

鼓膜部の潜在化 (lateralization) を起こす症例もみられた。鼓膜の代用として血行のない遊離筋膜を使用しているため高度の癒痕拘縮を起こすことが原因と考えられたため、最近では血行がありかつ薄いDTF弁自体を鼓膜の代用としている。まだ長期的な成績は明らかではないが、聴力の改善度は良好である。

これらの工夫により手術成績は大きく向上し、ほとんどの症例が術後2週間目のタイオーバー解除翌日に退院している。耳介挙上と外耳道形成の同時共同手術は現在、非常に安定した手術術式になったものと筆者らは考えている。

(朝戸裕貴)

文献

- 1) 朝戸裕貴, 加我君孝, 加地展之ほか: 小耳症に対する耳介挙上と外耳道形成の同時共同手術. 形成外科 46: 779-787, 2003
- 2) 加我君孝, 朝戸裕貴: 両側小耳症・外耳道閉鎖に対する手術—2つの耳の形と機能を再建する. 耳鼻臨床 99: 607-619, 2006
- 3) 朝戸裕貴, 鈴木康俊, 加我君孝ほか: 小耳症手術に対する最近の工夫. 形成外科 51 (7): 755-764, 2008

2

耳介挙上と外耳道形成の合同手術

b. 外耳道・中耳の形成術

外耳道形成術と鼓室形成術は、第2段階の形成外科、耳科の合同手術の際に行う。

①形成外科医により移植してある肋軟骨の耳介フレームワークの後方を持ち上げると同時に、その耳介の外耳道入口部に相当する位置に直径1.5cmの外耳道孔を作成する。側頭部皮下より temporoparietal fascia flap (浅側頭筋膜弁) および deep-innminate temporal fascia flap (深側頭筋膜弁) を作成する。形成する外耳道のための皮膚管を作るべく鼠径部の全層皮膚あるいはPadgettで頭皮より分層皮膚を採取する。前者は後に外耳道に毛髪が出やすく感染の原因になりやすいが、後者はその心配は少ない。長さ5cm 直径2cm弱の皮膚管を作る。先は盲端にすべく縫合する(図1)。

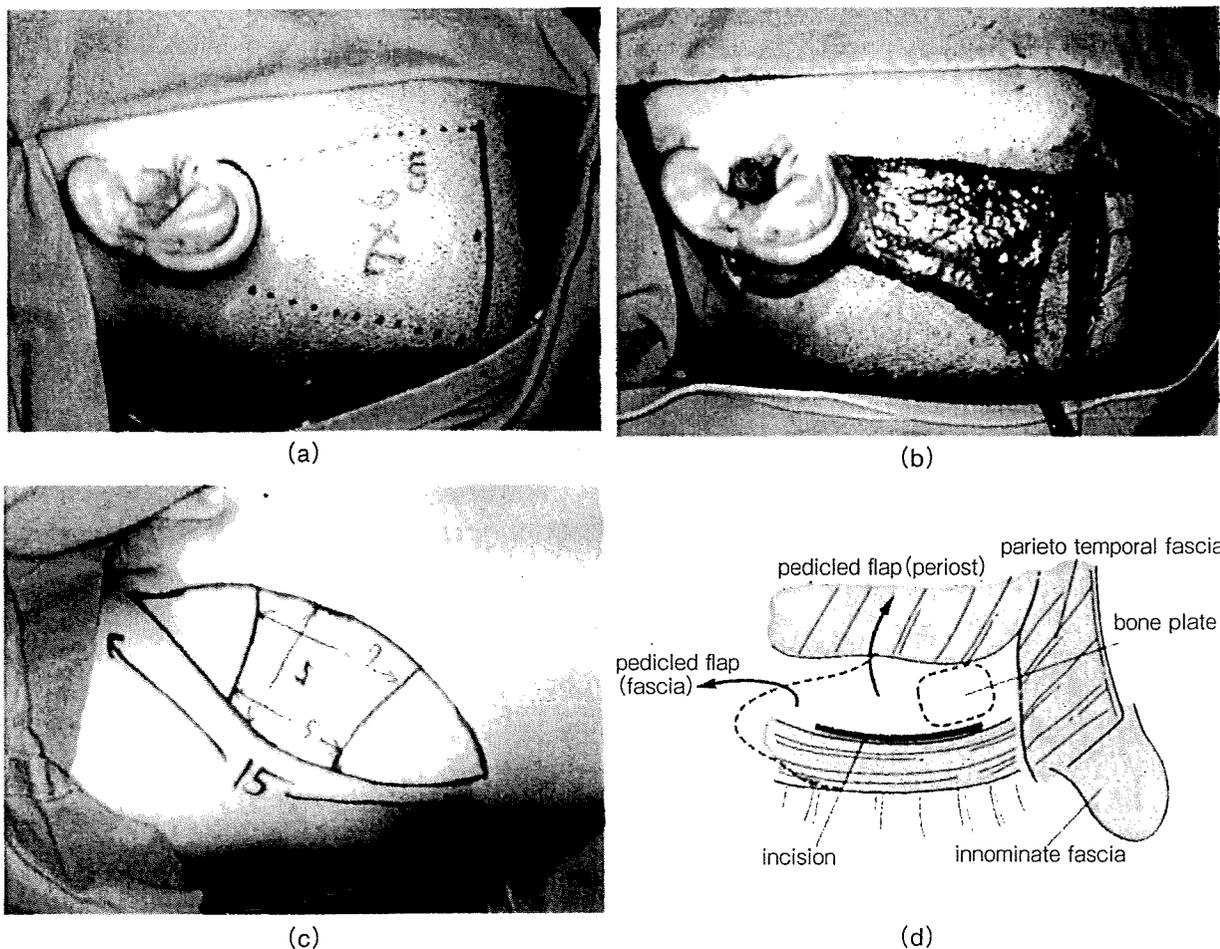


図1 第2段階手術：耳介挙上術と外耳道形成術

形成外科医により頭皮の皮下より temporoparietal fascia flap (a, b) を作成する。外耳道形成のために鼠径部より皮膚管を準備すべく、木の葉状の全層植皮を採皮する (c)。耳介後部を切開し起こす。ここで術者は耳科医に交代する。乳突部表層より骨板を採取し、ここは新たに作成する外耳道の中心部となる (d)。

②耳科医に術者を交代する。マーカーでmastoid tip, temporoparietal lineおよび想定される外耳道入口部に印をつける。外耳道入口部の後端に相当する箇所を切開し、筋膜、骨膜をpedicled flapにする。mastoidの骨面より骨板を採取する。パーでantrotomyを行う。anturmが同定されると、さらにmastoidectomyを行い拡大する(図2)。

次にaditus ad antrumに向かって進み、incus(キヌタ骨)の短脚を同定すべく注意深く拡大する。短脚を発見した後に、乳突部表面から中耳腔に至る厚い閉鎖版を削除し、耳小骨連鎖全体を露出させる。ほとんどの場合malleus(ツチ骨), incusが1つのcomplexとなった塊とstapes(アブミ骨)がある。そして多くの場合, handleが欠損している。周囲の骨や膜を除去し可動性が良好であることを確認する。顔面神経に損傷が生じないように顔面神経電気刺激で顔面神経の走行を確認しながら行う。stapesの同定をしようとする顔面神経の近くを削らなければならず危険である。耳科手術用の内視鏡を使うとstapesの確認ができる。機能的には顔面神経電気刺激で耳小骨が動くので同定ができる。

次に、既に採取してあった骨板を用いてmastoidectomyによって生じた大きなcavityをカバーするようにし、外耳道後壁形成とする。肋軟骨の一部を用いてコルメラとしてmalleus-incusのcomplexの上を立て、フィブリン糊で固定する。その上に筋膜(innominate fasciaの一部を採取)で鼓膜を形成する。このときにコルメラが筋膜より浮いて見えるようにすることが聴力改善のコツである。さらにdeep-innominate temporal fascia flapを伸ばし、新たに形成された骨部外耳道全体がカバーされるようにフィブリ

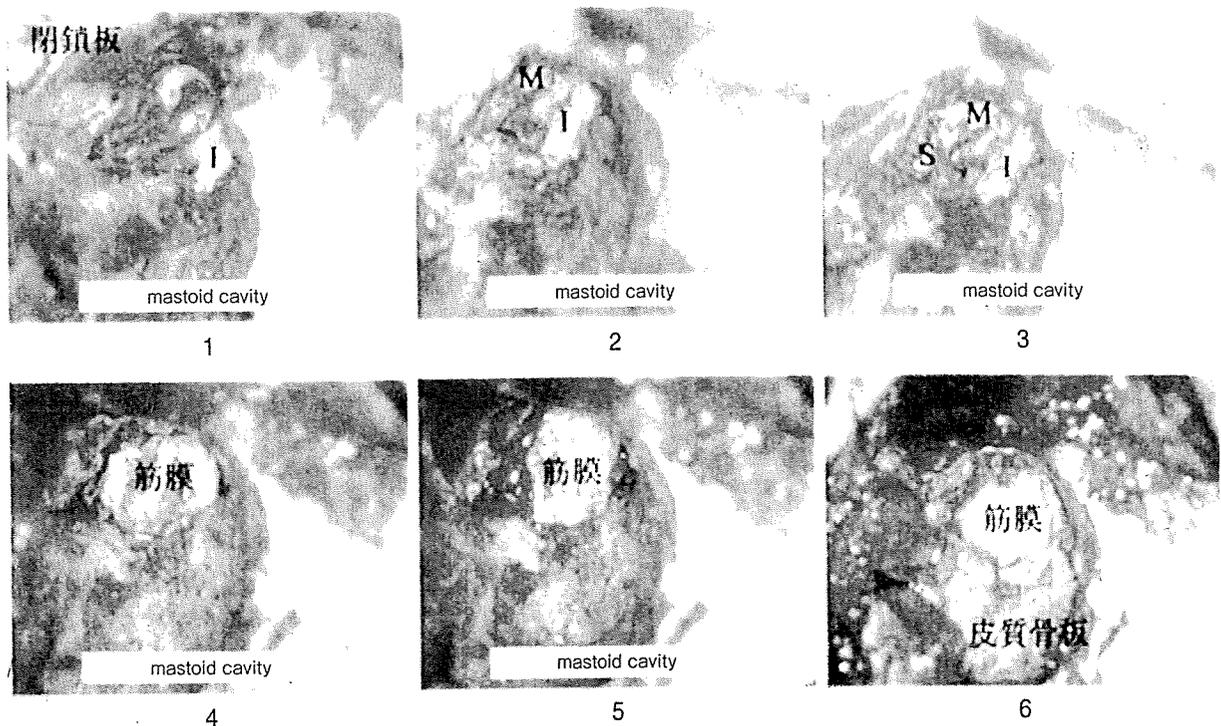


図2 第2段階手術(1)

耳科医による外耳道形成術と聴力改善手術。図中のM:malleus, I:incus, S:stapes。1:乳突削開術。incusを探す。2:aditus側に進みincusの短脚を同定する。3:閉鎖版を削除しツチ骨, stapesを確認する。4:電気刺激で耳小骨の可動性をチェックし確認した後、用意してあった骨板で外耳道後壁を作成する。5:肋軟骨で作ったコルメラをmalleus, incusのcomplexの上を立てる。筋膜で鼓膜を形成する。6:有茎のdeep-innominate temporal fascia flapで新しい骨部外耳道の全体をカバーする。

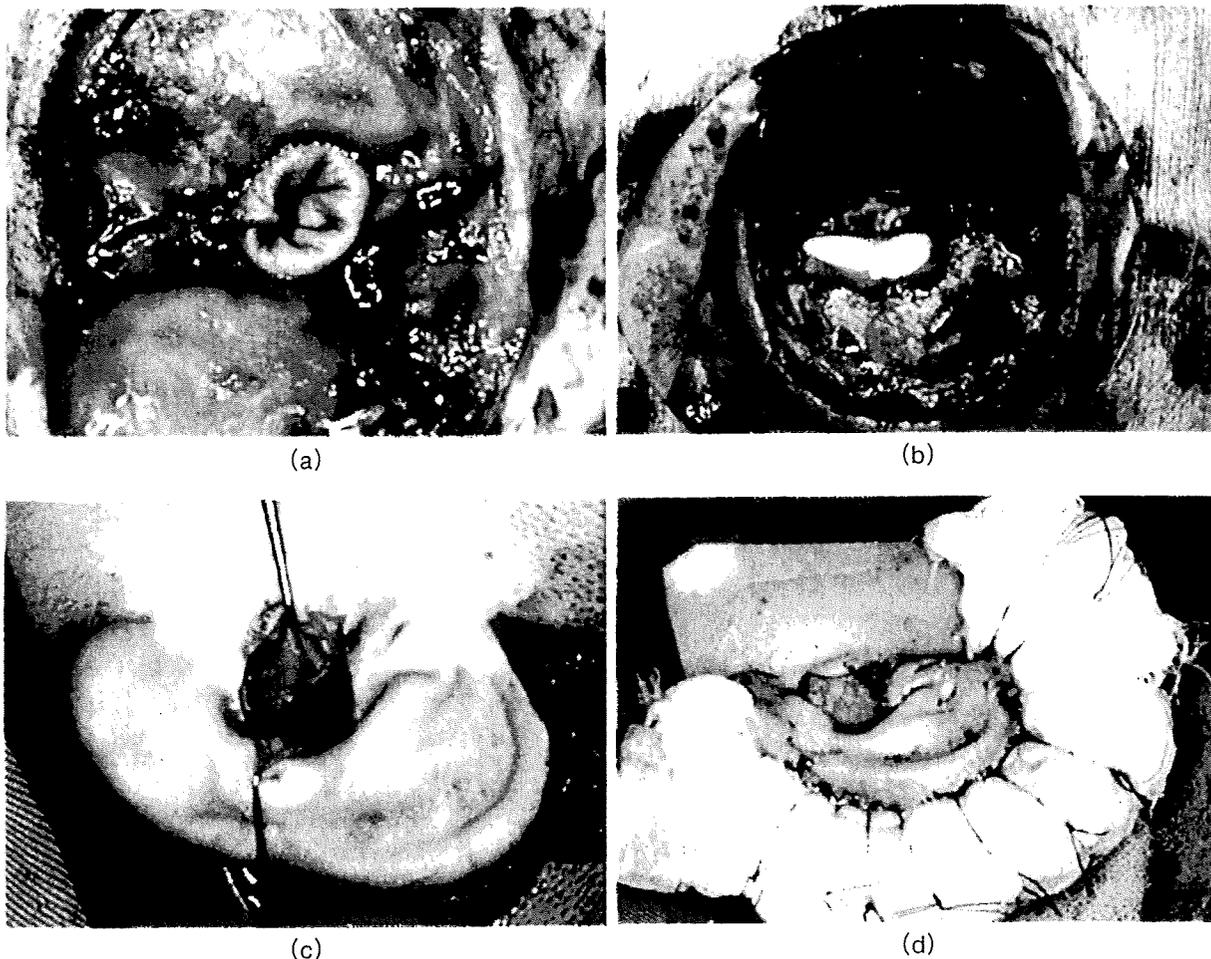


図3 第2段階手術(2)

用意してあった皮膚管を新しい外耳道に挿入し (a), 再び形成外科医に交代する。既に用意してあった banking 軟骨のブロックを移植し耳介を立てる素材とする。この上の有茎の temporoparietal fascia flap でカバーする。そして、耳後部全体に植皮を行う (b)。皮膚管と外耳道入口部を縫合する (c)。形成した耳介はタイオーバーして圧迫する (d)。

ン糊で固定する。不足分は初めに作成しておいた筋膜と骨膜の pedicled flap で補う。このように準備して初めて皮膚管を挿入する。マーカーで色をつけたシルクガーゼを盲端の先端に入れ、その上に俵状にした小コメガーゼを次々に挿入して固定する。flap が動かないように注意深く行う (図3)。

③再び耳科医より形成外科医に交代する。banking 軟骨のブロックを用いて耳介を立て固定する。耳後部全体をあらかじめ用意してあった temporoparietal fascia flap で覆う。その上を遊離植皮で覆い縫合する。外耳道入口部皮膚を皮膚管と縫合する。耳介をタイオーバー固定する。

④抜糸と形成した外耳道内のシルクガーゼとコメガーゼの除去は2週間後に行う。

手術後、左右の耳介の位置の差を気にすることはない。むしろ外耳道ができているので耳介は自然な形状に感じられ、手術したことに気がつかれないことも少なくない。

(加我君孝)

2 外耳道の処置

手術の最終段階で、皮膚管を挿入して外耳道を形成した後、外耳道内の一番奥の鼓膜面に1cm四方のシルクガーゼを挿入した上に、長さ1cm四方のガーゼを巻いて棒状にしたものを挿入し圧迫する。術後10~14日後に外来で処置用顕微鏡下に、このガーゼのすべてを除去し、新たに抗菌薬の軟膏を塗った長方形のガーゼを挿入し圧迫する。1~2週間後に同じ処置を繰り返す。

外耳道処置の目的は次の4つである(図1)。

- ①外耳狭窄の予防
- ②外耳道の感染の予防
- ③外耳道の肉芽形成の予防
- ④外耳道入口部の狭窄の予防



外耳道にマイナートラブルが生じたときの対応

①外耳道の狭窄が生じたとき

コメガーゼの挿入や期間を長く続ける。あるいは、各種の径の異なるチューブを挿入して留置する。長期にわたる処置にかかわらず、狭窄が防げない場合は再手術により拡大する必要が生じる。

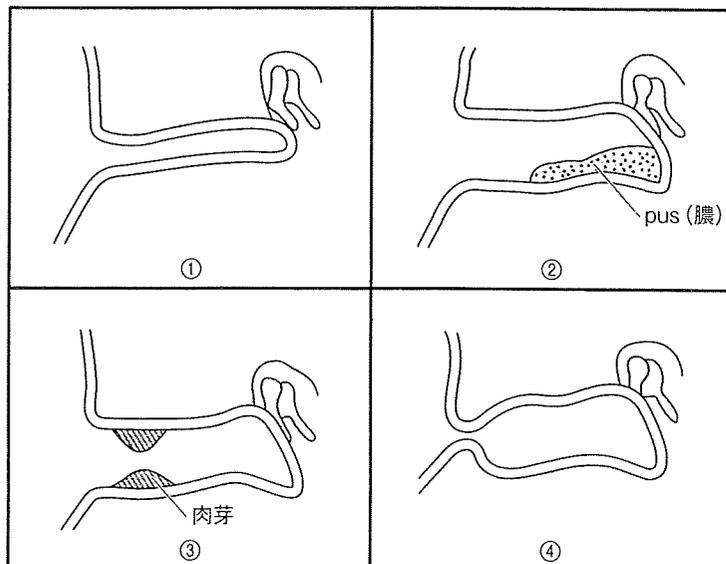


図1 外耳道形成後の問題

①全体の狭窄, ②感染, ③肉芽形成, ④入口部の狭窄。

②外耳道の感染

感染が生じた場合、細菌検査で菌を同定し、感受性のある抗菌薬の内服と点耳を行う。その場合、外耳道には軟骨のコメガーゼあるいは、吸収性のスポンジ(メロセル®)などを使う。点耳薬を使う場合、後者を使う。ただし1週間後には処置を行うことが必要である。この素材は1週間ぐらいで吸収性を失うからである。

緑膿菌やMRSA感染の場合は、さらに注意が必要である。最も効果のある方法はイソジン®による頻回の消毒である。近医に依頼したり、両親に依頼して行う。イソジン®は液体のものとゲル状のタイプがあり、適宜判断して使い分ける。

感染の処置にブロー液で耳浴を繰り返すのも効果がある。

③外耳道の肉芽の処置

肉芽は、皮膚の縫合部の離開部分や皮膚の欠損部や感染部位に生じる。肉芽そのものは、トリクロル酢酸あるいは硝酸銀液で減量し、上皮化を促す。ブロー液の耳浴や点耳薬も併用する。

④外耳道入口部の狭窄の開大法

外耳道狭窄の大きな原因は2つある。1つはscar formation(瘢痕形成)で、もう1つは感染による影響である。狭窄を開大させるためにはコメガーゼで圧迫するか、短いチューブを挿入し、拡大したらさらに太いチューブを入れるなどして開大を試みる。しばしば圧迫をとると1~2時間のうちにほとんど閉鎖したかのように狭くなることがあるので注意が必要である。

外耳道狭窄の頻度を少なくするために、手術時は大きめの外耳道入口部を作っておくことが大切である。一度狭窄すると再手術が必要となることが少なくない。

(加我君孝)

1

術後の聴力
— 鼓膜の浅在化の影響 —

術後聴力の評価

小耳症・外耳道閉鎖症での外耳道形成・鼓室形成術で聴力を良いままに保つには大きな困難がある。通常の鼓室形成術ではannulus ring (鼓膜輪)がある。鼓膜面の下に鼓膜を張る場合をアンダーレイ法といい、3層からなる鼓膜の上皮層と固有層の間に筋膜を挿入する場合をインレイ法あるいはサンドウィッチ法という。いずれにしるannulus ringの支えと本来の外耳道皮膚があり、鼓膜が外耳道から外されることはない。しかし、外耳道閉鎖症の手術では、骨閉鎖板を削開して作るため骨性のannulus ringを人為的に作り、その上に筋膜のfree graftを張り、その上に皮膚管を挿入せざるを得ない。そのため術後、発達とともに鼓膜が浅在化する宿命にある。なかには、新たに作成した骨部外耳道が増殖して狭くなる場合もある。このような限界のなかで行った聴力改善術の結果を示す(図1)¹⁾。術前聴力を横軸、術後聴力を縦軸にとっている。ほとんどの症例が角線より右側に分布している。これは術前聴力よりも術後聴力の方が改善していることを示す。術式はツチ・キヌタ骨のcomplexの上にコルメラを置き、その上を筋膜でカバーし、さらにその上に皮膚管を挿入したオーバーレイ法でI型コルメラである。

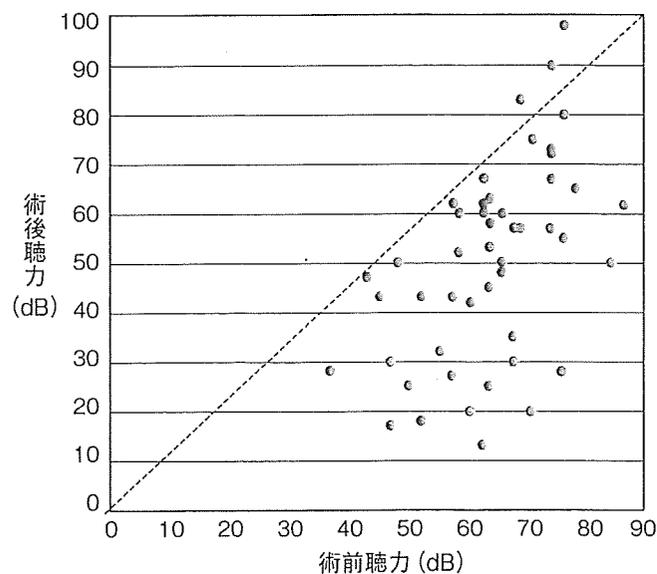


図1 術前・術後の聴力レベルの比較(片側・両側症例含む48例)
1/4は聴力レベルが30dB以上改善している。

聴力の変化は次のように分かれる。日本耳科学会の鼓室形成術の聴力の基準に合わせて、①15dB以上改善(図2)、②0~14dB以上改善(図3)、③改善なし、術前・術後の聴力に変化がない(図4)。

聴力が改善しても時が経過するにつれ聴力が低下する例がある。これは鼓膜が浅在化したためである(図5)。

術後聴力が30dB以上改善した例は11耳(26%)、15~29dBまで改善した例は22耳(51%)、0~14dB改善した例は10耳(23%)である。未改善が5例(10%)。

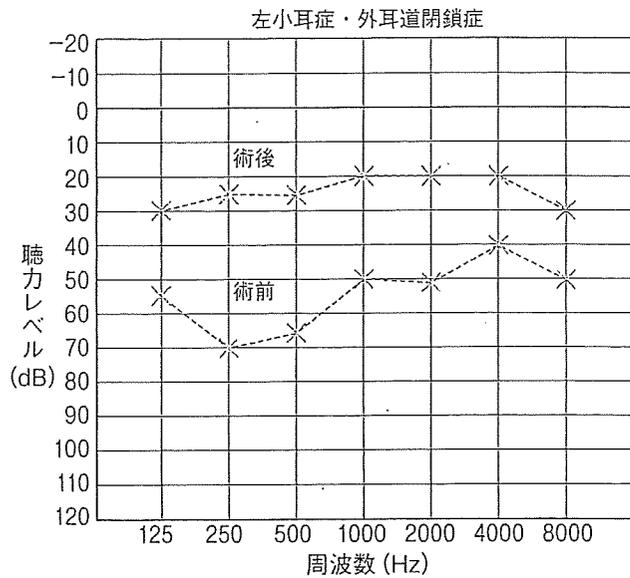


図2 術後の平均聴力が35dB改善した例

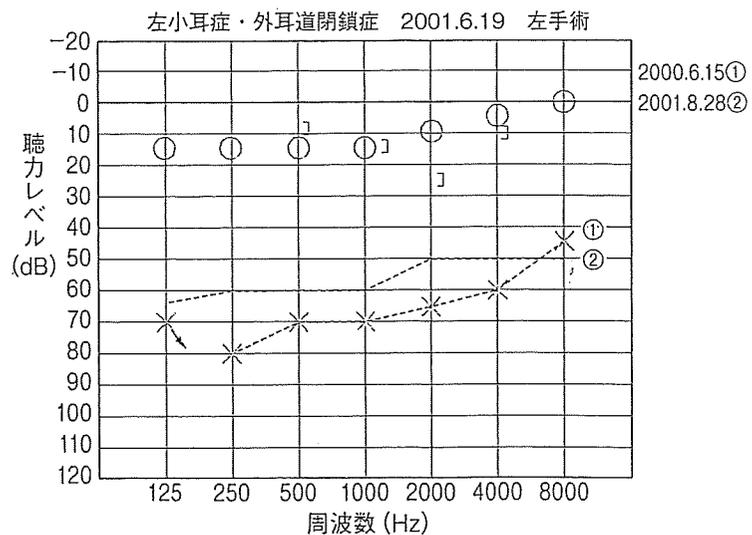


図3 術後聴力が11dB改善した例

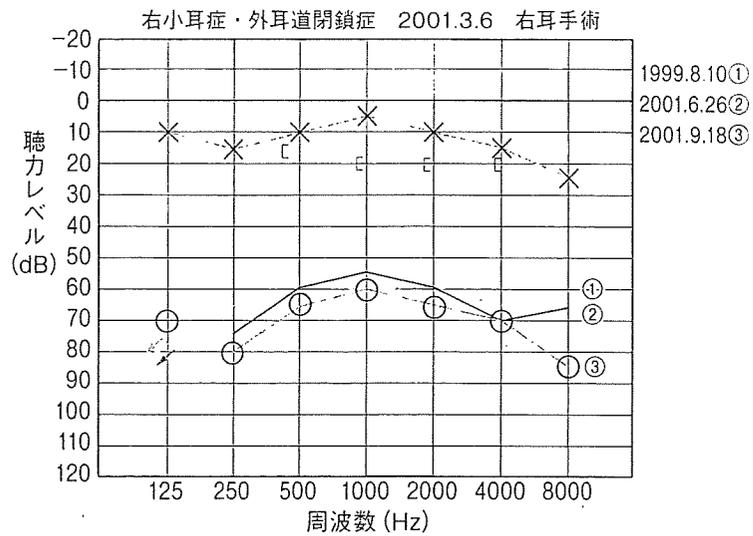


図4 術後聴力改善のなかった例

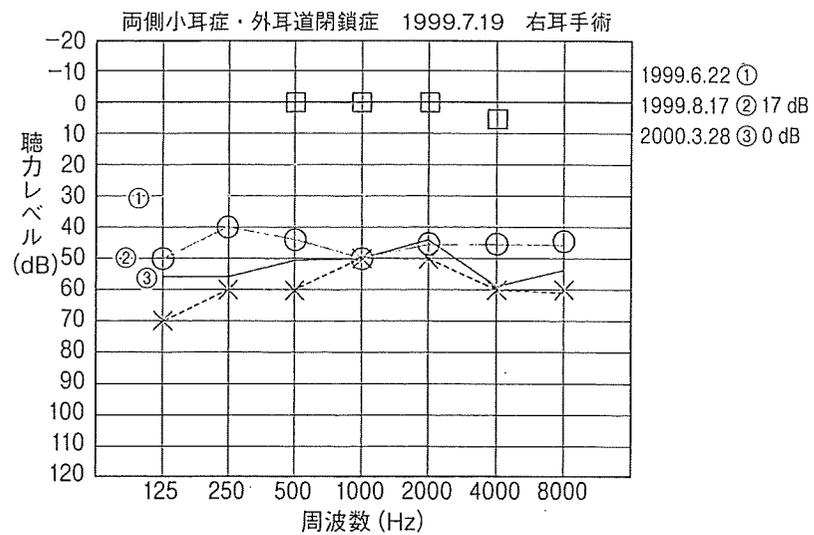


図5 鼓膜の浅在化により半年後に元の聴力に戻った例



術後の耳穴式補聴器のフィッティング

術後の平均聴力は、よく改善した例でも30dB前後であるため、補聴器なしでは十分な聴こえが保たれず、耳穴式補聴器をオーダーメイドで作製する。装用した例のオーディオグラムを図6に示す。平均30dB改善し、実用的コミュニケーションに役に立つ。しかし片耳装用よりも両耳装用の方が両耳聴を可能にする。



耳穴式補聴器の両耳装用

単に両耳装用による増幅だけではなく、カクテルパーティ効果，すなわち選択的注意を可能にする。方向感や音源定位を可能にする。スピーカ法による音源定位検査(図7, 8)やヘッドホン法による正中からの音像の移動を調べる方向感検査で音源定位も方向感も成立することがわかった。

(加我君孝)

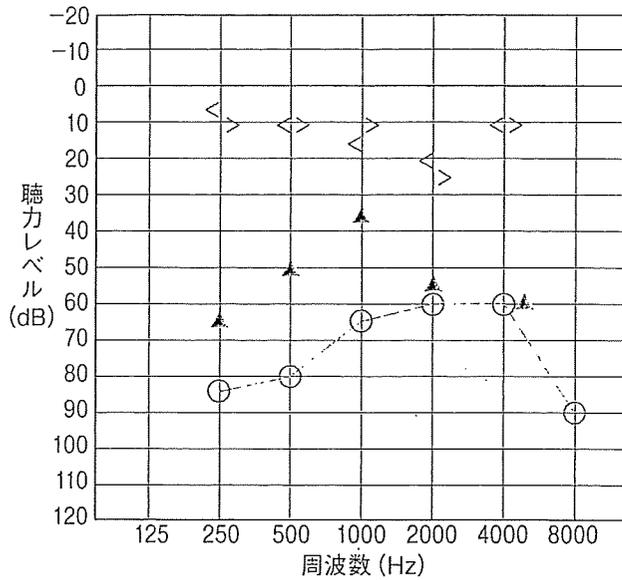


図6 耳穴式補聴器を使用した例のオーディオグラム(▲)

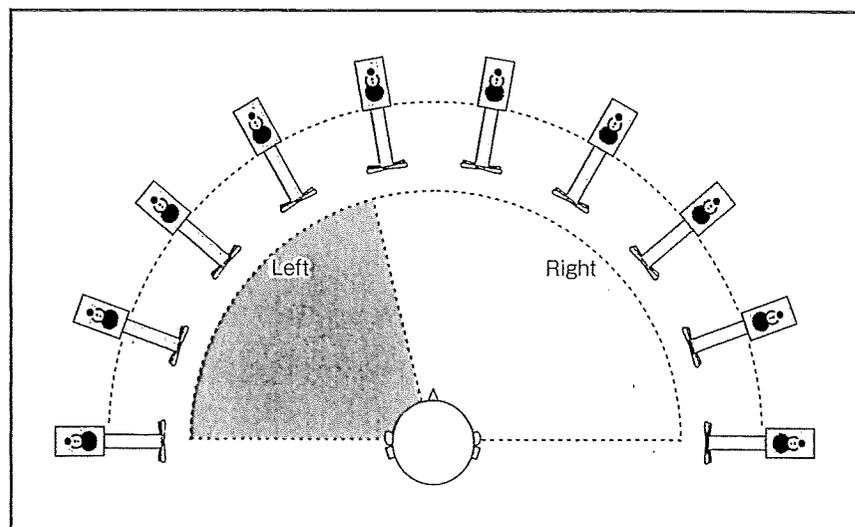


図7 聴空間の認知検査

音源定位法による両耳骨導の検査。無響室にスピーカを図のごとく配置し，認知可能な角度について調べる。

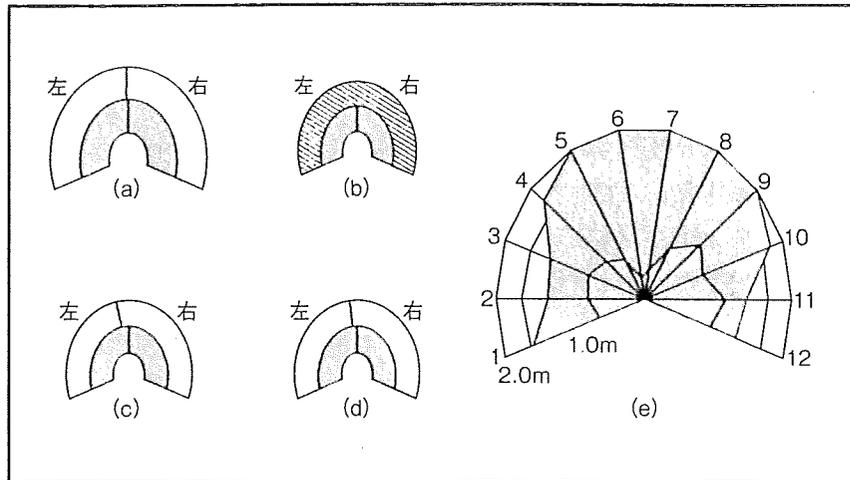


図8 音源定位法による検査結果の図解

- a: 健聴者の聴空間。右は青，左は赤で示す。
- b: 左側高度難聴。聴空間は良聴耳の右に限定。
- c: 両側小耳症・外耳道閉鎖症の両側骨導補聴下の聴空間認知。左右のバランスがとれている。
- d: 両側術後の耳穴式補聴下の聴空間認知。両側骨導も気導も補聴下で正しく認知できることがわかる。
- e: 聴空間の拡大を示す。青は健聴者を示し，赤は右側骨導補聴の場合を示す。聴空間の拡大は両側骨導補聴の方が狭いことがわかる。

文献

- 1) 加我君孝，朝戸裕貴：両側小耳症・外耳道閉鎖に対する手術—2つの耳の形と機能を再建する。耳鼻臨床 99：607-619，2006

2

身体障害者福祉法の診断書

はじめに

先天性小耳症、外耳道閉鎖症に対しさまざまな医療介入が必要であり、それに伴い費用がかかるのは当然である。これら費用に対して、各種の公的支援が受けられる。この項では、そのなかでも身体障害者手帳申請を中心に障害者自立支援法（旧身体障害者福祉法）について述べる。



身体障害者福祉法の歴史

第二次世界大戦後、昭和22年の傷痍軍人のための身体障害者収容授産施設の設置の後に、昭和24年に「身体障害者福祉法」が成立した。その目的は、「身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するため、身体障害者を援助し、および必要に応じて保護し、もつて身体障害者の福祉の増進を図ること」であった。そして、「市町村は、身体障害者から申請があつたときは、盲人安全つえ、補聴器、義肢、装具、車いすその他厚生労働大臣が定める補装具を交付し、若しくは修理し、又はこれに代えて補装具の購入若しくは修理に要する費用を支給することができる。」となっている。しかし、知的障害者は含まれておらず、大人の知的障害者は昭和35年になってできた「精神薄弱者福祉法」で対象となった。18歳未満の身体障害者は、昭和22年に制定された「児童福祉法」の対象として取り扱われている。

障害者に関する施策は、平成15年4月に身体障害者、知的障害者、障害児に対する「支援費制度」の導入が決まり、従来の措置制度から大きく転換した。しかし、支援費制度の導入によってサービス利用者が急増し、国と地方自治体の費用負担だけではサービス利用に対する財源確保が困難となり、サービス提供に関して、これまで身体障害、知的障害、精神障害という障害種別ごとに縦割りで整備が進められてきたことから「格差」が生じ、事業体系がわかりにくい状況になってしまった。こうした制度上の問題を解決し、身体障害、知的障害、精神障害という障害の種類に関係なく、共通の仕組みによって共通のサービスが利用できるようにするために「障害者自立支援法」が平成17年10月31日に成立し、翌平成18年4月1日から各自治体で順次施行されている。



聴覚障害における身体障害者の適応

身体障害者の聴覚障害における等級を表1に示す。昭和24年法では「両耳の聴力が四十センチ・メートル以上の距離において普通の話声が了解できない程度以上の障害で、症状の固定したもの」のみが聴力障害として記載されており、その後聴力検査技術が進歩したことがうかがえる。小耳症・外耳道閉鎖症の場合は、外耳と中耳の奇形より軽度から中等度の伝音難聴を示すことが一般的であるが、症例によっては高度難聴を呈することもある。内耳奇形に伴う感音難聴や混合性難聴を示すこともあるからである。経験的には身体障害者6級の適応となることが多い。

小耳症・外耳道閉鎖症のような先天性難聴の診断は、聴力検査法の進歩により1歳未満でも可能である。聴性行動反応聴力検査(BOA)と聴性脳幹反応検査(ABR)の両方より診断を行う。0歳に近い年齢ほど聴性行動反応聴力検査や条件詮索反応聴力検査(COR)の閾値が高く出ることがあるので、聴性脳幹反応の閾値が診断において重要となる。最近では聴性定常状態誘発反応検査(ASSR)と呼ばれる周波数ごとに閾値が示される検査法も開発されてきたが、外耳道閉鎖症に対しては検査法を工夫しなくてはならない。このような検査でも乳幼児の場合5~10dBほど閾値が高く出ることがあり、閾値の決定が困難である。このため、1~3歳に再検査を行い、身体障害者の再認定が必要である。



3 給付の内容

身体障害者として認定を受け、さらに支給の認定を受けると表2に示した自立支援医療費や補装具費の支給対象となる。障害者自立支援法になってからは、どの障害の人も医療にかかる費用は、基本的に1割の定率自己負担となっている。低所得世帯の人には医療費負担軽減措置、一定の負担能力があっても高額治療継続者(重度かつ継続)で相

表1 身体障害者の等級(聴覚障害)

等級	障害の程度
6級	①両耳の聴力レベルが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) ②1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
5級	—
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
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)
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)

当額の医療費負担が生じる人にもひと月当たりの負担に上限額を設定する負担軽減策が施されている(7. 社会保障「1 自立支援医療(育成医療)」参照)。補装具費, 小耳症・外耳道閉鎖症にとって必要な補聴器交付については他項を参照してもらいたい。



4 身体障害者手帳申請の流れ

図1に東京都での身体障害者手帳申請の流れを示す。まず近医の耳鼻咽喉科にて身体障害者に相当するか簡単に調べてもらうのが一般的である。小耳症・外耳道閉鎖症の場合, 小児難聴の精密検査ができる施設を最初から受診することを勧める。またその施設に第15条指定医がいることも事前に確認したほうがよい。この指定医(耳鼻咽喉科)でなくては身体障害者の診断書を書くことができないからである。役所の福祉事務所, 障害福祉担当課に相談すると教えてくれる。施設によっては日を改めて数回検査を必要とする場合もある。身体障害者に相当するなら, 福祉事務所または障害福祉担当課に行つて, 身体障害者診断書・意見書の用紙をもらってくる。第15条指定医に用紙を書いてもらい, 再び福祉事務所または障害福祉担当課に書類を提出する。窓口で書類を提出してから, 通常2カ月程度で身体障害者手帳が交付される。しかし, 身体障害者診断書・意見書の内容に疑義がある場合には指定医師への照会などで日数がかかり, また身体障害者に該当しないケースや等級認定にあたって専門的な審査が必要であると思われるケースはさらに日数を要する。身体障害者手帳の交付後, 補聴器交付のためにはさらに

表2 給付の内容

	給付内容
I	診察
II	薬剤または, 治療材料(治療用装具)の支給(肢体不自由にかかる補装具のみ対象)
III	医学的処置・手術および, その他の治療ならびに, 施術
IV	居宅における, 療養上の管理および, その療養に伴う世話, その他の看護(訪問看護)
V	病院または診療所への入院および, その療養に伴う世話, その他の看護(現在は入院時食事療養費標準負担額は自己負担)
VI	移送

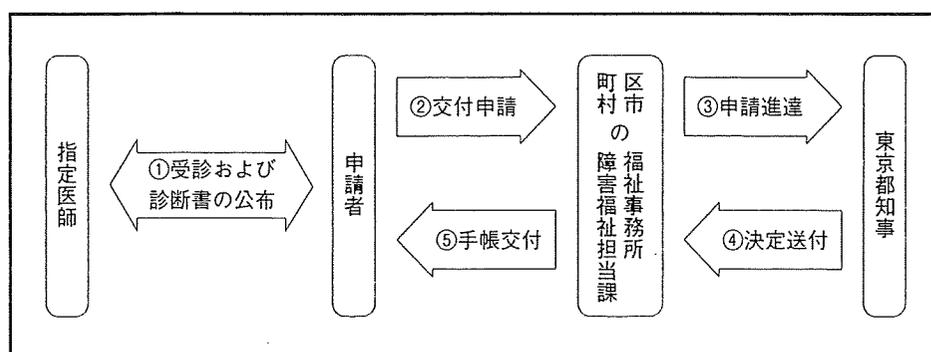


図1 身体障害者手帳給付の流れ(東京都)

市区町村の障害福祉の窓口で補装具費支給の相談と指定医に意見書を書いて提出する必要がある。詳細は他項を参照してもらいたい。



診断書・意見書の記入例

診断書の記入例を示す(図2)。記入については金原出版の「医療文書の正しい書き方と医療保障の実際—診断書から社会保障まで」に詳細に記述されており参考になる¹⁾。

おわりに

身体障害者手帳が交付されないと自立支援医療費、補装具(補聴器)費の支給や所得税、住民税などの控除、公的機関からのサービスなどが受けられない。小耳症・外耳道閉鎖症は外表奇形を有するために難聴を疑うことは容易であるが、難聴の程度が身体障害者手帳の適応になるかを判断することはそう簡単なことではない。乳幼児における精密聴力検査施行やその結果の厳正な判定には専門的知識が必要となる。また、身体障害者手帳の適応となっても手帳の交付、補装具費の支給までに時間がかかる。先天性高度難聴児に対し、生後6カ月までの補聴器装用、聴能訓練開始が推奨されている。そのた

第7号様式(第10条関係)
身体障害者診断書・意見書 (聴覚・平衡・音声・言語機能障害用)

氏名 東京 太郎 平成20年 1月 11日生 男 女

住所 東京都目黒区東が丘〇丁目〇番〇号

① 障害名(部位を明記)
両側高度混合性難聴

② 原因となった疾患・外傷名 両側外耳道閉鎖症 交通・労災・その他の事故・軽傷 戦災・疾病 その他 ()

③ 疾病・外傷発生年月日 平成 20年 1月 11日

④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む)
耳介奇形、外耳道閉鎖を認める。生後1ヵ月、3ヵ月に施行したABR検査では両側75dBにて反応を認めない。その他、顔顔面に明らかな奇形は認められない。
障害固定又は障害推定(推定)平成20年 1月 11日

⑤ 総合所見(再認定の項目も記入)
外耳奇形、中耳奇形と内耳機能障害による両側高度混合性難聴と考えられる
(将来再認定 (2年)・不要)

⑥ その他参考となる合併症 なし

上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。
平成20年 4月 18日
病院又は診療所の名称 東京都文京区湯島〇丁目〇番〇号
所 在 地 金原総合病院
診療担当科名 耳鼻咽喉科 医師指名 吉田 茂子

身体障害者福祉法第15条3項の意見(障害程度等級についても参考意見を記入)
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 (6級相当)
 該当しない

注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾患には、角膜炎、先天性難聴、脳卒中、髄膜炎、肺炎等理由となった疾患名を記入してください。
2 障害区分や等級決定のため、東京都社会福祉協議会から改めてお問い合わせする場合があります。

第7号の3様式(第10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 (4) 聴覚検査の結果(ア又はイのいずれかを記入する。)

(1) 聴力(会話音域の平均聴力レベル) ア 純音による検査

右	75	dB
左	75	dB

オージオメータの形式 _____

(2) 障害の種類

伝音性難聴	<input type="checkbox"/>
感音性難聴	<input checked="" type="checkbox"/>
混合性難聴	<input checked="" type="checkbox"/>

(聴力レベル(新規格)・聴力損失(旧規格))
(該当するものを○で囲む。)

	125	500	1000	2000	Hz
0					
10					
20					
30					
40					
50					
60					
70					
80					
90					
100					
dB					

(3) 鼓膜の状況



両側外耳道閉鎖にて鼓膜は観察できない

イ 語音による検査

語音明瞭度	右	%
	左	%

生後3ヵ月時、日本光電製EB-4204を用いてのABR検査では80dBにて反応を認めるが、75dBで反応を認めない。

2 平衡機能障害の状況及び所見

3 音声・言語機能障害の状況及び所見

4 そしゃく機能障害の状況及び所見
(唇顎口蓋裂の場合は唇顎口蓋裂形成手術の有無)

図2 身体障害者診断書・意見書記入例

め、高度難聴が認められると、補装具費支給までに補聴器を装用できるよう各施設で工夫をしているのが実状である。小児難聴を専門としている施設での精密聴力検査、身体障害者手帳診断書作成を勧める。

(竹腰英樹)

文献

- 1) 日野原重明, 加我君孝: 聴覚障害, 医療文書の正しい書き方と医療補償の実際—診断書から社会保障まで(改訂第5版), 金原出版, 東京, pp28-29, 2007

補聴器の交付

昭和24年に公布された身体障害者福祉法は、その成立にヘレンケラーの尽力があったことで知られる。聴覚障害の基準を表1に示す。両側小耳症・外耳道閉鎖症の聴力検査では平均聴力は70dB前後であるため、6級に相当する。6級では標準型補聴器あるいは骨導補聴器が交付される。骨導補聴器の交付基準額は箱形67,000円、眼鏡形120,000円と決まっている(表2)。もしその額を超える骨導補聴器の場合、差額の負担を請求されることがある。手続きは市町村の福祉課で対応する。東京都の場合、まず身体障害者手帳を申請し、それより約2カ月後に手帳は交付される。そして初めて骨導補聴器の交付を申請する。しかし、東京都以外では同時に申請するところが少ない。交付基準にはまだ入っていない両側骨導補聴器は、特例の手続きをすると2台分の約20万円の製作費用が静岡市、府中市、練馬区、蓮田市などで認められている。この両側骨導補聴器は筆者の要請によってリオン社が開発したもので、その申請にあたってはリオン社にその製作の依頼を出す仕組みである(図1)。

身体障害者手帳6級が交付されると、さまざまな福祉制度を利用できる(表3)¹⁾。

(加我君孝)

表1 聴覚障害の障害等級表

級別	聴覚障害
1級	該当なし
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)
4級	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言語を理解し得ないもの) 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
5級	該当なし
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語が理解し得ないもの) 2. 一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

表2 福祉法補聴器交付基準(抜粋)

種目	名称	基本構造	付属品	価格(円)	耐用年数
補聴器	骨導型箱形	IEC Pub118-9(1985)による90デシベル最大フォースレベルの表示	骨導レシーバー ヘッドバンド	67,000	5
	骨導型眼鏡形	値が110デシベル以上のもの	平面レンズ	120,000	

身体障害者福祉法に基づく補装具の種目、受託報酬の額等に関する基準交付基準。

(昭和48年6月厚生省告示第171号、改正平成15年3月25日 厚生労働省告示第115号)

製作指示書

「ヘアバンド式(片耳, 両耳)骨導補聴器」の製作をリオン株式会社様に指示します。

<理由>

両側外耳道閉鎖症・(その他) のため気導式補聴器の装用が困難と思われ、「ヘアバンド式(片耳, 両耳)骨導補聴器」の装用が適当と判断します。

使用者名 _____

保護者名 _____ 印

平成 年 月 日

医療機関名 _____

医師名 _____ 印

本品は特注品であり薬事法の対象外です。本品については担当の医師が使用上の責任を負うこととします。本品による保険請求はできません。
仕様は別紙添付

2007.02.28

図1 両耳骨導補聴器の製作指示書

表3 身体障害者福祉制度一覧表(東京都)

制度		等級▶		2	3	4	5	6	備考
医療費の助成	自立支援医療(育成医療)	○	○	○	○	○	○	●	手帳のない者も可
	自立支援医療(更生医療)	○	○	○	○	○	○	●	
	心身障害者(児)の医療費助成	○							所得制限あり
	補助具の交付・修理	○	○	○	○	○	○	●	医療保険で作成可能なものもある
	看護料差額の助成	○							所得制限あり
施設の利用		○	○	○	○	○	○	●	
職業	就職資金の貸付	○	○	○	○	○	○	●	
	債務保証制度	○	○	○	○	○	○	●	
	下肢障害者用ミシン購入資金貸付								
	聴覚障害者用カナタイプ購入資金貸付								
	電動式車椅子購入資金貸付								
	聴覚障害者用光学文字読取装置購入資金貸付								
	身元保証制度	○	○	○	○	○	○	●	
	公共的施設内での売店	○	○	○	○	○	○	●	
	専売品販売の許可	○	○	○	○	○	○	●	
	精神薄弱者の職親制度								
	職場適応訓練	○	○	○	○	○	○	●	
	あんま・はり・きゅう師養成講習								
職業訓練校	○	○	○	○	○	○	○	●	
税金	所得税	○	○	○	○	○	○	●	
	住民税	○	○	○	○	○	○	●	
	個人事業税 非課税	○	○	○	○	○	○	●	
	軽減								
	相続税	○	○	○	○	○	○	●	
	贈与税	○							
	物品税(盲人用具)								
	// (自動車)	○	○						
	自動車税	○	○			○			
自動車取得税	○	○			○				
年金・手当	特別児童扶養手当	○	○	○					所得制限あり
	障害(福祉)年金(国民年金)	○	○						障害福祉年金は所得制限あり
	障害者加算(生活保護)	○	○						
	福祉手当	○							所得制限あり
	児童育成手当(障害手当)	○							所得制限あり CP, DMPは等級制限なし
	心身障害者福祉手当	○							所得制限あり CP, DMPは等級制限なし
	重度心身障害者(児)手当	○	+						心障センターの判定により決定
	児童扶養手当	○				重度精薄			所得制限あり
	児童育成手当(育成手当)	○							所得制限あり
	心身障害者(児)扶養年金	○	○	○	○	○	○	○	自閉症, CP, DMPは等級制限なし

(次頁に続く)

(前頁より続き)

制度	等級▶	2	3	4	5	6	備考
日常生活の援助	ホームヘルパー派遣	○	○	○	○	●	
	介護人の派遣(ひとり暮らし)	○	○	○	○	●	
	介護人の派遣(重度脳性麻痺)						
	重度心身障害者(児)家事援助事業	○					
	生活介補員の派遣						
	手話通訳者の派遣	○	○	○		●	聴覚障害のみ
	緊急一時保護	○	○				
	世帯更生資金の貸付	○	○	○	○	●	
	日常生活用具の給付	○					
	盲導犬の貸与						
	車椅子の貸出						貸出期間3か月以内, 更新は可
	電話の優先設置	○	○	○	○	●	
	在宅視覚障害者福祉事業						
	点字講習						
	声の図書貸出						
	吃音者発声訓練				○		音声機能障害のみ
	喉頭摘出者発声訓練			○			//
	心身障害者休養ホーム事業	○	○	○	○	●	
	車椅子用席						
	JR	○	○	○	○	●	
	都営交通	○	○	○	○	●	
	民営バス, 私鉄	○	○	○	○	●	私鉄は除く(内部, 愛の手帳所持者)
	航空運賃	○	○	○			
放送受信料	○	○	○		●	低所得者は身障手帳所持者。愛の手帳1~2度が対象	
都立公園無料入場	○	○	○	○	●		
郵便料金						団体に対する割引もある	
住宅	都営住宅の優先入居	○	○	○	○	●	
	都営住宅使用料特別減額	○					難病, 公害病認定患者も対象
	日本住宅公団の優先入居	○	○	○			
	住宅建設金融融資あっせん	○	○	○			
	住宅金融公庫融資制度	○	○	○			
	年金住宅融資制度	○	○	○			
	肢体不自由者自立ホーム						
自動車	教習費の補助	○	○				
	技能修得費の貸付(世帯更生資金)	○	○	○	○	●	
	聴覚障害者自動車運転免許取得講習会	○	○	○		●	
	通勤用自動車購入資金の貸付(世帯更生資金)	○	○	○	○	●	
	// (雇用促進事業団)						
	改造費助成						
	駐車ステッカーの交付						
	有料道路料金の割引						障害者が自ら運転する場合