

- (ウ) 聴力検査室 (防音室)
- (エ) 乳幼児用聴力検査器機
- (オ) 補聴器周波数特性測定装置 (連携する機関で使用できれば可)

(8) 聴覚障害を有する重複障害児の支援

聴覚障害児のうち、重複障害を有する児も多い。聴覚障害に知的障害や運動障害が重複すると、評価や訓練は一段と難しくなり、言語発達も著しく遅れる傾向にある。重複する障害の種類や程度により状態はさまざまであるが、他の障害へのケアと並行して、聴覚障害に対しても可能な限り適切な対応をしなければならないが、障害やそれから派生する様々な問題は、特定の技法や方法論のみでは簡単には解決できない。支援にあたる者は、個々の状態に合わせて、様々な方法の中から選択したり、組み合わせるなどして柔軟な対応を心掛ける必要がある。また、働きかけることに終始するのではなく、子どもの発達や成熟を待つ視点も重要である。

子どもはことばでのコミュニケーションが可能になる前に、表情、視線、目の動き、発声、身ぶりなどで自分の気持ちを表す。子どもが出すこれらの信号を大人が読みとることにより、コミュニケーションが成立してくる。この前言語期のコミュニケーション行動の発達は、ことば(音声、文字、手話 etc)の準備をすすめるだけでなく、聴覚障害に知的障害を合併し、早期に補聴器装用などの聴覚活用を試みても十分に活かしきれない子どもたちのコミュニケーションを保障する上で重要な鍵となる。

聴覚障害だけでなく、重度の知的・運動障害を併せ持つ重症心身障害児では、特にてんかんを合併していることが多い。この場合、覚醒-睡眠のリズムが不安定であるために感覚刺激が入力されず、外界を認知できない。したがって、まず基本的な生活リズムが整うように配慮することが大切である。

健常な子どもたちにおいて、発達の原動力となる「自発的に外界に働きかける力」が、重度の障害児では乏しい。したがって、ただ発達を待っているだけでは子どもたちの潜在能力を引き出すことはできない。子どもが外界に働きかけやすいような状況設定や介助を発達・障害特徴に合わせて工夫し、積極的にさまざまな体験ができるような働きかけが必要である。

(9) 家庭における養育

早期支援開始後も、支援実施機関で指導を受ける時間は限られたものであり、家庭における聴覚障害児の養育は重要である。しかし、養育者は家庭に於いて訓練士の役割を持つのではない。どのような場合も児を受容し、「子どもを可愛がる」こと、育児を楽しむことが重要である。

児の周囲の者は、はっきりしたことばでゆっくり表情豊かに、身振りも加えて話したり、体を動かして一緒に遊ぶ。実際に即していろいろな音を聴く(聴覚的実体験)機会を日常生活の中で作ってやることも大切である。聴覚障害児の養育では、特に身体的接触を大切にし、子どもからの信号を注意深く受け止め、これに応える事が必要である。親子のコミュニケーションが円滑にできることが大切であり、このためには、ジェスチャー等の活用も良い。

聴覚学習には補聴器（または人工内耳）を活用するが、聴能の発達を促すには、単に音を聞かせるのではなく、子ども自身が耳を傾けて（あるいは注意を集中して）聴く状態に導くことが重要である。すなわち子どもが「聞く(hear)」のではなく、自発的に「聴く(listen)」態度をつくることである。

家庭における養育に関しては、別添の「難聴乳幼児療育マニュアル」（田中 美郷 他）を参照されたい。

(10) 聴覚障害者および聴覚障害児を持つ親との交流の場の確保

聴覚障害児の多くは健聴の両親から生まれるが、両親は聴覚障害者と接した経験が殆どない場合が多いので聴覚障害者の生活について理解は困難で、児の養育にあたり困惑することが多い。この時に、聴覚障害者および聴覚障害児を持つ親は、ピアカウンセラーとして両親を支援できる。また、児及び家族が聴覚障害者、聴覚障害児および聴覚障害児を持つ親と交流することは、社会的関係を形成する上で、健聴児、健聴者との交流同様に重要であり、早期支援の一環として交流の場を確保することが必要である。これらの関係団体を資料3に示す。

7. 地域社会における聴覚障害児ネットワークと関係機関の役割

(1) 聴覚障害児支援ネットワークの重要性

新生児聴覚検査の導入により、新生児期に「要再検」となった場合の保護者の育児不安が大きくなることが予想され、それに呼応する乳幼児早期の聴覚障害にかかる早期支援機関の整備や人材の確保、相談機能については未だ不備であるなどの現状から、検査体制の整備とともに、支援・相談体制の整備が不可欠である。

このため、国、都道府県、市区町村（保健センター）、医療・支援・福祉等の関係機関、住民等がそれぞれの役割に応じて、新生児聴覚検査の趣旨を十分に理解した上で、円滑な実施に向けて有機的に連携し、地域における聴覚障害児支援ネットワークを構築することが重要である。

(2) 新生児聴覚検査体制の整備

ア. 協議会の設置

(ア) 都道府県・指定都市は事業の円滑な推進を図るため、学識経験者、関係医師会、医療機関、保健所、児童相談所、市区町村、難聴児療育機関関係者、ろう学校関係者及び福祉関係者、当事者団体代表等による協議会を設置する。

(イ) 協議会は、都道府県・指定都市の諮問を受けて、聴覚検査、精密検査の実施体制の検討、カウンセリング体制、診断確定後の支援に関する実施体制の検討及び事業開始後の問題点等について検討する。

イ. 現状の把握

都道府県・指定都市は、検査の実施にあたって関係機関の協力を得て、地域内の以下の機

関について把握する。

- ・新生児の聴覚検査のできる医療機関（OAE 又は自動 ABR の普及状況）
- ・乳幼児の聴覚精密検査のできる医療機関
- ・聴覚障害をもつ乳幼児の早期支援のための専門機関
（難聴幼児通園施設、聾学校幼稚部など）
- ・カウンセリング実施機関

ウ. 検査実施マニュアルの作成

都道府県・指定都市は、本実施のてびきを参考に、聴覚検査に関わる関係者のための検査実施マニュアルを作成する。作成にあたっては、協議会等の協力を得る。

地域の専門医療機関、支援の専門機関等のリストも加える。

エ. 普及・啓発

- (ア) 都道府県・指定都市は、保護者に対して、検査を行うことの意義、目的等について十分理解できるよう、また過度な不安を与えないよう、あらゆる機会を通じて周知徹底を図る。特に、市区町村の協力を得て、母親学級、両親学級等あらゆる母子保健事業の場を利用して、本検査の趣旨等について周知するよう努める。
- (イ) 都道府県・指定都市は、保護者の不安の軽減を図るため、いつでも相談ができるよう、問い合わせ先、相談先等について、保健所、市区町村、関係機関の協力を得て周知する。また、出生した施設で聴覚検査を受けられなかった児の検査漏れがないように、検査可能な医療機関の周知等を同様に行う。

オ. 関係者への研修の実施

都道府県・指定都市は、各関係機関の職員に対し、検査実施マニュアルを基に研修を実施する。

研修の対象者は、以下のとおりである。

- ・医療機関関係者（産婦人科、小児科、耳鼻科などの医師、看護師、助産師、新生児聴覚検査担当者、言語聴覚士、臨床心理士、MSW 等）
- ・保健所・市区町村職員
- ・療育・教育関係者（聾学校を含む） 他
- ・福祉担当者、児童相談所職員

カ. 検査の実績等データの把握・分析

- (ア) 都道府県・指定都市は、保健所、区市町村、関係機関及び保護者の協力を得て、検査の実績、その後のフォロー状況等について把握する。
- (イ) 都道府県・指定都市は、検査実施上の問題点、検査後の療育上の問題点等を検討するために、上記により把握したデータを協議会等の中で分析し問題の解決を図るなど、事業の円滑な推進に努める。

(3) 早期支援体制の整備

聴覚障害が発見された児の保護者にとって、その後の児の発育・発達に対する不安は大きいも

のである。聴覚障害があっても、早期支援によって言語の獲得や社会生活ができるようになること等を説明することにより保護者は安心する。

現状では、特に乳幼児に対する支援体制が充分とは言えず、聴覚障害を持つ児と親が必要な支援を受けられるように、福祉、教育等の関係機関と連携して人材の育成等療育体制を整える必要がある。また、通園（通学）による療育（指導）のみではなく、家庭で直接指導する、派遣療育（指導）の実施も今後の課題である。

(4) 関係機関との連携等

ア. 関係機関との連携

都道府県・指定都市は、聴覚検査から療育まで一貫した支援を行うために、協議会等を活用し、保健所、市区町村（保健センター）、各関係機関との協力体制を確立し十分な連携を図る。

イ. 地域での個別支援

保健所及び市区町村（保健センター）、児童相談所は、各関係機関と密接な連携をとりながら、以下の点に留意し地域での個別支援を行う。

- (ア) 新生児聴覚検査で要精密になった保護者の不安が大きい時には、主治医と連絡を取り個別の援助を行う。また、精密検査を受けるにあたっては、医療費の助成など、利用可能な公的助成制度について、保護者に情報提供する。
- (イ) 精密検査で聴覚障害が確認された児に対して、主治医及び早期支援実施機関との連携のもと、日常の育児の相談、保育、療育などについて、保護者の相談にのるなど地域での援助を行う。また、様々な福祉制度の紹介など、福祉関係者と連携をしながら援助していく。

ウ. 保健サービスのための情報提供

「要再検」児、聴覚障害児およびその疑いの児の保健サービスのために、保護者の了解を得て、各機関は次の事項を、発生後速やかに保健所又は市区町村（保健センター）へ報告する。

- (ア) 新生児聴覚検査機関、再検査機関は、児の氏名、住所、生年月日、性別、出生体重、母の氏名、検査年月日、検査方法（ABR、OAEの別）検査結果、合併症、紹介先機関、検査実施機関名等
- (イ) 診断機関は、機関名、精密診断を実施した症例の、氏名、住所、生年月日、性別、出生施設、診断年月、診断名、合併症、聴覚障害の程度、紹介した早期支援実施機関名等
- (ウ) 早期支援実施機関は、児の氏名、住所、生年月日、性別、来所年月日、聴覚障害の程度、支援開始時期、選択されたコミュニケーションモード、補聴器装用開始時期等

エ. 個人情報の保護

都道府県・指定都市をはじめ、保健所、市区町村（保健センター）、本事業に関わる関係機関は、新生児聴覚検査、精密検査の結果等、その後の早期支援の内容及び地域ケアの内容など、その保護者及び児の個人情報の保護には充分留意する。

8. 新生児聴覚検査の評価

(1) 新生児聴覚検査実施後の事業評価

都道府県・指定都市は、新生児聴覚検査により発見された、聴覚障害児が適切なケアを受けているか否かを把握し、また同時に新生児聴覚検査事業自体の評価を行うために、検査実施機関からの報告により、新生児聴覚検査実施数、実施率、「要再検」率、精密検査受診率、聴覚障害診断数などの調査、および「要再検」例の追跡調査データの収集と管理を行う。また、将来は on-line 入力が可能になるような整備を行うことなども、検討課題である。

ア. 初回検査実施機関からの報告

(ア) 報告内容

施設名、施設内出生数、検査方法、聴覚検査実施数、「要再検」例数、

(イ) 頻度

毎月一回

イ. 再検査実施機関からの報告

(ア) 報告内容

施設名、再検査方法、再検査実施数、再検査による「要再検」例数、

(イ) 頻度

毎月一回

ウ. 精密診断機関からの報告

(ア) 報告内容

機関名、精密診断を実施した症例数、診断した症例の、生年月日、性別、住所、出生施設、診断年月、診断名、合併症、聴覚障害の程度、種類、両側・片側の別、紹介した支援機関名

(イ) 頻度

症例があった時、6ヶ月に一回

エ. 早期支援機関からの報告

(ア) 報告内容

早期支援実施機関名、支援を開始した症例数、支援を開始した症例の生年月日、性別、出生体重、住所、出生施設、診断機関、診断年月、診断名、聴覚障害の程度、選択されたコミュニケーションモード、補聴器装用開始時期、等

(イ) 頻度

6ヶ月に一回

(2) 早期支援の効果の評価

聴覚スクリーニングの効果を判定するためには、児の聴覚認知能力および言語発達評価により、早期支援の効果を評価する必要がある。

聴覚障害児の支援効果は、聴力、支援開始年齢、支援内容、他障害の有無、知能水準、母親の養育力などの要因によって影響を受ける。

また、聴覚障害乳幼児の聴力検査は聴性行動をもとに判断するが、この聴性行動は発達と相関関係があるため、乳幼児聴力検査を実施するにあたり、発達の評価が必要である。

以上のことから、個別支援プログラムの作成、円滑な支援の実践、支援効果の判定には発達評価が不可欠である。

ア. 言語発達評価の目的

聴覚障害乳児の発達を評価することで、個々の聴覚障害幼児の発達・特徴に応じた支援プログラムの作成および療育の円滑な実施を促進し、また支援効果の判定を行うことを目的とする。

イ. 言語発達評価の方法

現在わが国には、3歳以下の児に使用する適切な標準化された言語発達評価法がない。可及的速やかに3歳以下の児に用いることが出来る日本語の言語発達評価法を作成することが近々の課題であり、厚生科学研究において作成中である。また、聴覚障害乳幼児の発達評価は熟練した担当者が行うことが望ましい。

9. 用語解説

1) 感音性難聴

蝸牛のコルチ器の有毛細胞の障害など、内耳の感覚器や聴神経の障害による聴覚障害。中等度から高度の聴覚障害が多い。

2) 伝音性難聴

中耳炎や外耳道閉鎖、耳小骨奇形など、中耳までの音を伝える部分の障害による聴覚障害。軽度から中等度の聴覚障害が多い。

3) 聴性脳幹反応 (ABR)

脳波の誘発電位の一つである。音刺激により得られる脳幹から出る脳波を加算平均したもの。

4) 自動聴性脳幹反応 (自動 ABR)

脳波の誘発電位の一つである ABR を自動解析する装置である。結果は「pass (パス)」あるいは「refer (要再検)」で示される。「パス」の場合は正常聴力と見なす。通常のスクリーニング用には反応閾値は 35dB の設定を用いる。反応閾値を自由に設定できる機種もある。

5) 耳音響放射 (OAE)

2種類のタイプがあり、誘発耳音響放射 (TEOAE) と歪 (ひずみ) 成分耳音響放射 (DPOAE) である。耳に音を入れると、内耳より放射されてくる小さな音で、この音そのものを記録する検査方法である。TEOAE はクリック (1~6kHz の音を含むノイズ様の音) を与えると、弱い同じ音が放射される現象である。DPOAE は2つの異なる音 (f1 と

f2) を与えると $2f_1 - f_2$ で計算される音が放射される。スクリーニング用 OAE の結果は自動 ABR と同様に「pass (パス)」、「refer (要再検)」で示される。

6) 閾値

音の刺激に対して最も小さいレベルで「聞こえる」反応を示す値。

7) 補聴器

音を増幅して、鼓膜に伝えるもの。

補聴器には箱形、耳かけ形、耳あな形、骨導補聴器のほかいろいろなタイプがある。使用する場所に応じて、FM 式、ループシステム、赤外線方式などが用いられる。最近ではデジタル補聴器も普及しつつある。どのような補聴器を選ぶかについてはいろいろな立場があるが、乳幼児の場合、耳かけ形が使用されることが多いが、児の状態により箱形も用いられる。FM 補聴器も使用される。

8) 人工内耳

電極を蝸牛の中に挿入して、電気刺激を直接聴神経に伝える装置。

体外にマイクロホン、送信コイル、音の振動を電気信号に変える信号処理装置（スピーチプロセッサ）をおく。信号はアンテナを通して、頭皮下に植え込まれたコクレアインプラント（受信コイル、電子回路、電極がシリコン樹脂で成形されたもの）の受信器へ電磁誘導で送られる。補聴器装用の効果が不十分である両側の高度の聴覚障害が適応となる。人工内耳を装着しても、会話の理解には長期の訓練が必要である。わが国では現在は、人工内耳の手術適応は 2 歳 6 ヶ月からとされている。

9) 難聴幼児通園施設

難聴幼児通園施設は、聴覚障害幼児を保護者のもとから通わせて、聴力、言語能力の発達の程度、年齢等に応じた聴能訓練、補聴器装用訓練、言語能力の機能訓練等を提供すると共に、保護者に対して、聴覚障害幼児の指導に必要な基礎知識の習得及び補聴器の装用や言語機能訓練の実施方法等についての指導を行う施設である。ゼロ歳から就学までの児が対象となる。

10) 聾学校

幼稚部（3 歳から就学までが対象）から小学部においては、補聴器などを活用して、話し言葉の習得を促したり、言語力を高めたりする指導を行っている。また、教育相談として、0 歳児からの指導にも対応している。中学部や高等部では、指文字や手話なども用いて、基礎学力の向上や障害の自覚にかかわる指導をしている。幼稚部を中心に、障害のある乳幼児やその保護者に対して、子供の発達段階や障害に配慮した養育の在り方、遊びの工夫等について早期からの教育相談を行うなど、地域における特殊教育の相談センターとしての役割を果たすように努めている。

11) 早期支援実施機関

この手引きにおいては、難聴幼児通園施設、聾学校幼稚部教育相談、その他医療機関等で、専門家の指導による難聴乳幼児の指導を行う機関を指す。

12) 聴覚 (障害) 補償

補聴器を活用すること、より明瞭に話すための発音指導を受けること、手話の力を身につけることなど、主として子供が持っている聴覚障害を軽減したり改善したりすること。

「情報保障」とは、例えば手話通訳者やノートテイカー(教室などその場で筆記する人)を配置すること、話された音声を字幕に代えてスクリーンに映し出すことなど、主として情報が伝わりやすくするための環境の整備を指す。

13) NICU (新生児集中治療室)

低出生体重児や呼吸障害児などの重症新生児を治療するための施設。

14) マスクリーニング

対象グループ全体に対して特定の検査を行い、特定の疾患を選び出すこと。

15) 手話

手話はろう者の間に生まれた、日本語とは異なる特徴を持つ視覚言語であり、他の言語と同様、乳幼児期の段階から触れることで自然習得が可能である。その一方、手話と日本語の折衷的な構造を持つ日本語対应手話と呼ばれるシステムも口話教育を受けたろう者を中心に発展してきており、ろう教育現場ではこの方法によるケースが多い。

16) 聴覚口話法

補聴器を使用して残存聴力を活用するとともに、読話も利用する。

17) キュードスピーチ

5母音の口形十行ごとのキュー(手のサイン)で1つの音を表す。

18) 指文字

1つの文字を1つの手のサインで表す。

<補足> 新生児聴覚検査実施要項および本手引きで使用した用語について

1) 新生児聴覚検査、確認検査、再検査、精密検査の区別

新生児聴覚検査 = 入院中に実施する聴覚検査。自動ABRまたはOAEを用いる。

確認検査 = 初回に実施した聴覚検査で「要再検」例に行う、2回目の検査

再検査 = 確認検査をOAEで行った場合の「要再検」例に行う、自動ABRまたはABRによる3回目の検査

精密検査 = 確認検査または再検査での「要再検」例に行う、ABRやBOAを含む精密な検査。

2) 聴覚検査結果の和訳

pass パス

refer 要再検

10. 文献

- 1) Yoshinaga-Itano C, Sedney AL et al.: Language of Early- and Later-identified Children With Hearing Loss. Pediatrics 102:1161-1171,1998
- 2) Joint Committee on Infant Hearing : Year 2000 Position Statement. Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs. 乳児の聴覚に関する連合委員会：2000年の方針. 聴覚障害の早期発見と援助に関する原則とガイドライン.
- 3) 三科 潤：「全出生児を対象とした新生児聴覚スクリーニングの有効な方法及びフォローアップ、家族支援に関する研究」平成13年度厚生科学研究（子ども家庭総合研究事業）報告書
- 4) 母子保健の主なる統計 厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課 監修、平成13年度刊行
- 5) 厚生省児童家庭局長通知 第834号 平成12年10月20日
- 6) 厚生省児童家庭局母子保健課長通知 第57号 平成12年10月20日
- 7) 盲学校、聾学校及び養護学校幼稚部教育要領 文部省告示 平成11年3月
- 8) 難聴幼児通園施設設置基準
- 9) 大沼直紀：教師と親のための補聴器活用ガイド、コレール社 1996

11. 新生児聴覚検査に関するQ&A

Q1. なぜ新生児聴覚スクリーニングを行うのですか？

A1. 聴覚障害は早期に適切な援助を開始することによって、コミュニケーションの形成や言語発達面で大きな効果が得られるので、早期発見が重要ですが、これまでは、適切な聴覚スクリーニング方法がありませんでした。ところが近年、新生児期でも、正確度が高く安全で、かつ、多数の児に短時間で簡便に検査が実施できる検査機器が開発され、新生児聴覚スクリーニングが可能になりました。

Q2. なぜ、新生児全員に検査をする必要があるのですか？

A2. 先天難聴児の約半数は、難聴の家族歴、子宮内感染などにより聴覚障害を合併する危険が高い児であり、従来からこのような例に対しては退院前に聴性脳幹反応などの聴覚検査を行ってきました。しかし、残りの半数はこのような危険因子がなく、しかも出生時に何ら異常を示さない児であり、検査を受ける機会がないため、全新生児を対象のスクリーニングを実施しないと早期発見をすることが出来ません。

また、難聴の頻度は1,000人に1~2人と、現在マススクリーニングが行われている、他の先天性疾患より頻度が高いので、全新生児を対象に検査を行う意味があると考えられます。

Q3. 新生児聴覚検査とはどんな検査ですか？

A3. 新生児聴覚スクリーニングに使用する聴覚検査は二つの方法があります。自動聴性脳幹反応 (Automated ABR) とスクリーニング用耳音響放射 (OAE) で、両方とも新生児聴覚スクリーニングのために作られたものです。

聴性脳幹反応 (ABR) は音に対する聴神経から脳幹の電気的反応をみるものですが、防音室で行う検査は児を眠らせて行う必要があり、また、結果の判定は熟練したものが行う必要がありました。自動 ABR はベッドサイドで、自然睡眠下で短時間に実施できますし、コンピュータに記憶させた正常児の波形と比較することによって、正常な反応が得られたかどうかを判定する機能を持っています。35dB という、ささやき声程度の刺激音に対する反応を見ているので、軽度の難聴から発見することが可能です。

もう一つの方法の、耳音響放射 (OAE) は、音が内耳の蝸牛に到達すると、外有毛細胞が収縮、伸展し、基板の振動を増強しますが、この振動が入力音と逆の経路を通して、音として外耳道に放射されたものが耳音響放射です。スクリーニング用 OAE は、刺激音を聞かせ、これに反応して返ってきた音が認められるかどうかを自動的に判定します。この反応が得られた場合には、少なくとも 40dB 以上の聴力があるとされています。

Q4. 検査でどんなことが解るのですか？

A4. どちらの検査も、精密検査を行う児を選ぶためのスクリーニング検査であり、聴覚障害があることを診断する検査ではありません。「パス pass」の場合は検査による反応が得られたということであり、検査時点では正常の聴力があると考えられます。しかし、「要再検 refer」の場合は検査による反応が得られなかったということ、再検査が必要です。

正常児でも何らかの理由（中耳に羊水などが残っている、耳垢があるなど）でスクリーニング検査時には反応が得られないことがあります（偽陽性）。

再検査の結果も再び「要再検 refer」の場合は、反応が得られない原因を調べるために精密検査が必要です。「要再検 refer」は、直ちに聴覚障害があることを意味するものではなく、聴覚障害の診断は精密検査によって行われます。

Q5. 自動聴性脳幹反応（Automated ABR）と耳音響放射（DPOAE,TEOAE）のどちらを使うと良いですか

A5. それぞれに長所と短所がありますので、検査を行う医療機関に適した方法を使用して下さい。

ただし、ハイリスク児に対しては、ABR または自動 ABR でスクリーニングすることが勧められています。この理由は、auditory neuropathy(後迷路性難聴) が、OAE では正常な反応を示すため、検出できないからです。

以下に自動 ABR とスクリーニング用 OAE を比較した表を示します。

検査法	自動 ABR	DPOAE	TEOAE
検査機種（本邦で使用されているもの）	アルゴ(2e,portable), エイベア,セイバー	オーデックス, ER-33, イーロスキャン	エコスクリーン
検査で得る反応	脳幹からの電気的反応	内耳からの反響音	内耳からの反響音
刺激音	クリック音、35dBnHL 700～5000Hz	異なる周波数の 2 つ の純音。 刺激音の周波数帯を 選べる	クリック音
操作	電極（3 個）及び イアーカプラー装着又 はイアープロープ挿入	イアープロープ挿入	イアープロープ挿入
検査所要時間	数分～十数分	数分間	数十秒～数分間
感度	理論感度は 99.96% 35dB 以上の難聴を検 出可。	後迷路性難聴を感知 できないが、正常児 対象では 100%に近 い。40dB 以上の難聴 を検出可。	後迷路性難聴を感知で きないが、正常児対象 では 100%に近い。40dB 以上の難聴を検出可。

要再検率（本邦、 2 回実施後：含片 側）	約 1%	2.5～9%	3～7%
器械の価格	260 万～450 万円	70～150 万円	160 万円
消耗品の価格	350～2900 円	100～350 円	160 円
使用対象	在胎 34 週から生後 6 か月まで	成人可	1 歳位まで

Q6. なぜ、入院中に聴覚検査を行うのですか？

A6. 入院中に聴覚検査を行う主な理由としては、次のことがあげられます。

1. 出生直後の赤ちゃんは眠っている時間が長く、検査を実施しやすい。
2. 検査に適した状態（ほ乳直後など）を選んで検査を実施できる。
3. 入院中は、再検査を実施しやすい。
4. 両親への説明に十分な時間が取れる。
5. ベッドサイドで検査できるので、検査のための特別な場所は不要である。
6. 先天性代謝スクリーニングも入院中に実施しているが、出生病院入院中が全出生児を最も把握しやすい。
7. 新生児期は検査結果に影響を与える、滲出性中耳炎が少ない。

出生直後にスクリーニングを行うことが、母児関係の確立に悪影響を与えるのではないかという意見があります。しかし、もし、退院後の外来受診時（3 ヶ月検診時など）に全員を検査する方法をとった場合は、次のような難点があります。

1. 外来受診中に眠っている時間を確保することは難しく、検査に時間がかかる。
2. 入院中に比し、捕捉率は悪くなる。
3. 「要再検」となった場合、再度来院しなくてはならず、保護者の負担が大きい。
4. 再検査の受診率が悪くなる。

(エ) 滲出性中耳炎の例が混じる可能性がある。

(オ) 精密検査、診断、早期支援の開始が遅くなる。

Q7. 入院中に実施できなかった場合は、どうしたらいいですか？

A7. 退院後 1 か月健診までにはスクリーニングの過程が終了するような日程で、なるべく早い時期に検査を実施してください。

Q8. 新生児聴覚スクリーニングの検査は誰が行うのですか？

A8. 新生児についての一般的知識と新生児聴覚スクリーニングの意義について、十分理解している方が検査を担当するのが望ましく、医師、臨床検査技師、助産師、看護師、言語聴覚士等が適任です。検査の担当者は、検査の意義や、検査機器の扱い方などを、