

明日からの診療を変える
プライマリ・ケア/総合診療の
最新論文

70

著 水本潤希

愛媛生協病院家庭医療科

中外医学社

電子カルテのアラートで、聴力障害の適切なスクリーニングが促される。

 Paper

Zazove P, Plegue MA, McKee MM, et al.

Effective hearing loss screening in primary care: the early auditory referral-primary care study.

Ann Fam Med. 2020 Nov; 18(6): 520-7. doi: 10.1370/afm.2590.

PMID 33168680.

POINT

- 聴力障害はコモンだが見落とされやすい障害です。
- 聴力障害スクリーニングを勧める電子アラートにより、紹介が促進されました。
- 聴力障害の紹介は、ほとんどが適切な内容でした。

背景

聴力障害はよくであう健康状態であり、55 歳以上の 30% 超が罹患していると考えられています。聴力障害は生活の質を損なうだけでなく、健康を阻害する要因であることがわかっています。一方で、患者は聴力障害の問題があることを言いたがらない傾向があります。一般的なスクリーニング検査で聴力障害を特定することができるものの、聴力障害のスクリーニングは耳鼻科以外ではめったに行われていません。皆さまはいかがでしょうか。外来に定期通院している 55 歳以上の患者のうち、あなたが聴力障害のスクリーニングを行った患者は何人いるでしょうか。

聴力障害の早期発見は有害な転機を防ぐ可能性があることがわかっています。本研究は、電子カルテ上でアラートが出るようにすることで、聴力障害のスクリーニングや紹介がどのように変わるのかを調べています。

方法・セッティング

Stepped wedge 研究〔診療所ごとに介入（電子カルテアラート搭載）の時期が異なる〕；米国ミシガン州

参加者

2 グループ, 10 カ所の家庭医療クリニックに通院する 55 歳以上の患者 14,411 人。うち, 聴力障害スクリーニングを受けた患者は 5,893 人。

結果

聴力障害のスクリーニングは, プライマリ・ケアで検証されている患者記入型質問票である Hearing Handicap Inventory for the Elderly (HHI) で行われました。スクリーニングを受けた患者のうち, 聴力障害の疑いと判断された割合は 25.2% でした。4 人に 1 人ですね。これくらいの高頻度であることは押さえておくべきだと思います。

聴力障害に関する紹介の割合は, 1 つの診療所グループでは 3.2% から 14.4% に増加し, もう 1 つのグループでは 0.7% から 4.7% に増加しました。HHI で聴力障害の疑いが特定された場合に, より多くの紹介がなされていました。

紹介の 93.3% が適切なものでした。58.7% の紹介患者が補聴器をつけることを勧められました。患者の多くは, 聴力障害による紹介を適切に感じており, 70% の患者が紹介先の推奨に従うと答えました。逆に, 推奨に従わない理由としては, コストの問題が最もよく挙がりました。



55 歳以上の患者に対して聴力障害をスクリーニングするよう求める電子カルテアラートを使用することで, 聴力障害に関する紹介が増加しました。これらの紹介は大半が妥当なものでした。

私たちは, 聴力障害を頻繁に見逃していることをまず認識する必要があります。本研究では, 電子カルテのアラートの効果を調べていますが, 勤務環境に応じて様々な方法が使えるかと思います。スクリーニングをすることで, 紹介などの介入が必要な患者をしっかりと拾い上げることができるということをこの研究は示しています。実践する価値は高いと思います。

認知症患者の聴力障害の診断には客観的な測定が望ましい。

Paper

Kim AS, Betz JF, Albert M, et al.

Accuracy of self- and proxy-rated hearing among older adults with and without cognitive impairment.

J Am Geriatr Soc. 2022 Feb; 70(2): 490-500. doi: 10.1111/jgs.17558. PMID 34813080.

POINT

- 聴力障害の診断では、つつい本人や同伴者の申告を頼ってしまいます。
- 認知機能低下がある場合は特に、自己申告や同伴者の申告の感度は低いです。
- 聴力障害のスクリーニングを行う際には、できる限り、聴力検査を行いましょ

背景

聴力障害は、アルツハイマー病および関連する認知症がある高齢者にとってきわめてコモンな状態であり、有病割合は60～90%と推定されます。聴力障害は、認知症患者の神経精神症状を悪化させ、人との日常的な交流をさまたげ、強い負荷となるため、適切に聴力障害を拾い上げて介入することが重要です。ちなみに私は、外来や訪問診療で高齢患者への耳掃除をよくします。聴力障害の原因が耳垢栓塞であることが時にあるからですが、それ以上に、癒すケアとしての要素があるなと感じています。あと、爪切りもよくします。

医療者は、多くの場合、聴力障害の判断を本人や家族・関係者からの話に頼っています。特に認知症がある患者の場合、診療の同伴者が唯一の情報源になっていることが多いです。「おばあちゃんは最近耳が遠くなって……」という話を頼りにしているというわけですが、果たしてこれでいいのでしょうか。他覚的な聴力検査に比べて、このような自己申告は聴力障害の存在を適切に把握しているのでしょうか。

方法・セッティング

前方視的コホート研究；米国

参加者

70 歳以上の高齢者 3,326 人，平均年齢 79.4 歳。

結果

参加者の 75.9% が正常の認知機能であり，18.3% が軽度認知機能障害，5.8% が認知症でした。

自己申告による聴力障害の感度と特異度は，認知機能が正常な高齢者では 71.2% と 85.9%，軽度認知機能障害では 61.1% と 84.9%，認知症では 52.6% と 81.2% でした。家族などの代理人の申告による聴力障害の感度と特異度は，軽度認知機能障害では 65.7% と 83.3%，認知症では 73.3% と 60.3% でした。



聴力障害の診断を，患者の自己評価および同伴者の評価にのみ頼ってしまうと，感度が比較的低いために，本当の聴力障害を見逃してしまう可能性が高くなります。本人や家族は耳が聞こえると言っているけど，本当はあまり聞こえていない，という割合がそこそこあるのですね。特に，認知症や軽度認知機能障害があると，自己申告や同伴者の申告の感度はがくっと下がるので，多角的な評価が必要だと言えます。可能な場合には，ちゃんと聴力検査をしましょう。

緑内障がある高齢者は、転倒して身体活動が低下してしまいやすい。

Paper

EJY, Mihailovic A, Schrack JA, et al.

Characterizing longitudinal changes in physical activity and fear of falling after falls in glaucoma.

J Am Geriatr Soc. 2021 May; 69(5): 1249-56. doi: 10.1111/jgs.17014. PMID 33418602.

POINT

- 緑内障がある高齢者では、1年のうちに1/4が転倒します。
- 転倒後に、身体活動が低下してしまいます。
- 視力障害のある患者をみたら転倒予防の介入を考えましょう。

背景

高齢者の転倒予防は、プライマリ・ケアの重要な課題です。ご存じの通り、転倒や転倒による骨折は、生活機能や生命予後に重大な影響を与えます。そして、転倒を経験した人は、身体活動が低下する傾向があります。身体活動が低下するとさらに転倒のリスクが上がりますので、ここに悪循環が生まれてしまいます。転倒後に身体活動が低下する理由としては、様々なものがありますが、次の転倒を恐れてしまう、という不安も関連しているといわれています。

視覚障害のある高齢者は、転倒のリスクが高いですし、転倒したときの影響も大きいことがわかっています。この研究では、緑内障（疑い含む）により回復の見込みのない視覚障害がある高齢者の、転倒後の身体活動と転倒恐怖の変化を測定しています。

方法・セッティング

前方視的コホート研究；米国ジョーンズホプキンス大学眼科部門

参加者

緑内障、または緑内障が疑われる患者 234 人。平均年齢 70.5 歳。半数に正常視力ないし軽度の視力障害があり、4 割が中等度障害、1 割が重度障害でした。

結果

フォロー開始後 1 年で、外傷を伴う転倒が 24.4%、外傷を伴わない転倒が 20.9% の参加者に起こりました。受傷した参加者のうち、19% が骨折し、12% が入院していました。多疾患併存がある割合は、非転倒群で 57%、外傷を伴わない転倒の群で 64% であり、これらと比べ、外傷を伴う転倒の群では 82% と多くみられました。

観察は 3 年にわたり行われました。調整後のモデルで、外傷を伴う転倒後の身体活動は、非転倒と比較して、より減少の幅が大きいことがわかりました。一方で、外傷を伴わない転倒の場合は、身体活動の減少幅は変わりませんでした。

転倒恐怖については、転倒や外傷の有無にかかわらず、どの集団でも年月が経つにつれ、恐怖を感じる割合が少しずつ多くなっていました。変化の度合いに集団間での差はなく、これは、転倒恐怖が転倒や外傷とは別の要因で起こっている可能性を示唆するものでした。



まず、緑内障（疑い含む）のある高齢者の 4 人に 1 人が、1 年のうちに転倒してけがをしていました。この数字は、臨床セッティングによって当然異なるはずですが、このくらいの割合で転倒するものなのだと思って、患者を診る必要があります。

そして、緑内障（疑い含む）がある高齢者で、外傷を伴う転倒が起きると、その後の身体活動がより低下することがわかりました。

さて、この結果を見て、現場で私たちができることは何でしょうか。転倒・骨折予防としては、骨粗鬆症のスクリーニングと適切な治療、筋力維持のための運動指導、家屋状況の調査と介入、適切なケアプランの策定、投薬の見直しなど、多面的な介入が考えられます。視力障害がある患者を診た時に、転倒・外傷のリスクが高いことを認識し、包括的な転倒予防のスイッチを入れる、というのが、プライマリ・ケアの役割だと思います。