

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	障害程度等級についての参考意見
・ <input checked="" type="radio"/> 該当する。 ・該当しない。	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)

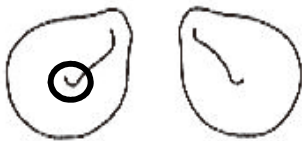
右	105.0	dB	以上
左	102.5	dB	以上

(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

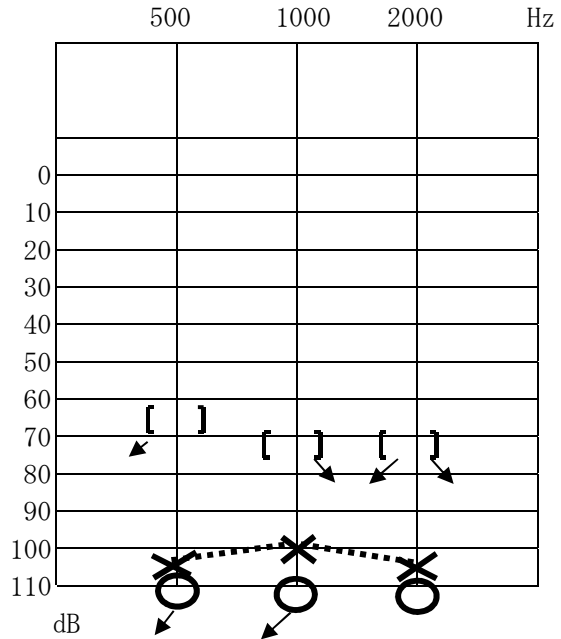
- ア 末梢性
- イ 中枢性
- ウ その他()

(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。)

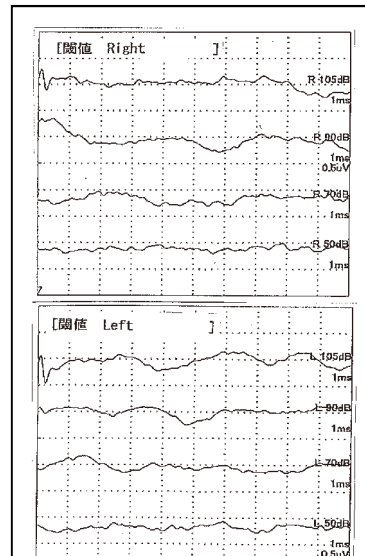
純音による検査
ABR:両側 scale out



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 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 要 <input type="radio"/> 軽度化・ <input checked="" type="radio"/> 重度化・ <input type="radio"/> 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 ○○○○ <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 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)

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	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)



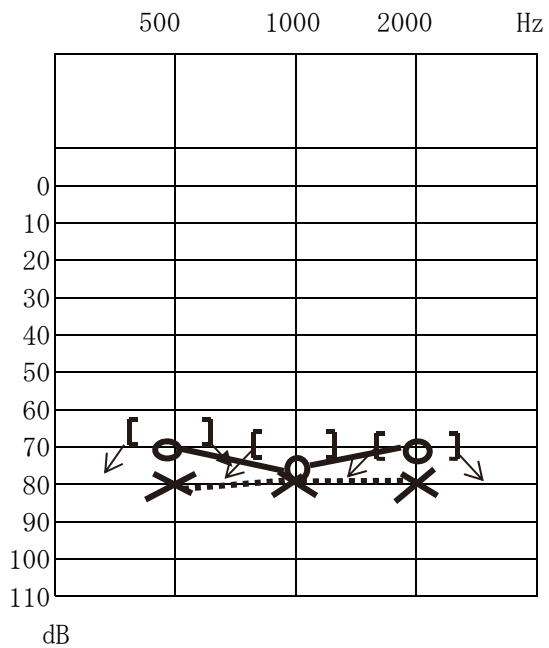
(5) 身体障害者手帳(聴覚障害)の所持状況

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)