式が必要な理由および具体的効果

仕事でヘルメット着用の必要があるため

「ヘルメット着用の必要がある」との記述のみでは、耳あな型が真に必要な状況にあるのか判断できません。ヘルメットと耳かけ型が併用できる場合もあります。

(3) 装用耳 90dB未満で重度難聴用、または 90dB以上で高度難聴用が必要な理由および具体的効果

これまで装用していた補聴器 補聴器の試聴経験	機種(★) ・ 機種不明 ・ 使っていない 重度難聴用を試聴した ・ 高度難聴用を試聴した ・ 試聴していない (機種★)
必要とする音響利得	() dB

※補聴器を最大限適合させたときの補聴器特性図および調整状態がわかる資料を添付してください。 ★

(4) 装用耳に聴力レベルの重い側を選択した場合の理由

5 特記事項

以上のとおり、障害者総合支援法による補装具費支給について意見を付す。

令和 3 年 9 月 27 日

医療機関名 ○○○○病院

医師名 ○○ ○○

診療担当科 耳鼻咽喉科

難病患者等の場合で、指定医以外の専門医が作成する場合 (学会 専門医)

電話 ○○-○○○○-○○○○

FAX ○○-○○○○-○○○○

※補装具費支給(補聴器)については、この意見書の内容により、東京都心身障害者福祉センターが判定を行います。高度難聴用片耳の支給は、この意見書の内容により、区市町村で判断可能です。 令和3年4月から

事例2-2 適切：職業上の理由で耳あな型希望の例

補装具費支給意見書（聴覚障害用）

※この欄はご本人が記入してください。記入にあたって不明な点は、区市町村の補装具担当者にご相談ください。

氏名	〇〇〇 〇〇〇	生年月日	平成6年7月28日生（27歳）
住所	〇〇 (区)・郡 〇〇 町 〇 丁目 〇〇 番 〇 号 市 村 (方)		
身体障害者手帳	聴覚障害（6）級 総合等級（ ）級 年 月 日交付 ・ 申請中		
前回の判定	年 月	高度難聴用*1ポケット型 高度難聴用*1耳かけ型 その他 重度難聴用*2ポケット型 重度難聴用*2耳かけ型 ()	右・左・片・両
今回の希望	新規・装用耳を変更したい（右・左・両耳を ⇒ 右・左・両耳に） 補聴器の処方を変更したい（高度難聴用を重度難聴用に ・ その他）		

(*1 旧標準型、*2 旧高度難聴用)

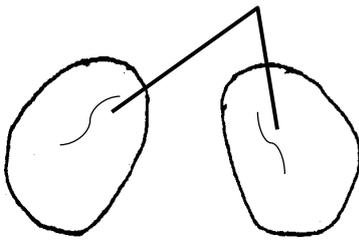
※以下は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医、又は障害者総合支援法第59条第1項に基づく更生医療を主として担当する医師で、耳鼻咽喉科の指定を受けている医師（以下「指定医」という。）が記入してください。難病患者等の場合は、保健所の医師、難病法第6条第1項に規定する指定医（難病指定医及び協力難病指定医）による作成も可能です。

1 聴覚障害の状況及び所見

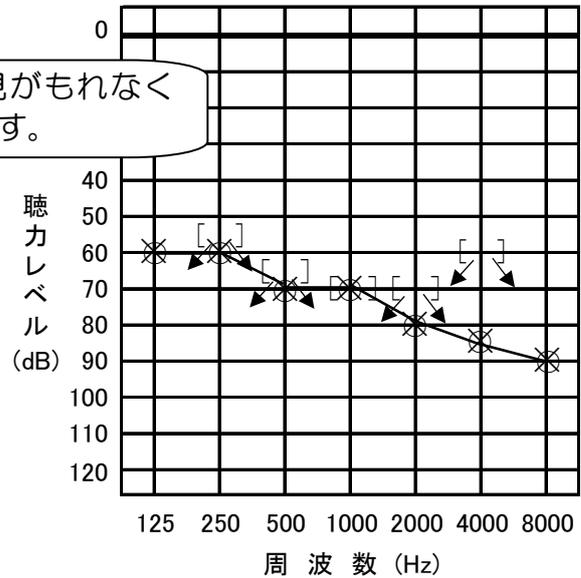
(1) 難聴の種類 (4) オーディオグラム (別紙添付可) ※骨導値必須。

伝音難聴 **感音難聴**・混合難聴

(2) 鼓膜の状況 **正常**



検査結果や所見がもれなく記載されています。



(3) 聴力レベルと語音明瞭度

	右耳	左耳
平均聴力レベル (4分法)	72.5 dB	72.5 dB
最良語音明瞭度	(90 dB) 55%	(90 dB) 40%

2 補聴器の処方【ポケット型・耳かけ型補聴器およびイヤモールド】

※補聴器の種類に○をつけ、装用耳とイヤモールドの可否を選択してください。

	高度難聴用 (平均聴力レベル90dB未満)		重度難聴用 (平均聴力レベル90dB以上)		装用耳	イヤモールド	専門的知識・ 技能を有する 者による調整
	ポケット型	耳かけ型	ポケット型	耳かけ型			
【A】1個目					右・左	要・不要	要・不要
【B】2個支給用					右・左	要・不要	要・不要

イヤモールド不要を選択する場合は、その理由()

※障害者総合支援法による補装具費の支給対象となる補聴器の個数は、原則1個です。両耳に支給が必要な場合は、2個支給となりますので、【B】2個支給用の欄にも記入し、4の(1)に理由を必ずお書きください。

すでに片耳に補聴器を支給されていて、今回は他側耳に追加して支給する場合も、2個支給となります。

※装用耳の平均聴力レベル90dB未満で重度難聴用を選択する場合、または装用耳の平均聴力レベル90dB以上で高度難聴用を選択する場合は、4の(3)に理由をお書きください。

※装用耳に平均聴力レベルの重い側を選択した場合は、4の(4)に理由をお書きください。

※上記の補聴器では装用できない場合は、3にお書きください。

3 ポケット型・耳かけ型補聴器では装用できず、特殊な補聴器を必要とする場合の処方

※補聴器の種類に○をつけ、装用耳とイヤモールドの可否を選択してください。

※上記の補聴器を選択した場合は、4の(2)に理由をお書きください。

※両耳に支給が必要な場合は【B】欄にも記入し、4の(1)に理由をお書きください。

	耳あな型 (身体上・職業上の理由 で、ポケット型及び耳かけ型 の補聴器の使用が困難で 真に必要な方)		骨導式 (伝音・混合難聴者であって、耳 漏が著しい又は外耳道閉鎖症 等を有する方で、かつ、耳栓又 はイヤモールドの使用が困難な方)		装用耳	イヤモールド (耳あな型レ ディメイド [®] の場 合のみ記入)	専門的知 識・技能を 有する者に よる調整
	レディメイド [®]	オーダーメイド [®]	ポケット型	眼鏡型			
【A】1個目		○			右 左	要・不要	要 不要
【B】2個支給用					右・左	要・不要	要・不要

4 補聴器を必要とする理由および具体的効果

※次の(1)から(4)の場合には、必ずお書きください。★のついた箇所は、可能な範囲でお書きください。

(1) 2個支給(両耳への支給)が必要な理由および具体的効果

2個支給(両耳への支給)が必要な理由	職業上 ・ 教育上 ・ 障害上
両耳装用の経験 装用(試聴)機種 ★	現在装用 ・ 過去に装用 ・ 試聴済/試聴中 ・ 試聴なし 右() 左()
両耳装用による語音明瞭度の向上 ★ ※現在両耳装用でない、または語音明瞭度が低いた めに両耳に必要な場合は、できるかぎりお書きください。	あり(片耳装用 %→両耳装用 %に向上)・なし 検査語声 ()

※語音明瞭度検査結果以外で両耳装用の効果を示す具体

耳あな型が必要な状況と、耳かけ型・ポ
ケット型を実際に試聴して装用困難であ
った状況が具体的に記載されています。

(2) 耳あな型・骨導式が必要な理由および具体的効果

建築会社に勤務しており、週5日工事現場での作業に従事し、ヘルメット着用が義務づけられている。耳かけ型補聴器○○○と△△△(RIC)をそれぞれ2週間貸し出しして試聴したが、いずれもヘルメットの□□の部分が補聴器に当たり装用することができなかった。ポケット型補聴器▽▽▽を試聴したところ、ヘルメットには当たらないがコードが邪魔になり勤務に支障が生じた。

(3) 装用耳 90dB未満で重度難聴用、または90dB以上で高度難聴用が必要な理由および具体的効果

これまで装用していた補聴器 補聴器の試聴経験	機種(★) ・ 機種不明 ・ 使っていない 重度難聴用を試聴した ・ 高度難聴用を試聴した ・ 試聴していない (機種★)
必要とする音響利得	() dB

※補聴器を最大限適合させたときの補聴器特性図および調整状態がわかる資料を添付してください。★

(4) 装用耳に聴力レベルの重い側を選択した場合の理由

5 特記事項

以上のとおり、障害者総合支援法による補装具費支給について意見を付す。

令和 3 年 9 月 27 日

医療機関名 ○○○○病院

医師名 ○○ ○○

診療担当科 耳鼻咽喉科

難病患者等の場合で、指定医以外の専門医が作成する場合
(学会 専門医)

電話 ○○-○○○○-○○○○

FAX ○○-○○○○-○○○○

※補装具費支給(補聴器)については、この意見書の内容により、東京都心身障害者福祉センターが判定を行います。高度難聴用片耳の支給は、この意見書の内容により、区市町村で判断可能です。

令和3年4月から

事例3-1 一部不適切：障害上の理由による2個支給（両耳への支給）希望の例 補装具費支給意見書（聴覚障害用）

※この欄はご本人が記入してください。記入にあたって不明な点は、区市町村の補装具担当者にご相談ください。

氏名	〇〇〇〇 〇〇〇		生年月日	昭和41年4月25日生（55歳）	
住所	〇〇 (区)・郡	〇〇	町村	〇	丁目 〇〇番 〇号 (方)
身体障害者手帳	聴覚障害（4）級 総合等級（ ）級 年月日交付・申請中				
前回の判定	平成28年5月	高度難聴用*1ポケット型	高度難聴用*1耳かけ型	その他	右・左・片・両
今回の希望	新規	装用耳を変更したい	右・左・両耳を⇒	右・左・	両耳に
	補聴器の処方を変更したい（高度難聴用を重度難聴用に ・ その他）				

(*1 旧標準型、*2 旧高度難聴用)

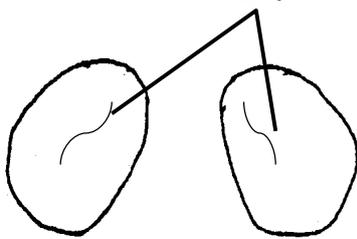
※以下は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医、又は障害者総合支援法第59条第1項に基づく更生医療を主として担当する医師で、耳鼻咽喉科の指定を受けている医師（以下「指定医」という。）が記入してください。難病患者等の場合は、保健所の医師、難病法第6条第1項に規定する指定医（難病指定医及び協力難病指定医）による作成も可能です。

1 聴覚障害の状況及び所見

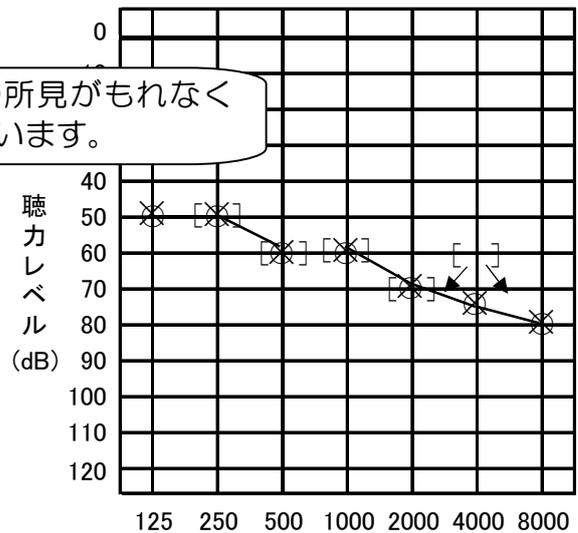
(1) 難聴の種類 (4) オーディオグラム（別紙添付可） ※骨導値必須。

伝音難聴・感音難聴 混合難聴

(2) 鼓膜の状況 正常



検査結果や所見がもれなく記載されています。



(3) 聴力レベルと語音明瞭度

	右耳	左耳
平均聴力レベル (4分法)	62.5dB	62.5dB
最良語音明瞭度	(90dB) 35%	(90dB) 40%

左右とも裸耳の最良語音明瞭度が低いため、障害上、両耳への支給が必要となる可能性は考えられます。

2 補聴器の処方【ポケット型・耳かけ型補聴器および

※補聴器の種類に○をつけ、装用耳とイヤモールドの可否を選択してください。

	高度難聴用 (平均聴力レベル90dB未満)		重度難聴用 (平均聴力レベル90dB以上)		装用耳	イヤモールド	専門的知識・ 技能を有する 者による調整	
	ポケット型	耳かけ型	ポケット型	耳かけ型				
【A】1個目		○			右 左	要 不要	要 不要	
【B】2個支給用		○			右 左	要 不要	要 不要	

イヤモールド不要を選択する場合は、その理由（ ）

※障害者総合支援法による補装具費の支給対象となる補聴器の個数は、原則1個です。両耳に支給が必要な場合は、2個支給となりますので、【B】2個支給用の欄にも記入し、4の(1)に理由を必ずお書きください。

すでに片耳に補聴器を支給されていて、今回は他側耳に追加して支給する場合も、2個支給となります。

※装用耳の平均聴力レベル90dB未満で重度難聴用を選択する場合、または装用耳の平均聴力レベル90dB以上で高度難聴用を選択する場合は、4の(3)に理由をお書きください。

※装用耳に平均聴力レベルの重い側を選択した場合は、4の(4)に理由をお書きください。

※上記の補聴器では装用できない場合は、3にお書きください。

3 ポケット型・耳かけ型補聴器では装用できず、特殊な補聴器を必要とする場合の処方

※補聴器の種類に○をつけ、装用耳とイヤモールドの可否を選択してください。

※上記の補聴器を選択した場合は、4の(2)に理由をお書きください。

※両耳に支給が必要な場合は【B】欄にも記入し、4の(1)に理由をお書きください。

	耳あな型 (身体上・職業上の理由で、ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に必要な方)		骨導式 (伝音・混合難聴者であって、耳漏が著しい又は外耳道閉鎖症等を有する方で、かつ、耳栓又はイヤモールドの使用が困難な方)		装用耳	イヤモールド (耳あな型レディメイドの場合のみ記入)	専門的知識・技能を有する者による調整
	レディメイド	オーダーメイド	ポケット型	眼鏡型			
【A】1個目					右・左	要・不要	要・不要
【B】2個支給用							

両耳装用が必要な理由の記載があります。

4 補聴器を必要とする理由および具体的効果

※次の(1)から(4)の場合には、必ずお書きください。★のついた箇所は、可能な限りお書きください。

(1) 2個支給(両耳への支給)が必要な理由および具体的効果

2個支給(両耳への支給)が必要な理由	職業上 ・ 教育上 ・ 障害上
両耳装用の経験 装用(試聴)機種 ★	現在装用 ・ 過去に装用 ・ 試聴済/試聴中 ・ 試聴なし 右() 左()
両耳装用による語音明瞭度の向上 ★ ※現在両耳装用でない、または語音明瞭度が低いために両耳に必要な場合は、できるかぎりお書きください。	あり(片耳 % → 両耳 %に向上) なし 検査語表: 57s ・ 67s ・ その他()

※語音明瞭度検査結果以外で両耳装用の効果を示す具体的状況が

言葉の聞き取りが良くなると思われるため

試聴しておらず、両耳装用による語音明瞭度の向上も不明であるため、両耳への支給が必要かどうかは判断できません。

(2) 耳あな型・骨導式が必要な理由および具体的効果

(3) 装用耳 90dB 未満で重度難聴用、または 90dB 以上で高度難聴用が必要な理由および具体的効果

これまで装用していた補聴器 補聴器の試聴経験	機種(★) ・ 機種不明 ・ 使っていない 重度難聴用を試聴した ・ 高度難聴用を試聴した ・ 試聴していない (機種★)
必要とする音響利得	() dB

※補聴器を最大限適合させたときの補聴器特性図および調整状態がわかる資料を添付してください。★

(4) 装用耳に聴力レベルの重い側を選択した場合の理由

5 特記事項

以上のとおり、障害者総合支援法による補装具費支給について意見を付す。

令和 3 年 11 月 26 日

医療機関名 ○○○○病院
診療担当科 耳鼻咽喉科
電話 ○○-○○○○-○○○○
FAX ○○-○○○○-○○○○

医師名 ○○ ○○

難病患者等の場合で、指定医以外の専門医が作成する場合
(学会 専門医)

※補装具費支給(補聴器)については、この意見書の内容により、東京都心身障害者福祉センターが判定を行います。高度難聴用片耳の支給は、この意見書の内容により、区市町村で判断可能です。 令和3年4月から

事例3-2 適切：障害上の理由による2個支給（両耳への支給）希望の例 補装具費支給意見書（聴覚障害用）

※この欄はご本人が記入してください。記入にあたって不明な点は、区市町村の補装具担当者にご相談ください。

氏名	〇〇〇〇 〇〇〇		生年月日	昭和41年4月25日生（55歳）	
住所	〇〇 (区)・郡 〇〇 町 〇 丁目 〇〇 番 〇 号 市 村 (方)				
身体障害者手帳	聴覚障害（4）級 総合等級（ ）級 年 月 日交付 ・ 申請中				
前回の判定	平成 29年5月	高度難聴用*1ポケット型 高度難聴用*1耳かけ型	その他	右・左・片・両	
今回の希望	新規・装用耳を変更したい（右）・左・両耳を ⇒ 右・左・両耳に 補聴器の処方を変更したい（高度難聴用を重度難聴用に ・ その他）				

(*1 旧標準型、*2 旧高度難聴用)

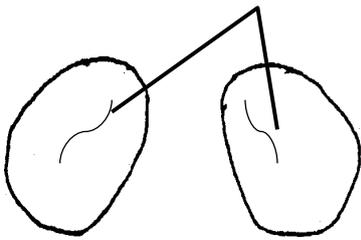
※以下は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医、又は障害者総合支援法第59条第1項に基づく更生医療を主として担当する医師で、耳鼻咽喉科の指定を受けている医師（以下「指定医」という。）が記入してください。難病患者等の場合は、保健所の医師、難病法第6条第1項に規定する指定医（難病指定医及び協力難病指定医）による作成も可能です。

1 聴覚障害の状況及び所見

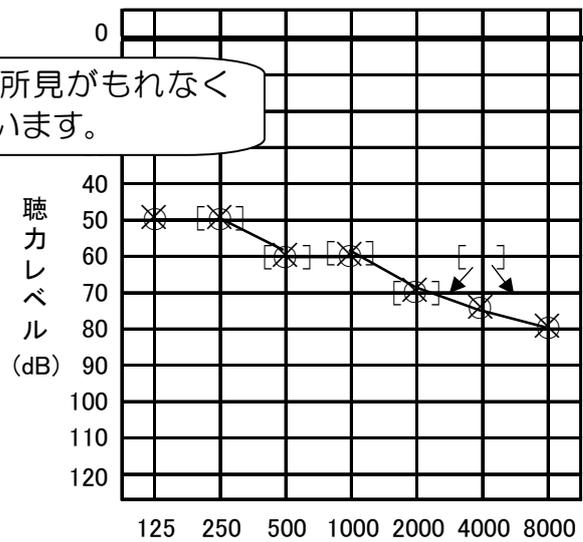
(1) 難聴の種類 (4) オーディオグラム（別紙添付可） ※骨導値必須。

伝音難聴・感音難聴 混合難聴

(2) 鼓膜の状況 正常



検査結果や所見がもれなく
記載されています。



(3) 聴力レベルと語音明瞭度

	右耳	左耳
平均聴力レベル (4分法)	62.5 dB	62.5 dB
最良語音明瞭度	(90dB) 35 %	(90dB) 40 %

2 補聴器の処方【ポケット型・耳かけ型補聴器およびイヤモールド】

※補聴器の種類に○をつけ、装用耳とイヤモールドの可否を選択してください。

	高度難聴用 (平均聴力レベル90dB未満)		重度難聴用 (平均聴力レベル90dB以上)		装用耳	イヤモールド	専門的知識・ 技能を有する 者による調整		
	ポケット型	耳かけ型	ポケット型	耳かけ型			要	不要	
【A】1個目		○			右・左	要	不要	要	不要
【B】2個支給用		○			右・左	要	不要	要	不要

イヤモールド不要を選択する場合は、その理由（ ）

※障害者総合支援法による補装具費の支給対象となる補聴器の個数は、原則1個です。両耳に支給が必要な場合は、2個支給となりますので、【B】2個支給用の欄にも記入し、4の(1)に理由を必ずお書きください。

すでに片耳に補聴器を支給されていて、今回は他側耳に追加して支給する場合も、2個支給となります。

※装用耳の平均聴力レベル90dB未満で重度難聴用を選択する場合、または装用耳の平均聴力レベル90dB以上で高度難聴用を選択する場合は、4の(3)に理由をお書きください。

※装用耳に平均聴力レベルの重い側を選択した場合は、4の(4)に理由をお書きください。

※上記の補聴器では装用できない場合は、3にお書きください。

3 ポケット型・耳かけ型補聴器では装用できず、特殊な補聴器を必要とする場合の処方

※補聴器の種類に○をつけ、装用耳とイヤモールドの可否を選択してください。

※上記の補聴器を選択した場合は、4の(2)に理由をお書きください。

※両耳に支給が必要な場合は【B】欄にも記入し、4の(1)に理由をお書きください。

	耳あな型 (身体上・職業上の理由 で、ポケット型及び耳かけ型 の補聴器の使用が困難で 真に必要な方)		骨導式 (伝音・混合難聴者であって、耳 漏が著しい又は外耳道閉鎖症 等を有する方で、かつ、耳栓又 はイヤモールドの使用が困難な方)		装用耳	イヤモールド (耳あな型レ ディメイト [®] の場 合のみ記入)	専門的知 識・技能を 有する者に よる調整
	レディメイト [®]	オーダーメイト [®]	ポケット型	眼鏡型			
【A】1個目					右・左	要・不要	要・不要
【B】2個支給用					右・左	要・不要	要・不要

4 補聴器を必要とする理由および具体的効果

※次の(1)から(4)の場合には、必ずお書きください。★のついた箇所は、可能な範囲でお書きください。

(1) 2個支給(両耳への支給)が必要な理由および具体的効果

2個支給(両耳への支給)が必要な理由	職業上 ・ 教育上 ・ 障害上
両耳装用の経験 装用(試聴)機種 ★	現在装用 ・ 過去に装用 ・ 試聴済/試聴中 ・ 試聴なし 右(○○○) 左(△△△)
両耳装用による語音明瞭度の向上 ★ ※現在両耳装用でない、または語音明瞭度が低いため に両耳に必要な場合は、できるかぎりお書きください。	あり (片耳装用 45% → 両耳装用 60% に向上) ・ なし 検査語表: 57s ・ 67s ・ その他()

※語音明瞭度検査結果以外で両耳装用の効果を示す具体的状況があればお書きください。

補聴器片耳装用に比べ、両耳装用で語音明瞭度が15%向上した。また、片耳装用では聞き返しが頻繁であったが、両耳装用により会話の疎通性が向上し、対面での会話が可能となった。

(2) 耳あな型・骨導式が必要な理由および具体的効果

試聴により片耳装用と両耳装用の補聴効果を比較した結果が記載されています。

(3) 装用耳 90dB 未満で重度難聴用、または 90dB 以上

これまで装用していた補聴器 補聴器の試聴経験	機種(★) ・ 機種不明 ・ 使っていない 重度難聴用を試聴した ・ 高度難聴用を試聴した ・ 試聴していない (機種★)
必要とする音響利得	() dB

※補聴器を最大限適合させたときの補聴器特性図および調整状態がわかる資料を添付してください。★

(4) 装用耳に聴力レベルの重い側を選択した場合の理由

5 特記事項

平成24年から右耳に耳かけ型補聴器を装用している。今回、語音明瞭度が低下し片耳装用では会話が困難となり、両耳装用を希望している。

以上のとおり、障害者総合支援法による補装具費支給について意見を付す。

令和 3 年 11 月 26 日

医療機関名 ○○○○病院

医師名 ○○ ○○

診療担当科 耳鼻咽喉科

難病患者等の場合で、指定医以外の専門医が作成する場合
(学会 専門医)

電話 ○○-○○○○-○○○○

FAX ○○-○○○○-○○○○

※補装具費支給(補聴器)については、この意見書の内容により、東京都心身障害者福祉センターが判定を行います。高度難聴用片耳の支給は、この意見書の内容により、区市町村で判断可能です。

令和3年4月から

