

耳鼻 ID :

氏名 :

## 語音明瞭度検査

検査日 : 2007 年 月 日

検査者 : 市川 榎本 加藤 堀 薬師丸

練習 : 第 1 表 自聴耳の 1,000Hz の閾値 +30dB

本検査 : 第 2 表 良聴耳の 1,000Hz の閾値 -20dB

第 3 表 非良聴耳の 1,000Hz の閾値 +20dB

<練習>

第 1 表 右 左

1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
入力音圧			dB		明瞭度		%			

<本検査>

第 2 表 右 左

1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
入力音圧			dB		明瞭度		%			

<本検査>

第 3 表 右 左

1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
入力音圧			dB		明瞭度		%			

<予備>

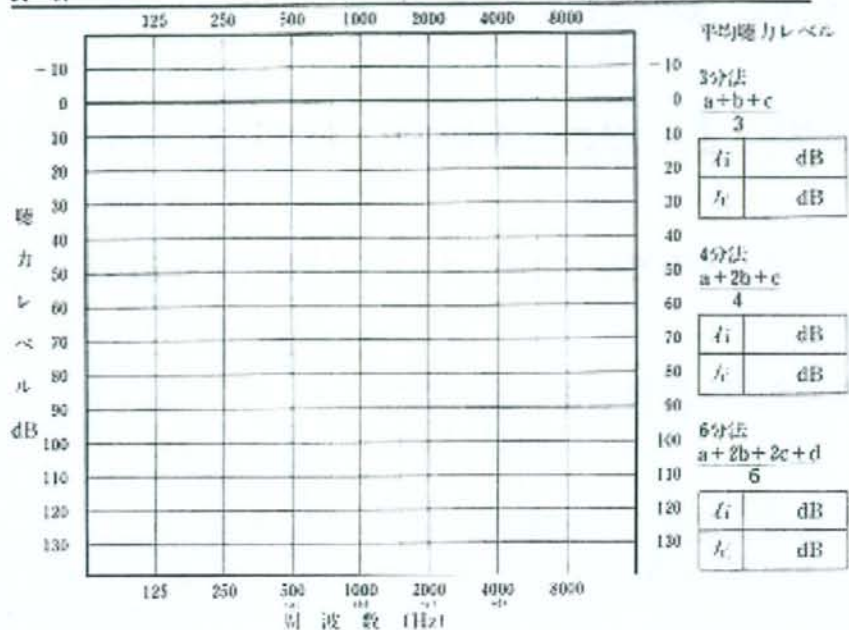
第 4 表 右 左

1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
入力音圧			dB		明瞭度		%			

# オーディオグラム

No. \_\_\_\_\_ 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 性別 男 女 測定者 \_\_\_\_\_



### マスキング

周波数	125	250	500	1000	2000	4000	8000	マスキングノイズ
気音	右							バンドノイズ ウェイトノイズ ホワイトノイズ スピーチノイズ
気音	左							
骨音	右							
骨音	左							

### SISI検査

周波数	右			左		
Hz	dB	%	dB	%		
Hz	dB	%	dB	%		

### 語音検査

	右		左	
語音聴取成績	dB	%	dB	%
語音弁別成績	dB	%	dB	%

### ●オーディオグラムの記入のしかた

気音：右はO記号、左はX記号である。O記号は、スアー・エアーは含まれておらずである。骨音：右は□記号、左は◇記号である。O記号は、スアー・エアーは含まれておらずである。



この用紙を追加してご自身の用紙はオーディオグラム用紙RP-64Bとご用意ください。

RP-64B

訪問番号

( )

耳鼻受診ID. ( )

名前 ( )

1. 初対面の人と会うときに聞こえなくて困ることがありますか？

1 はい 2 時々ある 3 いいえ

2. 家族と話をする時、聞こえにくくていららすることがありますか？

1 はい 2 時々ある 3 いいえ

3. 誰かがささやき声で話すと聞こえにくくて困ることがありますか？

1 はい 2 時々ある 3 いいえ

4. 聞こえが悪いと障害者だと感じますか？

1 はい 2 時々ある 3 いいえ

5. 友人、親戚、近所の人と話しをする時、聞こえにくくて  
困ることがありますか？

1 はい 2 時々ある 3 いいえ

6. 聞こえにくくて、地域の集会への参加が  
少なくなることがありますか？

1 はい 2 時々ある 3 いいえ

7. 聞こえにくくて、家族の人と口論になることがありますか？

1 はい 2 時々ある 3 いいえ

8. テレビやラジオを聴く時、聞こえにくくて困ることがありますか？

1 はい 2 時々ある 3 いいえ

9. 聞こえにくいことで、あなたの私生活や社会活動が  
制限されていると思いますか？

1 はい 2 時々ある 3 いいえ

10. 親戚や友人とレストラン・食堂にいる時に、聞こえにくくて  
困ることがありますか？

1 はい 2 時々ある 3 いいえ

## H19年度耳の診察 調査票

耳鼻受診No.( ) 氏名( )

## 1. 耳鳴について

① この1年間に、5分以上続く耳鳴はありましたか？

右耳	1. いいえ	2. はい (この1年間に)	3. はい (この1年より前に)
左耳	1. いいえ	2. はい (この1年間に)	3. はい (この1年より前に)

★ 以下は、①の質問に2 or 3と回答した方のみ

② 何種類の音がしますか

右耳	1. 1種類	2. 2種類	3. 3種類以上
左耳	1. 1種類	2. 2種類	3. 3種類以上
頭	1. 1種類	2. 2種類	3. 3種類以上

～以下は、その中で今、一番気になっている音についてお答えください～

③ 今、一番気になる耳鳴がする部位はどこですか

1. 右耳	2. 左耳	3. 両耳	4. 頭皮上	5. 頭蓋内
-------	-------	-------	--------	--------

④ 今、一番気になる耳鳴はどんな音ですか (本人に言わせる！)

1. キーン	2. ジーン	3. ピーン	4. ザー	5. シーン	6. ゴー	7. ( )
--------	--------	--------	-------	--------	-------	--------

⑤ 今、一番気になる耳鳴は、高い音(キーン)ですか低い音(ブーン)ですか

1. 高い音	2. 低い音	3. どちらとも言えない
--------	--------	--------------

⑥ 今、一番気になる耳鳴は、澄んだ音ですか、濁った音ですか

1. 澄んだ音	2. 濁った音	3. どちらとも言えない
---------	---------	--------------

⑦ 今、一番気になる耳鳴の音の大きさはどのくらいですか

1. とても小さい	2. 小さい	3. 中くらい	4. 大きい	5. とても大きい
-----------	--------	---------	--------	-----------

⑧ 今、一番気になる耳鳴の頻度はどのくらいですか

1. ほとんどない	2. たまに鳴る	3. 鳴ったり止まったり	4. たまにとまる	5. いつも鳴っている
-----------	----------	--------------	-----------	-------------

⑨ その耳鳴の気になり方はどの程度ですか

1. ほとんど気にならない	2. 仕事中は忘れてる	3. 仕事中でも時々気になる	4. 気になるが仕事はできる	5. 気になって仕事が手につかない
---------------	-------------	----------------	----------------	-------------------

⑩ 今、一番気になる耳鳴は、

A. 脈うっている

1. うつことがある	2. うたない
------------	---------

B. 音色がかわる

1. かわることがある	2. かわらない
-------------	----------

C. 大きさが変わる

1. かわることがある	2. かわらない
-------------	----------

D. そのせいで眠れないこともある

1. 眠れないこともある	2. 眠れないことはない
--------------	--------------

質問票

2. 喫煙

たばこを吸いますか？

1. 吸った事がない	2. 以前、吸っていたがやめた (      歳～      歳) まで 1日 (      本)	3. 今も吸っている (      歳から、1日 本)
------------	---	-----------------------------------

3. 飲酒

アルコール飲料を飲みますか？

1. いいえ	2. 以前、飲んでいた が今は飲まない	3. 飲むのは 週1回以下	4. 週2～4回飲む	5. 毎日飲む
--------	------------------------	------------------	------------	---------

4. 騒音

① 騒音作業(自分で音がうるさいと思う作業)に従事したことはありますか？

1. はい (      年間)	2. いいえ
---------------------	--------

★ 以下は、1の方のみ

② その作業はなんでしたか？

1. 農業	2. 林業	3. 工場、工事	4. その他 (                      )
-------	-------	----------	------------------------------------

③ その作業中、保護具(耳栓など)は使用しましたか？

1. はい	2. いいえ
-------	--------

5. 家族歴、既往歴

① 結核と医師に言われた事がありますか

1. いいえ	2. はい (この1年間に)	3. はい (この1年より前に)
--------	-------------------	---------------------

② がんと医師に言われて事がありますか

1. いいえ	2. はい (この1年間に)	3. はい (この1年より前に)
--------	-------------------	---------------------

③ 関節痛(腰、膝など)と医師に言われた事がありますか

1. いいえ	2. はい (この1年間に)	3. はい (この1年より前に)
--------	-------------------	---------------------

④ ご家族、ご親戚に生まれつき耳の悪い方がいらっしゃいますか？

1. いいえ	2. はい
--------	-------

6. 服薬内容確認 (西脇、中野、道川が担当)

NSAIDs (具体的に                      )

以上です。ご協力ありがとうございました。

質問票

2. 喫煙

たばこを吸いますか？

1. 吸った事がない	2. 以前、吸っていたがやめた ( 歳～ 歳) まで 1日 ( 本)	3. 今も吸っている ( 歳から、1日 本)
------------	--	------------------------------

3. 飲酒

アルコール飲料を飲みますか？

1. いいえ	2. 以前、飲んでいた が今は飲まない	3. 飲むのは 週1回以下	4. 週2～4回飲む	5. 毎日飲む
--------	------------------------	------------------	------------	---------

4. 騒音

① 騒音作業(自分で音がうるさいと思う作業)に従事したことはありますか？

1. はい ( 年間)	2. いいえ
----------------	--------

★ 以下は、1の方のみ

② その作業はなんでしたか？

1. 農業	2. 林業	3. 工場、工事	4. その他 ( )
-------	-------	----------	---------------

③ その作業中、保護具(耳栓など)は使用しましたか？

1. はい	2. いいえ
-------	--------

5. 家族歴、既往歴

① 結核と医師に言われた事がありますか

1. いいえ	2. はい (この1年間に)	3. はい (この1年より前に)
--------	-------------------	---------------------

② がんと医師に言われて事がありますか

1. いいえ	2. はい (この1年間に)	3. はい (この1年より前に)
--------	-------------------	---------------------

③ 関節痛(腰、膝など)と医師に言われた事がありますか

1. いいえ	2. はい (この1年間に)	3. はい (この1年より前に)
--------	-------------------	---------------------

④ ご家族、ご親戚に生まれつき耳の悪い方がいらっしゃいますか？

1. いいえ	2. はい
--------	-------

6. 服薬内容確認 (西脇、中野、道川が担当)

NSAIDs (具体的に )

以上です。ご協力ありがとうございました。

# 質問票



私が質問を読み上げますので、  
難しく考えずに、気楽な気持ちで  
答えを選んでください。

では、質問を開始します。

まずは、耳鳴についてお聞きします

この1年間に、5分以上続く  
耳鳴はありましたか？

右耳	1. いいえ	2. はい (この 1年間に)	3. はい (この1年 より前に)
左耳	1. いいえ	2. はい (この 1年間に)	3. はい (この1年 より前に)

以下、耳鳴に関する質問は、  
2 or 3と回答した方のみ  
お答えください。



何種類の音がしますか？

右耳	1. 1種類	2. 2種類	3. 3種類 以上
左耳	1. 1種類	2. 2種類	3. 3種類 以上
頭	1. 1種類	2. 2種類	3. 3種類 以上

ここから、その中で今、  
一番気になる音に関して  
の質問です

今、一番気になる耳鳴は  
どんな音ですか

言葉に出してちょうだい！



今、一番気になる耳鳴の  
音の大きさはどのくらいですか

1. とても 小さい	2. 小さい	3. 中くらい
4. 大きい	5. とても大きい	

今、一番気になる耳鳴の  
せいで、眠れない事が  
ありますか

1. 眠れない事も ある	2. 眠れない事は ない
-----------------	-----------------

次に騒音に関する質問です

騒音作業（自分で音が  
うるさいと思う作業）に  
従事したことはありますか

1. はい ( )年間	2. いいえ
----------------	--------

最後に、  
ご自身がかったことのある  
病気に関する質問です

「結核」と医師から  
言われたことがありますか？

1. いいえ	2. はい (この 1年間に)	3. はい (この1年 より前に)
--------	-----------------------	-------------------------

ご家族や御親戚に、  
うまれつき耳の悪い方が  
いらっしゃいますか

1. いいえ	2. はい
--------	-------

ご協力ありがとうございました  
この質問はこれで終わりです



# 「耳鼻科専門医による耳の診察」 を受けられた方のご家族の皆様へ

耳鼻受診No. ( )

氏名 ( ) 行政区 ( 区)

ご記入頂いているご家族の方の氏名

( )

受診された方との関係

( 配偶者 ・ (義理)息子 / 娘 ・ 孫 ・ その他

( ) )

( 同居している ・ 同居ではない )

聞こえの低下を認める“ご本人様”は、倉渚地域の「健康づくり事業」の一環として、高崎市役所倉渚支所保健福祉課と慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室

(以下、当教室)が実施している「耳鼻科専門医による耳の診察」で、耳鼻科専門医の診察及び聴力検査を受けられたところ、補聴器の使用が望ましいと判断されました。

そこで、当教室が所有している補聴器を“ご本人様”に貸与致しました(別紙、貸与説明書をご参照ください)。

貸与に際して、今まで、聞こえの低下を認める“ご本人様”と生活している事で、そのご家族である“あなた”の生活にどのような影響があったか(あるのか)について、簡単な質問を行っています。

**裏面にある質問に回答頂いたうえ、同封の封筒に入れて郵送願います。**



質問票

聞こえが低下している方（ここでは“ご本人”と記します）のご家族である“あなた”に質問です。  
以下の設問に対して、**現在**、あなたがどのように思っているか、「はい」「ときどき」「いいえ」の  
いずれかに○をつけて下さい

1. ご本人の聞こえが低下していることで、あなたの生活にどのような影響がありますか？

- |  |       |         |        |
|--|-------|---------|--------|
| ① あなたは、ご本人がテレビやラジオをつけている時、ボリュームが大きくて、うるさく感じる   | 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
| ② あなたは、ご本人との会話がスムーズに進まないと感じる                   | 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
| ③ あなたは、ご本人の聞こえが低下しているので、話しかけるのを控えることがある        | 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
| ④ あなたは、ご本人の聞こえが低下しているので、いらいらすることがある            | 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
| ⑤ あなたは、ご本人に耳でゆっくと話しかけるようにしている                  | 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
| ⑥ ご本人の聞こえが低下しているために、伝言や対応にトラブルが生じて、あなたが困った事がある | 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |

2. 聞こえが低下していることでご本人がどのように感じていると、あなたは思いますか？

- |   |       |         |        |
|---|-------|---------|--------|
| ① ご本人は、耳が聞こえにくいと感じているようですか                                  | 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
| ② ご本人は耳が聞こえにくいため、電話をあまり使わないようですか (H1)                       | 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
| ③ ご本人は耳が聞こえにくいため、町内の行事や催しに出席することを控えているようですか (H11)           | 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
| ④ ご本人は耳が聞こえにくいため、いらいらしているようですか (H4)                         | 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
| ⑤ ご本人は耳が聞こえにくいため、あなた方と会話している時にもどかしく感じているようですか (H5)          | 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
| ⑥ ご本人は耳が聞こえにくいため、あなた方に話しかけるのを控えているようですか (H19)               | 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
| ⑦ ご本人は耳が聞こえにくいため、テレビやラジオをあまり聞かなくなっているようですか (H23)            | 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
| ⑧ ご本人は耳が聞こえにくいため、ひとりでの事を好んでいるようですか (H18)                    | 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
| ⑨ ご本人は耳の聞こえの問題で気分が落ち込んでいるようですか (H22)                        | 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
| ⑩ ご本人は耳の聞こえにくいため、個人的なあるいは社会的な生活に制限や支障が出ていると感じているようですか (H20) | 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |

以上です。ご協力ありがとうございました。

このアンケートは倉洲町の健康づくり事業の一環として実施しており、全体として集計を行い後日結果をご報告いたしますが、個人が特定できる形の公表はいたしません。ご不明の点は、倉洲支所保健福祉課 までお問い合わせください。

## 「耳鼻科専門医による耳の診察」 補聴器貸与書

慶應義塾大学医学部  
衛生学公衆衛生学教室殿

私は「耳鼻科専門医による耳の診察」で、診察および検査を受けた結果、補聴器の使用が望ましいと判断されたので、公的研究費により慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室が購入した補聴器の貸与を受ける事を希望いたします。貸与にあたり、以下の内容に関して文書により説明を受けて、理解したので、貸与に同意いたします。

説明を受け理解した項目（□の中にご自分でレを付けて下さい。）

- 1 本補聴器の貸与期間に関して
- 2 本補聴器の貸与に当たる費用に関して
- 3 本補聴器の消耗品に関して
- 4 本補聴器の故障、紛失に関して
- 5 本補聴器の貸与後診察に関して
- 6 本補聴器の効果に関して
- 7 本補聴器の返却に関して

研究協力への同意（説明を受け理解した項目のすべての□にマークされた方は、以下の「はい」または「いいえ」に○を付け、最後に署名して下さい。）

説明を受けた内容に従い、補聴器の貸与を受ける事に同意します。

はい                      いいえ

平成        年        月        日

同意者の署名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 行政区（    ） 班（    ）

代 諾 者 の 署 名 \_\_\_\_\_ 同 意 者 と の 関  
係 \_\_\_\_\_

説明者の氏名 \_\_\_\_\_ 研究責任者の氏名 西脇 祐司

年齢による聞こえの衰え  
～聞き取りの改善に向けて～



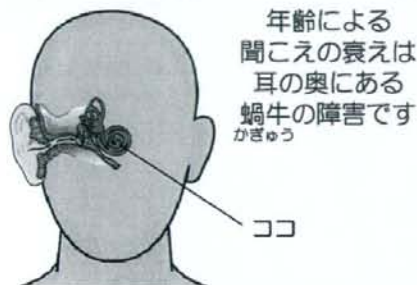
21世紀は感覚器の世紀

20世紀

“長く生きられる  
ようになった”  
世紀から

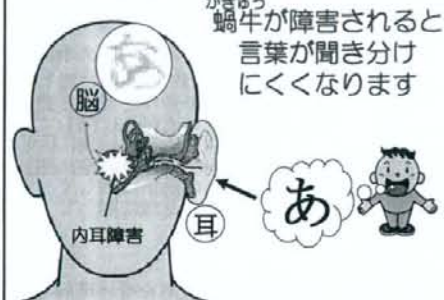
21世紀

“長く且つ  
快適に過ごす”  
世紀へ



年齢による  
聞こえの衰えは  
耳の奥にある  
蝸牛の障害です  
かぎゅう  
がきゅう

ココ



かぎゅう  
蝸牛が障害されると  
言葉が聞き分け  
にくくなります

内耳障害

耳

補聴器の話

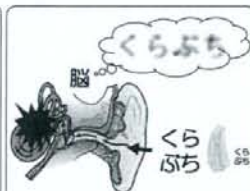


- ・年齢による聞こえの衰えに対する  
唯一の武器
- ・声の大きさを、使う人にちょうど良く  
聞こえるようにする器械
- ・雑音をある程度抑えることもできる

補聴器を使うと聞き取りやすい音の大きさ  
になるけれど、聞こえのゆがみは改善しない



【補聴器をしない場合】



【補聴器を使用した場合】

補聴器は、必要とする方の  
聞こえの能力を測定して、  
それに応じた調整が必要です。  
補聴器の購入・使用に際しては、  
耳鼻科専門医を受診して下さい。



気持ちをこめて、ゆっくりはっきりと、  
時に身振り手振りを加えて話しましょう！  
周囲の方のちょっとした工夫・協力で、  
聞き取りは、ずっと改善するものです。

聞き取りの改善には  
周囲の協力が大切です



**「耳鼻科専門医による耳の診察」  
にて聴力低下を指摘された方へ**

あなたは、倉洲地域の「健康づくり事業」の一環として、高崎市役所倉洲支所保健福祉課と慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室が実施している「耳鼻科専門医による耳の診察」（以下、本診察）に参加し、耳鼻科専門医の診察及び聴力検査を受けた結果、聴力低下を指摘されました。しかしながら、あなたの場合は本診察で試用貸与を行っている補聴器の機能では、十分でないと思われます。

あなたの場合は、身体障害者手帳の申請を行う事で、身体障害者福祉法に基づくサービスを受ける事が可能です。身体障害者手帳の申請手続きに関しては、倉洲支所保健福祉課福祉担当にお問い合わせください。

お問い合わせ：

倉洲支所 保健福祉課 福祉担当

電話 378-3111 (内線 131) 有線 2066

**H19年度耳の診察 回収check list**

耳鼻受診No.( )

- ① Check listに沿って、ファイル内に入っている資料を確認する
- ② 補聴器貸与者には、クリアファイルに入っているものを持ち帰ってもらう
- ③ Check listをふくめて、資料はすべてもとのファイルにもどして回収する

<全員にあるもの>
受診票
純音聴力検査用紙
語音聴力検査用紙
質問票
<にここに未受診者>
長谷川式記録用紙
<訪問調査未受診者>
訪問健康調査票
<補聴器貸与者>
補聴器貸与書原本
<クリアファイル内 受診者が持ち帰るもの>
補聴器貸与説明書と貸与書の写し
家族への質問票と返信用封筒
11月10日のお知らせ
場合により、高度難聴者へのお知らせ 医療機関紹介状（控えを封筒にいれて） Informed consent

## 指 定 書

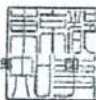
19 届保障地域 311号

齊藤 秀行 様

身体障害者福祉法第15条第1項の規定による身体に障害のある者の診断を担当する医師として、下記のとおり指定します。

平成 19年 6月 27日

東京都知事 石原 恒太郎



### 記

- 1 診療科名 耳鼻咽喉科
- 2 担当科日 聴覚、平衡機能、音声機能、言語機能又はそしやく機能障害の検査
- 3 診療に従事する医師  
機関名及び所在地 慶應義塾大学病院  
新宿区信濃町3-5

4 指定年月日 平成 19年 7月 1日

### 身体障害者診断書・意見書 (聴覚、平衡機能、 音声、言語又はそしやく機能障害用)

#### 総括表

氏名	明治 大正 昭和 平成	年 月 日 生 ( ) 歳	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		交通、労災、その他の事故、戦傷 軟状、疾病、先天性、その他 ( )	
③ 疾病、外傷発生日		年 月 日・場所	
④ 参考となる経過及び現症 (エックス線写真及び検査所見を含む)			
検査確定又は障害確定 (推定) 年 月 日			
⑤ 総合所見			
[将来再認定 要 (重度化・軽減化)・不要] [再認定の時期 年 月]			
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します。			
年 月 日			
病院又は診療所の名称		電話 ( )	
所 在 地			
診療担当科名		科 医師氏名 (印)	
身体障害者福祉法第15条第3項の意見 (障害程度等級についても参考意見を記入のこと。)			
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 ( ) 級(印)		聴覚	級
		平衡	級
		音声・言語	級
		そしやく	級
・該当しない		※音声・言語、そしやく機能障害は指数の合算をしない。	
注 1 障害名には、現在起っている障害、例えば内服失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、角膜炎、先天性白内障、脳卒中、骨髄脊髄炎等原因となった疾患名を記入してください。			
2 総合所見には、将来の再認定の必要性、必要な場合はその理由 (障害が重度化する可能性があるのか、軽減する可能性があるのか) 及び再認定を行うべき時期を必ず記入してください。			
3 障害区分や等級決定のため、改めて身体障害者診断書・意見書の記述についてお問い合わせする場合があります。			

慶應義塾大学病院  
耳鼻科専門医による耳の診察にて  
補聴器の貸与を受けた皆様へ

## 補聴器貸与後の診察

を行います!!!



場所：高崎市倉渕支所 3階  
日時：2007年11月10日（土）  
午前の部 9:00~11:30  
午後の部 13:30~15:30

あなたは、  
( ) にお越し下さい!



聞こえの調子はいかがですか？  
補聴器の調子はいかがですか？  
耳鼻科の再診です（もちろん無料）  
必ず、受診して下さい!

〒370-3404  
高崎市倉渕町××123番地4

平成20年2月8日

〇〇△△様  
様!

公印省略  
高崎市長 松浦幸雄  
(倉渕支所保健福祉課)

### 補聴器の貸与を受けた皆様 貸与後2回目の診察です!

まだまだ浅く、寒さしのぎがたい折から、  
いかがお過ごしでしょうか。  
〇〇△△様が使用している補聴器の  
調子、聞こえの調子はいかがでしょうか？  
お困りのことはありませんか？  
慶應義塾大学病院耳鼻科医師の再診です。  
なんでも御相談頂けますので、  
ご都合をつけて、是非お越し下さい。



〈場所〉 倉渕支所 3階  
〈日付〉 平成20年3月8日（土）  
〈時間〉 ( )  
〈持ち物〉 この通知

お待ちしております!!!

※時間のご都合がつかない方、送迎の必要な  
方は保健担当までご連絡ください

担当：倉渕支所保健福祉課  
保健担当 長部  
電話 027-378-4525(有線2065)

## 年齢による聞こえの衰え ~聞き取りの改善に向けて~



御存知でしたか？  
3月3日は「耳(みみ)の日」でもあります!

補聴器は、精密機器であり、必要とする方の  
聞こえの能力を測定し、それに応じて調整が必要  
です。ですから、補聴器の購入を検討する際には、  
出来る限り、耳鼻科医に相談しましょう!

2007年度 訪問健康調査の結果、65歳以上の補聴器所有率は7.1%でした。  
そのうち、定期的に補聴器を使用しているのは、およそ8割でした。  
残りの2割の補聴器所有者が、補聴器を使用しない一番の理由は、「雑音が  
うるさいから」でした。「雑音がうるさい」と答えた方10名の中で9名は、  
医療機関の受診を経て補聴器を購入されました(下の表参照)

補聴器を持っていないのに 使用しない理由	人数
操作が難しいから	2
使ってもよく聞かれないから	1
<b>雑音がうるさいから</b>	<b>10</b>
必要性を感じないから	1
壊れてしまったから	1
その他	2

「雑音がうるさい」原因として、  
補聴器が本人の耳に合っ  
ていない可能性があります。  
10名のうち9名は、医療機関以外  
で補聴器を入手されており、調整  
が不十分であったと考えられます。  
一度は、耳鼻科医に相談を!

### ご家族の皆様へ

年齢により聞こえが衰えると、言葉が聞き分けにくくなるので、  
話しかける時に気配りが必要です。必ずしも大声を出すことが有効とは  
限りません。「気持ちをこめて、ゆっくりはっきりと、  
時に息振り手振りを加えて」話すようにして頂くといでしょう。

## 補聴器使用状況確認アンケート

2007/11/10

耳鼻受診ID ( ) 名前 ( )

同居	1. 一人暮らし	2. 配偶者と二人	3. 家族や親戚	4. その他
以前の補聴器使用	1. 使用中	2. 使った事がある	3. はじめて	
今回の補聴器装着	1. 右	2. 左	3. 両耳	

## 1. 補聴器を使用していますか？

1. 毎日	2. 週4~5日	3. 週2~3日	4. 週1回以下	5. ほとんど使っていない
-------	----------	----------	----------	---------------

## 2. 主に補聴器を使用しているのはどんな時ですか

① 場所	1. いつも	2. 外出時	3. 自宅で	4. その他 ( )
------	--------	--------	--------	------------

② 場面	1. いつも	2. 人と話す	3. TVを見る	4. 電話する	5. 地域行事で	6. ( )
------	--------	---------	----------	---------	----------	--------

## 3. 1日平均すると何時間ぐらい使っていますか？

1. 8時間以上	2. 4~8時間	3. 2~4時間	4. 2時間以下	5. ほとんど使っていない
----------	----------	----------	----------	---------------

## 4. 補聴器を使うにあたり、家族や友人が手助けしてくれますか？

1. はい	2. いいえ	3. 手助けしてくれる人が周りにいない
-------	--------	---------------------

## 5. 以前と比べて、補聴器を使う事で、日常生活が快適になりましたか？

1. 快適になった	2. 変わらない
-----------	----------

## 6. 次の場面で、補聴器は役立っていますか？

① 家族とのやり取り	1. 非常に有用	2. 有用	3. 普通	4. あまり役立たない	5. 全く役立たない
------------	----------	-------	-------	-------------	------------

## ② 友人、近所の方との会話

1. 非常に有用	2. 有用	3. 普通	4. あまり役立たない	5. 全く役立たない
----------	-------	-------	-------------	------------

## ③ TV、ラジオを聞く

1. 非常に有用	2. 有用	3. 普通	4. あまり役立たない	5. 全く役立たない
----------	-------	-------	-------------	------------

## ④ 電話での会話

1. 非常に有用	2. 有用	3. 普通	4. あまり役立たない	5. 全く役立たない
----------	-------	-------	-------------	------------

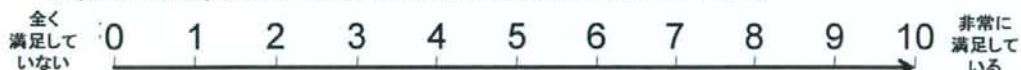
## ⑤ 公共施設内(周りが賑やかな場所)での会話

1. 非常に有用	2. 有用	3. 普通	4. あまり役立たない	5. 全く役立たない
----------	-------	-------	-------------	------------

## 7. 補聴器に、不満があるとすればどんな点ですか？ 一つ選んでお答えください。

1. 操作が難しい	2. 雑音がうるさい	3. 小さくて失くしそう	4. 耳に合わない (痛い、かゆいなど)
5. 見た目が気になる	6. 効果がないと思う	7. その他 ( )	

## 8. 全般的に見て、補聴器にどの程度満足していますか？0(全く満足していない)から10(非常に満足)までの10段階で、あてはまる数字に丸をつけて下さい。



注: Br J Audiol 1990;24:229-33より

補聴器使用状況確認  
アンケート」



補聴器の使用状況に関する簡単なアンケートです

私が質問を読み上げますので、難しく考えずに、気楽にお答え下さい

補聴器を使用していますか？



1. 毎日	2. 週4~5日	3. 週2~3日
4. 週1回以下	5. ほとんど使っていない	

主に補聴器を使用しているのはどんな場所ですか？

1. いつも	2. 外出時	3. 自宅で	4. その他
--------	--------	--------	--------

主に補聴器を使用しているのはどんな場面ですか？

1. いつも	2. 人と話す	3. TVを見る
4. 電話する	5. 地域行事	6. その他

1日平均すると何時間くらい使っていますか？

1. 8時間以上	2. 4~8時間	3. 2~4時間
4. 2時間以下	5. ほとんど使っていない	

補聴器を使うにあたり、家族や友人が手助けしてくれますか？



1. はい	2. いいえ	3. 手助けしてくれる人が周りにいない
-------	--------	---------------------

以前と比べて、補聴器を使う事で日常生活が快適になりましたか？

1. 快適になった	2. かわらない
-----------	----------

次の場面で、補聴器は役に立っていますか？

家族とのやり取り



1. 非常に有用	2. 有用	3. 普通	4. あまり役に立たない	5. 全く役に立たない
----------	-------	-------	--------------	-------------

次の場面で、補聴器は役に立っていますか？

友人、近所の方との会話

1. 非常に有用	2. 有用	3. 普通	4. あまり役に立たない	5. 全く役に立たない
----------	-------	-------	--------------	-------------

次の場面で、補聴器は役に立っていますか？

TV、ラジオを聞く



1. 非常に有用	2. 有用	3. 普通	4. あまり役に立たない	5. 全く役に立たない
----------	-------	-------	--------------	-------------

次の場面で、補聴器は役に立っていますか？

電話での会話

1. 非常に有用	2. 有用	3. 普通	4. あまり役に立たない	5. 全く役に立たない
----------	-------	-------	--------------	-------------

次の場面で、補聴器は役に立っていますか？

公共施設内（周りが賑やかな場所）での会話



1. 非常に有用	2. 有用	3. 普通	4. あまり役に立たない	5. 全く役に立たない
----------	-------	-------	--------------	-------------

補聴器に不満があるとすればどんな点ですか？一つ選んでお答え下さい

1. 操作が難しい	2. 雑音がうるさい	3. 紛失しそう
4. 耳に合わない（痛い、かゆい）	5. 見た目が気になる	7. その他
6. 効果がないと思う		

全般的に見て、補聴器にどの程度満足していますか？  
0（全く満足していない）から10（非常に満足）までの10段階で、あてはまる数字に丸をつけて下さい

満 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 満



## 補聴器を試用頂いている方のご家族の皆様へ

耳鼻受診No. (            )  
氏名 (    ) 行政区 (            区)

ご記入頂いているご家族の方の氏名 (    )  
受診された方との関係  
( 配偶者 ・ (義理)息子 / 娘 ・ 孫 ・ その他 (            ) )  
( 同居している ・ 同居ではない )

聞こえの低下を認める“ご本人様”と生活している事で、そのご家族である“あなた”の生活にどのような影響があったか(あるのか)についての簡単な質問です。

以前にも、同じような質問をさせて頂きましたが、今回は、補聴器を使用することで変化があったか(あるのか)どうかを調べるための質問になります。

**裏面にある質問に回答頂いたうえ、同封の封筒に入れて郵送願います。**

聞こえが低下している方（ここでは“ご本人”と記します）のご家族である“あなた”に質問です。  
以下の設問に対して、“ご本人”が補聴器を使用している現在、あなたがどのように思っているか、  
「はい」「ときどき」「いいえ」のいずれかに○をつけて下さい

1. “ご本人”が補聴器を使用している現在、“あなた”の生活にどのような影響がありますか？

- |  |       |         |        |
|--|-------|---------|--------|
| ① あなたは、ご本人がテレビやラジオをつけている時、ボリュームが大きくて、うるさく感じる   | 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
| ② あなたは、ご本人との会話がスムーズに進まないと感じる                   | 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
| ③ あなたは、ご本人の聞こえが低下しているので、話しかけるのを控えることがある        | 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
| ④ あなたは、ご本人の聞こえが低下しているので、いらいらすることがある            | 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
| ⑤ あなたは、ご本人に耳元でゆっくりと話しかけるようにしている                | 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
| ⑥ ご本人の聞こえが低下しているために、伝言や対応にトラブルが生じて、あなたが困った事がある | 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |

2. “ご本人”が補聴器を使用している現在、“ご本人”がどのように感じていると、“あなた”は思いますか？

- |   |       |         |        |
|---|-------|---------|--------|
| ① ご本人は耳が聞こえにくいと感じているようですか   | 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
| ② ご本人は耳が聞こえにくいとため、電話をあまり使わないようですか <sup>(P11)</sup>                      | 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
| ③ ご本人は耳が聞こえにくいとため、町内の行事や催しに出席することを控えているようですか <sup>(P11)</sup>           | 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
| ④ ご本人は耳が聞こえにくいとため、いらいらしているようですか <sup>(P14)</sup>                        | 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
| ⑤ ご本人は耳が聞こえにくいとため、あなた方と会話している時にもどかしく感じているようですか <sup>(P15)</sup>         | 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
| ⑥ ご本人は耳が聞こえにくいとため、あなた方に話しかけるのを控えているようですか <sup>(P19)</sup>               | 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
| ⑦ ご本人は耳が聞こえにくいとため、テレビやラジオをあまり聞かなくなっているようですか <sup>(P23)</sup>            | 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
| ⑧ ご本人は耳が聞こえにくいとため、ひとりでの事を好んでいるようですか <sup>(P18)</sup>                    | 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
| ⑨ ご本人は耳の聞こえの問題で気分が落ち込んでいるようですか <sup>(P22)</sup>                         | 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
| ⑩ ご本人は耳の聞こえにくいとため、個人的なあるいは社会的な生活に制限や支障が出ていると感じているようですか <sup>(P22)</sup> | 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |

以上です。ご協力ありがとうございました。

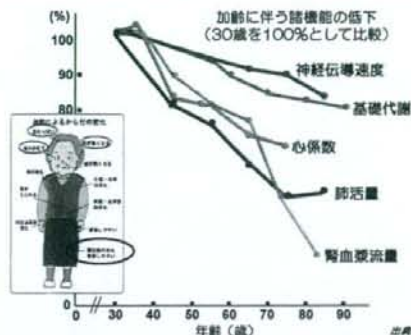
このアンケートは倉測町の健康づくり事業の一環として実施しており、全体として集計を行い後日結果をご報告いたしますが、個人が特定できる形での公表はいたしません。ご不明の点は、倉測支所保健福祉課までお問い合わせください。

～めざせ！幸齢者～  
**くらぶち健康のつと**  
**第1回 講演会**

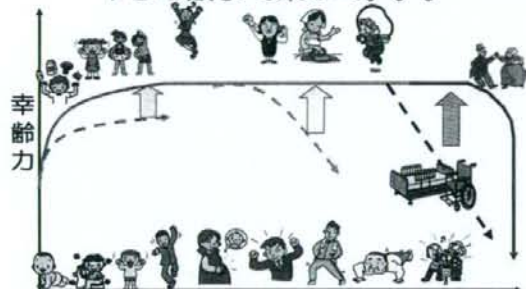
5月19日(土) : 5区公民館  
 5月20日(日) : 4区公民館  
 8月 4日(土) : 7区公民館  
 8月 5日(日) : 3区公民館



年を重ねれば機能が低下してくるのは、世の常。。



できることなら。。。  
 100歳まで楽しく。。。



**トリプルプロジェクト**

	みえ	る
	きこえ	る
	あるけ	る



にこここといきいきと年を重ねるためには、  
 感覚器(視力、聴力)、運動器(脚力)  
 に関する健康度の改善・維持が必要です

2005・2006年度訪問健康調査より

倉洲町の高齢者は、他の地域と比較して  
 運動能力(脚力、握力、バランス)は高いけれども、  
 感覚器(眼、耳)に問題を抱えている方が多い傾向がある  
 という事がわかってきました。

【聞こえの問題を抱えている方の補聴器使用率】



「聞こえ」のサポート

- ・「聞こえ」に対する理解(本人・家族)
- ・耳鼻科専門医との連携
- ・適切な補聴器の着用



2007～2008年と2年間かけて、  
 「聞こえ」の問題に取り組んでいきます。  
 本年度は、にここご健診実施地区である  
 3, 4, 5, 7区を中心に活動します。

# 耳鼻科専門医による “耳より”な話

慶應義塾大学病院 耳鼻咽喉科

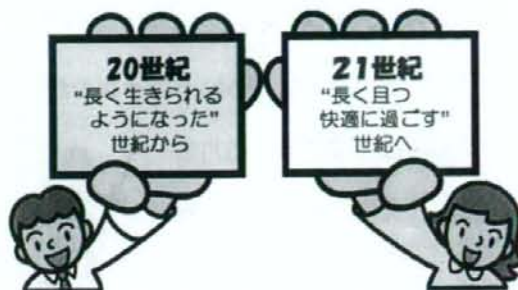
さいとう ひでゆき  
斎藤 秀行 先生



みずたりにくにお  
水足 邦雄 先生



## 21世紀は感覚器の世紀



快適な生活には



の維持が不可欠です

誰だか分かりますか？



「奇跡の人」 ヘレンケラー



本日の内容

1. 音が聞こえるしくみ
2. 聞こえないとはどういうことなのか
3. 聞き取りを改善する方法
4. 聞こえに関する最近の研究

