

〈研究ノート〉

難聴高齢者とのコミュニケーション —ICF モデルの視点から—

佐野 智子 ・ 森田 恵子 ・ 長田 久雄

【要旨】

人口の高齢化に伴い、難聴高齢者も今後急激に増加すると考えられる。本研究では世界保健機関による国際生活機能分類（ICF）モデルの視点から、これまでの高齢期の難聴に関する研究について概観した。難聴はコミュニケーション上の困難だけでなく、心理的・社会的側面へも影響を及ぼす。加齢によって生じる心身機能の変化、難聴と関連する疾患や騒音暴露状況、日常の活動や人間関係、さらには社会的参加にまで、高齢期の難聴は広く影響している。社会的孤立や精神的不健康などの悪影響を避けるためには、聴力を補償するための物的環境因子である補聴器の適用が最も有力な方法であるが、それだけでは限界がある。加齢性難聴は完全に回復しないため、難聴高齢者の個人要因であるコミュニケーション・ストラテジーと、環境要因である周囲の人々によるコミュニケーション上の配慮や支援が重要である。しかし、これらの研究は実証的な研究が不足していることが明らかになり、今後の検討が必要である。

キーワード：高齢者、加齢性難聴、コミュニケーション、コミュニケーション・ストラテジー、ICF モデル

1 はじめに

WHO（2013）の推計によると、世界では3億6000万人の難聴者が存在する。うち成人は3億2800万人（平均聴力40dB以上）である。そして、65歳以上の3分の1が難聴を抱えている。したがって、難聴は世界的な健康課題のひとつであるといえる。

日本の65歳以上の高齢者は、2013年には3,186万人（2013年9月15日現在推計）となり、高齢化率ははじめて25.0%に達した（総務省推計，2013）。高齢化に伴い、難聴者も増加すると考えられる。内田ら（2012）は、老化に関する長期縦断疫学研究を行っているが、その中で5歳階級別難聴有病率を算出している。65歳以上の有病率は、男性の65～69歳、70～74歳、75～79歳、80歳以上の年齢群順で、43.7%、51.1%、71.4%、84.3%、女性では、27.7%、41.8%、67.3%、73.3%とあり、年齢階級があがるにつれ、難聴の有病率も高くなることが示

されている。特に、75歳以上の後期高齢者になると、約70%以上が難聴者である。これらのデータから推計される日本の難聴高齢者は1,500万人超である(内田ら, 2012)。したがって、超高齢化の進む日本においては特に、難聴は深刻な健康課題であるといえる。

障害の捉え方については、2001年に世界保健機関(WHO)が発表した国際生活機能分類(ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health)がある。ICFはあらゆる健康状態とそれに関連する要素について約1,500の項目に分類している。この分類は対象者を理解するとき、見落としなく全体像をつかむためのものである。分類することが目的ではなく、最も大事なものはモデルである(上田, 2005)。このICFモデルを用いて、高齢者の難聴についての先行研究を概観することで、これまでどの分野の研究が行われ、何がわかっているのか、逆に研究が不足している領域はどこかが明確になると考えられる。そこで本稿では高齢期の難聴という重要な健康課題について、ICFモデルを中心に先行研究を概観したうえで、今後期待される研究課題について考察する。

2 国際生活機能分類モデルにおける難聴理解

2.1 国際障害分類(ICIDH)から国際生活機能分類(ICF)へ

国際生活機能分類(ICF)は、2001年に国際障害分類(ICIDH: International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps)の改訂版として、WHO総会で採択された。ICIDHは1980年に発表され、障害を一次障害から三次障害に分類し、階層的に捉えたという点で画期的であった。一次障害は、疾患に起因して生じる機能障害(impairment)であり、生物学的レベルで捉えた障害のことである。二次障害は、その結果生じる能力低下(disability)のことで、これは個人のレベルで捉えた障害である。さらにこれらの結果生じる三次障害が、社会的不利(handicap)で、社会的レベルで捉えた障害である(図1参照)。しかし、ICIDHモデルは、疾患があれば必ず能力障害や社会的不利が生じるといった誤解を与えやすいという問題があった(上田, 2002)。その他にも、疾患があることによる悩み・苦しみ・絶望感といった「主観的な障害」やそれらの苦しみ等を克服するために生ずるコーピング・スキルなどについて触れられていない、健常な機能・能力をさらに伸ばすといったプラスの側面を増やすという視点が不足している、重要な環境因子が含まれていないといった問題点があげられていた(上田, 2002)。

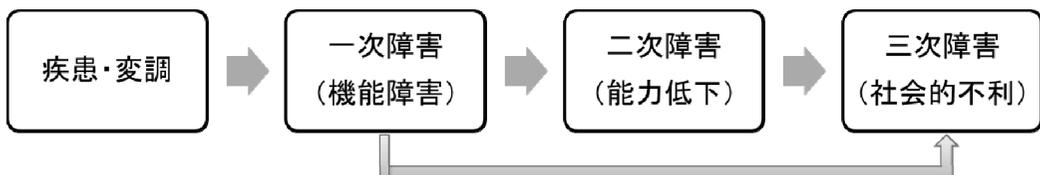


図1 ICIDHの障害構造モデル(1980)

これらの問題点を改善するため、ICF が制定されたのである。ICIDH から ICF への大きな変更点は、①背景因子の概念の導入、②疾患・変調から健康状態への変更、③各概念間の関係が双方向の矢印になったことである。これらの変更により、障害を抱えながらも適応していくというポジティブな側面にも焦点があてられるようになった（上田，2005）。

背景因子は、「環境因子」と「個人因子」からなっている。ただし、環境因子については ICF に分類が掲載されているが、個人因子については、社会的文化的大きな相違があるという理由で分類はされていない（厚生労働省，2002）。環境因子は、個人の外部にある物的、人的、社会的環境のことである。物的環境としては、福祉用具、建築などが、人的環境には、家族、友人、地域、上司、ボランティア、専門職などの人的支援や、それらの人々の態度などが含まれる。社会環境には、法律や制度、サービス、政策などが含まれる。個人因子とは、個人の人生や生活の背景のことで、性別、人種、年齢、その他の健康状態、体力、ライフスタイル、習慣、生育歴、困難への対処方法、社会的背景、教育歴、職業、過去や現在の人生の出来事、性格、心理的特徴などが含まれると考えられる。上田（2005）は、個人因子はモデルに入っただけで分類は作られなかったため、どうしても軽く見られているきらいがあるが、「個人因子は非常に重要だと思っている」と述べており、この分野の研究が求められていると考えてよいだろう。

ICF モデルにある健康状態とは、疾病や体の変調、怪我、妊娠、加齢、ストレスなどを含む広い概念であり、疾病だけでなく、誰でもが体験するような心身の状態である（障害者福祉研究会，2002）。すなわち、ICF はすべての人を対象にしている。障害や疾患のある人だけでなく、健康から不健康までのあらゆる健康状態に関連した健康状況を含んでいるのである。

ICF では、生きることの全体像をとらえるために、生活機能を「心身機能・身体構造 (body functions & structures)」、「活動 (activity)」、「参加 (participation)」の3つのレベルに分類している。心身機能は、心理的機能を含んだ身体系の生理的機能のことで、視覚・聴覚といった感覚機能や音声と発話の機能、循環器系、消化器系の機能などが含まれる。身体構造は耳の構造といった身体の解剖学的部分を示している。これらはいわば「生命レベル」である。これが障害されているものを「機能障害 (impairments)」という。活動は、生活上の行為のことで、学習や知識の応用、コミュニケーション、運動・移動、家庭生活、対人関係、コミュニティライフなどが含まれる。活動は「生活レベル」を示し、活動に制約がある状態を「活動制限 (activity limitations)」という。参加とは、社会参加だけでなく、もっと広い概念で、スポーツ、地域活動、政治活動、趣味などへの参加も含んでいる。これは「人生レベル」である。そして参加が制約される状態を「参加制約 (participation restrictions)」という。

背景因子、生活機能の各レベル、健康状態の各概念間は、図2の「ICF の概念図」の通り、双方向の矢印によって、それぞれの相互作用が描かれている。これによって一方向的ではない、ダイナミックな相互の関係が示されている。つまり、それぞれの要因が相互に影響し合っている複合的な関係と考えているのである。例えば、心身機能に問題があったとしても、福

社用具の使用を始めたり、家族の支援が適切な方向に変化したりすることで、活動を向上させる可能性がある。あるいは逆に、活動が低下することで、心身機能の低下が起こることもあろう。つまり、ひとつの要素が変化するとその他のひとつまたは複数の要素を変化させる可能性があることを示している。この点は生活機能の向上を考えるうえで特に重要である。

ICF は健康状況と健康関連状況を記述するための、概念的枠組みを提供することを目的とした分類である（厚生労働省大臣官房統計情報部，2007）。いわば研究の基盤であり、当事者やその家族、医療・保健・福祉などの異なる専門分野の従事者の共通言語であり、サービス提供の際のツールになるものである。

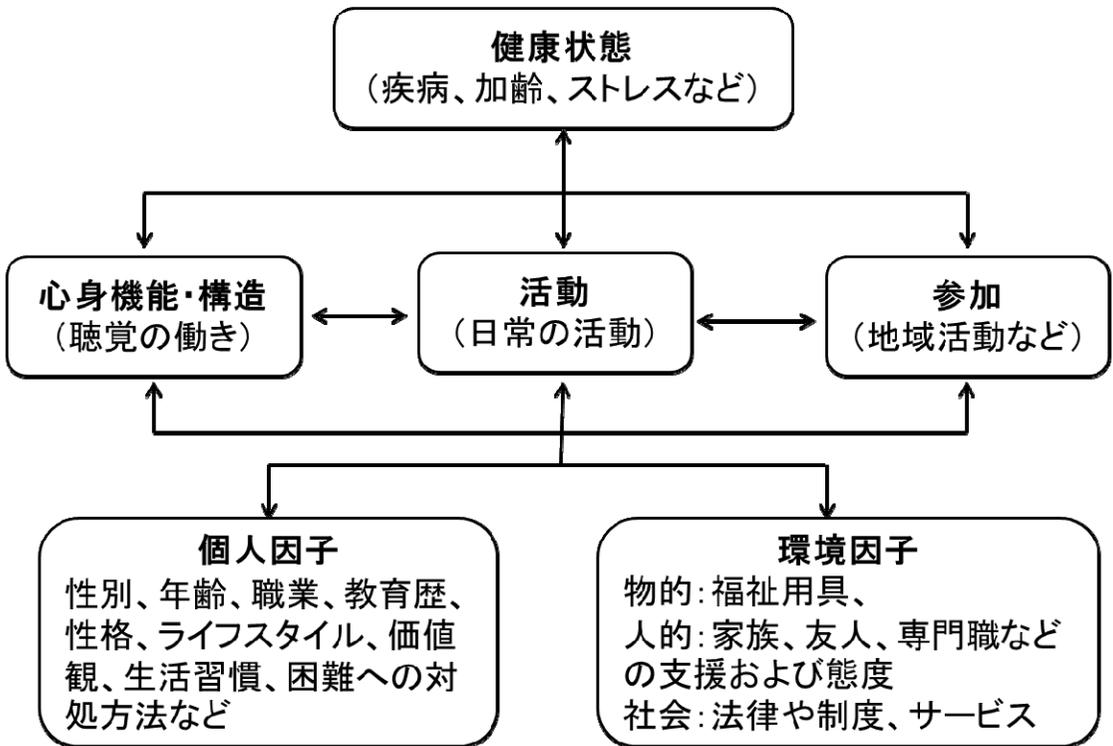


図2 ICF の概念図（厚生労働省大臣官房統計情報部編（2007）より引用・改変）

2. 2 ICF モデルで捉えた高齢期の難聴：先行研究のまとめ

2. 2. 1 高齢期の難聴

加齢によってさまざまな感覚機能が低下するが、聴覚機能の低下もその例外ではない。この聴覚機能の変化は「心身機能・構造」の変化として捉えられる。立木ら（2002）は耳疾患や耳症状のない日本人正常成人 1521 人を対象として、さまざまな周波数で純音聴力検査を実施したところ、加齢による聴力の変化は、高い周波数から聴力が低下し、その低

下の程度は高齢になるほど大きい。50 歳代前半まではなだらかに、60 歳以降急激に低下する。この結果は先行研究（柳田ら、1996；八木ら、1996）と一致している。初期は高音域の低下であるが、進行すると低音域まで全周波数にわたり聴力は低下する（小林・鈴木、2001）。WHO の基準では、500、1000、2000、4000Hz の平均聴力が 26dB 以上を難聴という。内田ら（2012）によると、50 歳代前半までは、難聴有病率は数%であるが、65 歳以降で急増し、80 歳以上では男性の 80%以上、女性の 70%以上に難聴が認められる。

このように「年齢以外に特別な原因がなく、両耳対称性の高音漸傾型感音難聴（内田、2007）」のことを加齢性難聴といい、高齢期に発症する主な難聴である。以前は「老人性難聴」という用語が用いられてきたが、加齢に伴う難聴の程度には個人差があり、早くは 30 歳代後半から始まる場合があることを考慮すると、「老人性難聴」というより「加齢性難聴」とするほうが適切という考えから、この用語が使われるようになった（鈴木、2010）。定義にある感音難聴とは、内耳から中枢神経に至るまでの間に障害が起こっているものをいい、現在のところ加齢性難聴を回復させる方法はない（内田、2013）。

その他に、リクルートメント現象といって、音の大きさの感覚に異常が起こり、小さい音では聞こえないが、少し大きい音が非常にうるさく響いて聞こえる場合がある（中野、2009）。したがって、加齢性難聴の高齢者に、大きな声で話しかけることは、苦痛を与えるだけで、聞こえの改善には繋がらないことがある。

高齢期に発症するその他の難聴には、耳垢栓塞という伝音性の難聴がある。これは外耳道に耳垢が詰まり、音が伝わりにくくなるために生じる。耳鼻科で耳垢を取り除くことで、聞こえは改善する。杉浦ら（2012）の一般地域住民の耳垢の頻度と認知機能を調べた研究では、高齢者の 1 割に良聴耳の耳垢を認めている。

2. 2. 2 生活機能レベル間の相互作用

以上のような聴力の変化（「心身機能・構造」の変化）と「活動」や「参加」の生活機能レベル間の相互作用について述べる。高い周波数の音から聞こえにくくなることによって、子音特に無声子音（/s/, /t/, /h/ など）の弁別が難しくなり（内田、2007）、聞き間違いが多くなる（難聴高齢者のサポートを考える研究会、2001）。音は聞こえているが、言葉として認識することが困難になるのである。特に、早口であったり、背景に雑音があったりする場合には、言葉の聞きとりは困難である（Slawinski et al., 1993）。北野（1996）は高齢期の難聴の事例をいくつかあげているが、その中に「聞こえても正しく理解できずに、トンチンカンな返答をすることが恥ずかしくて、口数が少なくなる」「聞き返すのが悪い」といった記述がある。このように友人や家族と話をしている、聞こえにくいためにコミュニケーションの質が低下し、家族との交流が減少し、孤立や引きこもりを導くことがある（Skelton, 1984; Bance, 2007）。

また、買い物に行っても店員の質問や金額が聞きとれなかったり、病院で名前を呼ばれ

でも気づかなかつたりと、外出先で不便が生ずることもあろう。後ろから車の近づく音に気づかなければ、外出を怖いと感じるようになるかもしれない。北野(1996)の事例には、「外出すると電車の放送などがわからず緊張する」ということも紹介されている。このような日常の活動の困難が続くと、外出するのが億劫になり、閉じこもりになる危険性もある。地域の集まりや趣味などにも出かけなくなり、「参加」にも影響を及ぼすであろう。デューガン(2007)は難聴の初期の徴候として、レストランや車内、またはグループや親睦会など複数の人が同時に話をしているといった、ざわついた環境での話が理解しにくくなったり、他の人よりテレビやラジオの音量が大きくなったりといったことをあげている。さらに、自分の発する音声もモニターすることができなくなると、必要以上に声が大きくなってしまふ。このような変化によって、周囲の人間の方が先に気づくことが多く(デューガン, 2007)、そして日常生活や周囲の人々との関係に影響を与えることもある。

これらの聞こえにくいことの影響に関しては、難聴のスクリーニング検査の開発の中で、難聴者の心理・社会的影響として検討されている(Ventry, et. al., 1982; 鈴木ら, 2002)。Ventry et. al. (1982)は自記式の質問紙で難聴高齢者をスクリーニングするために、HHIE (Hearing Handicap Inventory for the elderly)を開発した。その中には、「電話をあまり使わないようになったか」や「耳が聞こえにくいのため、家族とけんかになったか」など、日常生活の活動に関するものや、「耳が聞こえにくいのため、社会的な生活に制限や支障が出ていると感じるか」など、社会参加に関係する質問項目がある。

そしてこのような状況が続くことによって、抑うつ症状が出現したり、認知機能が低下したりという別の「心身機能・構造」への悪循環が生じ、健康状態にも影響することがある。難聴と抑うつ状態の関連性を調べた研究では、両者に有意な相関があることが報告されている(Herbst & Humphrey, 1980; Sumi et. al., 2006)。Saito et. al. (2010)は、純音聴力検査の他に、聴覚的ハンディキャップを測定する自記式のスクリーニング検査であるHHIE-S (Hearing Handicap Inventory for the Elderly-Screening)を実施し、HHIE-Sの得点が3年後の抑うつ状態を予測しようとしている。難聴によって、認知機能の低下(Skelton, 1984; Lin, et. al., 2011)やQOLの低下(Dalton, et. al., 2003)を指摘している研究もある。

その他には、補聴器などの福祉用具(物的環境因子)を使用しない場合、あるいは両耳対称の難聴に片耳にだけ補聴器装用を続けると、補聴器をしていない耳の聴覚に情報がはいらなくなり、聴覚の遅発性廃用が生じることもある(Silman et. al., 1984)。

これらの先行研究より、心身機能の変化である聴力低下によって、家族や友人たちとのコミュニケーションや人間関係にマイナスの影響を及ぼすことがあることが示されている。日常生活において不便に感じる事が多く、社会参加をしなくなり、閉じこもりがちになる。さらにそのことから抑うつや認知機能の低下、聴覚の遅発性廃用などが生じる事がある。こういった難聴による悪循環が生じる可能性が指摘されている。

2. 2. 3 生活機能と環境因子の相互作用

環境因子の中で、補聴器に関する研究は非常に多い。近年、人工内耳の研究も増えている。補聴器や人工内耳を装用することによって、聞こえの改善ばかりでなく、抑うつ、不安、怒りなどの感情の減少という心理的効果も認められている（杉浦ら，2000；吉田ら，2007）。特に抑うつ感情の減少が顕著であり（杉浦ら，2000）、抑うつ症状の改善と生活の質の向上という結果も得られている（Boi et. al., 2012）。補聴器だけでなく、人工内耳装用も、同様に情動の安定に寄与している（鶴岡ら，2009）。人工内耳に関しては、近年、高齢になってから人工内耳手術を受ける人数が増加してきている。日本での人工内耳手術を受けた年齢は、2～4歳と60～65歳にピークをもつ分布となっている（内田，2007）。日本の人工内耳装着者の28%が65歳以上の高齢者で、オーストラリアとアメリカに次ぐ、高い割合となっており、装用の高齢者たちは言葉の聞こえだけでなく、QOLの向上も確認されている（内田，2007）。

難聴を伴う認知症の高齢者に対して、補聴器を装用した研究として、星山（2006）のケーススタディでは、補聴器を装用してコミュニケーションケア・プログラムを実施することで、聴覚的理解・復唱能力に関する3か月後の成績は著しく向上し、MMSE（Mini-Mental State Examination）の得点も改善した。さらに、BPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）も減少したことから、残存聴力を活用した聴覚リハビリテーションは、難聴に起因する廃用症候群を防ぎ、認知症の予防に治療的意義を見出せる可能性があるとしている（星山，2006）。

以上のように、難聴があっても、補聴器装用という物的環境要因とリハビリテーションという医療サービスによって聞こえが改善する。同時に抑うつ、不安、怒りといったネガティブな感情状態や認知機能の状態が変化することが明らかになっている。一方で、日本の補聴器の普及率は欧米の約2分の1程度といわれており、普及に関する課題がある（北野，1996）。個人因子とも関連するが、高齢者が感覚の衰えをどのように認識し、補聴器に対する態度はどのようなものなのかを調査し、補聴器の調整には数ヶ月の時間を要するといった知識を提供しなければならないだろう。

また、補聴器の装用ですべて解決されるのではない。Skelton（1984）が述べているように、難聴の対応には医学的と非医学的なアプローチが必要であり、しかも長期にわたるマネジメントが必要なため、家族や周囲の人々が協力をしなければならない。こういった人的環境因子に関する研究が不足している。

2. 2. 4 生活機能と個人因子の相互作用

加齢に従い聴力が衰えることは一般的であるが、一方で、加齢に伴う聴力変化には個人差が大きく（下方，2008；内田ら，2012）、高齢になっても聴力を良好に維持している高齢者たちの存在も報告されている（内田ら，2012）。その個人差に関して、糖尿病、虚血

性心疾患、腎疾患などの疾患を有していることが難聴と関連していることもわかっている（内田ら，2004）。また、仕事等で騒音に曝されていた期間が長いと、難聴になる危険性も高まる（鈴木・小林，2001）。

聴力の低下は徐々に進行し、しかも音は目に見えない存在のため、聞こえていないものは存在しないと認識するため、本人に難聴の自覚がないことが多い（岡本，1998）。また、気づいたとしても高齢になれば耳が遠くなるのも当たり前と諦めてしまったり、通院が面倒といったことも考えられる。荒尾ら（2008）の研究によると、高齢者には補聴器装用への抵抗感があり、その背景には受容しがたい感覚と補聴器への暗いイメージがあると分析している。また、金沢市における聴力検診事業の結果をまとめた研究（安田・古川，2009）でも、補聴器装用に対して消極的な高齢者の姿が浮き彫りになっている。しかし、このような感覚の衰えに対し、高齢者たちがどのように感じ、考え、行動するかといったことはあまり明らかになっていない。

つまり、物的環境要因を提供すればよいという単純なことではなく、個人要因として、難聴や補聴器に対する考え方や態度も考慮しなければならない。物理的に病院が遠くて受診が困難なのか、それとも難聴や補聴器に関する正しい知識がないために受診の必要がないと思っているのか、あるいはこれも発達の過程で適応的な反応とみるべきなのかは、明らかになっていない。Baltes et. al.（1980）は、高齢になると心身の機能低下という喪失があるが、それを認め、残された機能や資源をうまく活用して幸せに生きることが、適応の一般的なプロセスと考え、補償を伴う選択的最適化理論（Selective Optimization with Compensation：以下SOC）を提唱した。SOC理論では、選択、最適化、補償という3つの要素が仮定されている。選択とは、これまで自分の行ってきた多くの活動のなかから、自分にとって重要かつ意味のある領域を選ぶことである。領域を狭めることによって、現状に即した生活の方向づけをするのである。最適化とは、選んだ活動領域にまだ残っている機能や資源を集中的に投入して、新しい目標達成に向けて努力をすることである。つまり、選択した狭い領域への適応の機会を増やすということである。補償とは、失った機能を他の機能や資源で補うことで、目標を達成しようとする。つまり、新しい方法や手段を得ることである。したがって、高齢期の聴力低下を認め、活動の範囲を身近な範囲に狭め、残存能力を使いながら新しい方法でコミュニケーションをとることが、適応的なものかもしれない。しかし、これも今後の研究課題といえよう。

聴力を補償するために、補聴器が有効であることは間違いないが、補聴器や人工内耳を装用したとしても、若い時のようなクリアな聴力が得られるわけではない。加齢とともに、時間分解能が低下する。この時間分解能の機能低下に関しては、補聴器で補うことができない（山嵜・越智，2014）。したがって、周囲の人間に「ゆっくりと話をしてもらおう」というコミュニケーション・ストラテジーが有効である（鈴木ら，2002）。

コミュニケーション・ストラテジーとは、相手のことばが理解できないといった場合に、

どのような行動をとるかといった方略のことで、例えば、相手に近づくことやもう一度言ってほしいと相手に伝えるなどがあげられる。難聴高齢者がとるコミュニケーション・ストラテジーには、コミュニケーションを促進する適応的ストラテジーと、促進しない非適応的なストラテジーが存在する (Demorest & Erdman, 1987; Gomez & Madey, 2001)。適応的ストラテジーには、言語的と非言語的方略がある。言語的ストラテジーとしては、「相手に話を繰り返してもらおうように依頼をする」、「自分が難聴であることを相手に説明する」などがある。非言語的ストラテジーは、「相手の表情に注目する」、「よく聞こえる場所に移動する」、などである。鈴木ら (2002) は、補聴器装用の効果を調べるために、独自の質問紙「きこえの質問紙 2002」を作成し、その中で、コミュニケーション・ストラテジー尺度として、8項目をあげている (表 1 参照)。この中にはここにあげられているような言語的、非言語的ストラテジーが含まれている。適切なコミュニケーション・ストラテジーをとることを学習することで、聴覚リハビリテーションの効果が期待されている (岡本, 1998)。残存能力を活かしつつ、日常のコミュニケーションの中での工夫が不可欠になる。Demorest & Erdman (1987) によると、非言語的ストラテジーの方が、言語的よりも頻繁に使われている。一方、非適応的なストラテジーは、「わかったふりをする」、「会話を避ける」などであり、コミュニケーションを促進せず、非適応的である (Demorest & Erdman, 1987)。しかし、Lillemor et.al (1991) の研究では、有効と思われるコミュニケーション・ストラテジーであっても、難聴者本人が自覚する聴覚ハンディキャップは重くなっていた。したがって、本人がどのような価値観で何を望んでいるかということも関わってくると考えられる。

齋藤・矢島 (2005) は、ストレス認知モデル (Lazarus & Folkman, 1984) を基に、難聴高齢者のとる聴力低下に対する対処方略が、精神的健康にどのような影響を及ぼすかを検討した。その結果、対処方略には、問題解決型、情動調整型、回避型の3つがあった。問題解決型は、書いてもらう、周りの人にたずねる、ゆっくりと大きな声で話してもらうなど、積極的に問題解決を行うタイプである。情動調整型は、聞き取れなくても気にしない、聞こえが悪くなったことについて、くよくよ考えないといった、周囲に働きかけるのではなく、自分の感情を調節するタイプである。回避型は、会話に加わらない、できるだけ人と接しない、友人や知人の付き合いを避けるといったタイプである。齋藤らの研究では、情動調整型のみ、精神的健康の悪化と有意な関連性が認められ、問題解決型も回避型も精神的健康と有意な関連性はなかったとある。どのような対処方略をとるということだけでなく、対処可能性の程度や周囲からのサポートを得られるかの認識によっても、精神健康度は影響されると考える。この部分に関しては、その後は検討されていない。

三邊・杉内 (2014) が述べているように、自助努力にも限界があるので、本人以外の要素、つまり周囲の人々の支援の在り方が大きく影響する。例えば、山口 (2003) は「何度聞き返しても嫌な顔をせず話してくれるような人であれば、コミュニケーションを交わすのがラクになる」と述べている。周囲から理解が得られれば、ネガティブな精神的影響

は緩和される。したがって、本人のコミュニケーション・ストラテジーと周囲の対応は密接に関連していると考えられる。

ここまでの先行研究で、聴力低下への対処では、補聴器の使用が有効であることが明らかになっている。しかしその効果にも限りがあるため、背景要因のうち、個人因子では本人が行えるコミュニケーション・ストラテジーが、環境因子では人的環境、特に周囲による配慮等が重要になっている。しかし、日本におけるこれまでの研究の大きな問題点は、これらの実証的研究が少ないことである。いくつかの研究で、望ましいと言われているコミュニケーションはあるが、その根拠となる研究は示されていないことが多い。今後は、どのようなコミュニケーション方法が適切なのかどうかを確認する必要がある。そのために、まず、推奨されているコミュニケーションについて概観する。

3 コミュニケーションに関する背景要因

3.1 個人因子：コミュニケーション・ストラテジー

前述のとおり、コミュニケーション・ストラテジーには実証的な研究は少ないが、1990年から2014年までの文献で、適応的なコミュニケーション・ストラテジーとして推奨されているものを、抜き出し、Demorestらの研究を基に、一覧表にまとめたものが表1である。ただし、鈴木（2002）は難聴ハンディキャップや補聴評価に関する国内外の質問紙から項目を収集・整理し、予備調査を行い作成している。表1をみると、相手の表情や身振りに注目するといった非言語的なものと、聞き取りづらいときは遠慮なく繰り返してもらったり必要なときは書いてもらうなど、相手への依頼をするといった言語的なものがある。これらはいずれも効果的と考えられている。

手話・指文字も効果的としてあげられている（北野，1996）が、加齢性難聴者は話し言葉を使用して生活してきたため、手話・指文字は学習していない。高齢になってから新しいことを学習することは困難である。したがって、手話や指文字を学習するのは効果的でないと考えられる。この点は検証すべき項目である。

話し方に関しては、後述する周囲の人々のコミュニケーション上の工夫に、「ゆっくり」と「はっきり」はあるが、「大きく」は指摘している研究は少ない。加齢性難聴は、リクルートメント現象があり、特に補聴器を装着している場合、大きな声では余計聞こえにくくなるためと考えられる。「ゆっくり」「はっきり」と「自然な大きさ」で十分なのである（北野，1996；難聴高齢者サポートハンドブック，2001）。また、同じことを繰り返して話してもらうのは、適切とはいえない。わからなかった場合は、「言い換えてもらう」方が適切である（北野，1996；McConnell，1998，2002）。一方、一覧表にあるような効果的といわれているようなストラテジーであっても、その効果を実証的に検証している研究は少ない。今後、どのようなケースでどのようなストラテジーが効果的なのかを検討する必要がある。

表1 効果的と考えられているコミュニケーション・ストラテジー

分類	内容	セルビー&グリ フェイス(1991)	北野 (1996)	鈴木ら (2002)	デューガン (2007)	
個人因子 (本人が気をつけること、 コミュニケーション・ ストラテジー)	非言語的	唇の動き、顔の表情、身振りなどが手がかりになる (視覚的な手がかりを探す)	○			○
		読話(読唇術)を学ぶ	○	○		
		話者の顔を良く見る/相手の口元を見る	○		○	
		聞き取りにくい時は、話している人に近づく			○	
		うるさくて会話が聞こえない時は、静かな所に移る			○	
	言語的	聞き取りづらいときには、遠慮せず繰り返してもらう/もう一度繰り返してくれるよう頼む	○		○	
		話が聞き取れなかったときは、近くの人に尋ねる			○	
		必要な場合は書いてもらう				○
		手話と指文字		○		
		話や話し手に集中する				○
		ゆっくりはっきり話してくれるよう頼む			○	
		相手の言葉を聞こえた通りに繰り返す			○	
		話し手に必要なことを依頼する				○
	聞こえにくいことを言葉で伝える			○		
	専門家の 勧め	専門家のアドバイスを受ける	○			
医師の勧めがあれば補聴器を使う		○				

3. 2 環境因子

環境因子についても、1990 から 2014 年までの文献で、難聴高齢者に対する周囲の人々の望ましい対応に関する記述を抜き出し、物的要因(表2)と人的要因(表3)に分類した。なお、McConnell(1998, 2002)は、看護師が難聴高齢患者と接するときの留意点を示しており、それ以外は家族、介護士を含めて一般的に、難聴高齢者に対し配慮すべき点である。

3. 2. 1 物的要因

物的要因は聞こえを補償するさまざまな機器やツールである(表2参照)。4つの文献で補聴器をあげている。続いて、メールやインターネット、字幕放送、シルバーホーン、ファックス、光や振動を利用したチャイム、磁気ループシステムなどがあげられている。これらのツールの中には、光や振動を利用したチャイム、筆談用具、耳マークなどのように、個人で利用できるものもあれば、磁気ループシステムや電気通信リレー・サービスなど社会的に整備しなければならないものも含まれている。また、一般にはあまり知られていないものも含まれている。今後は、これらをどのように普及させていくかという研究が必要であろう。

表2 コミュニケーション上の工夫（物的要因）

	分類	内容	セルビー&グリ フィス(1991)	北野(1996)	McConnell (1998)	McConnell (2002)	難聴高齢者サ ポートハンド ブック(2001)	デューガン (2007)	WHOのQ&A (2012)	
物的要因	様々な補償機器・ 道具	補聴器	○	○			○	○		
		メール、インターネット		○			○	○		
		字幕放送等		○			○	○		
		拡声機能内蔵電話機(シルバーホーン)		○			○	○		
		人工内耳		○				○		
		ファックス		○			○			
		光や振動を利用したチャイム等					○	○		
		磁気ループシステム、赤外線システム、FMシステムなど		○				○		
		筆談用具(ボード)						○		
		聴導犬							○	
		耳マーク						○		
		カード						○		
		電気通信リレーサービス							○	
		環境を整える	補聴器の 確認	耳垢などが原因していないか、補聴器で改善できないか医師の診断を受ける	○					
補聴器は定期的にチェックする	○									
雑音除去	補聴器やメガネの装用者であるときには、装用しているかを確認			○	○	○				
	テレビやラジオを消すなど、背景雑音を小さくする		○		○	○	○	○	○	
	視覚的に雑音をなくす						○			

また、会話を開始する前の準備として「環境を整える」ことがあげられる。耳垢や補聴器のバッテリー状況に関しては、高齢者自身がチェックすることが困難な場合がある。したがって、家族や看護師、介護士など、周囲の人々の配慮が必要である。また、周囲の雑音を減らす努力に関しては、指摘している研究数が最も多い。高齢になると、背景雑音下での聞き取りが低下することは、Slawinski et.al (1993) の研究でも確かめられている。周辺雑音を減らすことは、必須条件と考えても良いだろう。さらに視覚的にも気が散りやすいものを片付けておくといった、視覚的雑音を取り除くこともあげられている。しかし、これらの会話準備に関しても、どの程度一般的に知られているのかは不明であり、一般に周知する方法も検討すべきである。

表3 コミュニケーション上の工夫（人的要因）

	分類	内容	セルビー&グリ フィス(1991)	北野(1996)	McConnell (1998)	McConnell (2002)	難聴高齢者サ ポートハンド ブック(2001)	チューガン (2007)	WHOのQ&A (2012)	
人的要因	言語的	文章は短く、単語は平易に		○	○	○	○			
		わからないときは繰り返すよりも言い換える		○	○	○		○		
		わからないとき、繰り返したり、手がかりの言葉をいれる						○		
		質問は選択肢を設ける						○		
		わからないときは書く		○	○	○	○			
		大切なことは書いて渡す						○		
	準言語	はっきり話す(明瞭に、区切って)	○	○				○	○	○
		ゆっくり話す	○	○	○	○	○	○	○	
		誇張しない(過度に強調しない)	○	○	○	○			○	
		叫ばない	○		○	○			○	○
		声は自然な大ききで		○				○		
		大きな声で(ただし、叫ばない)						○(補聴器をつけていない場合)		○
		声が高い人は、甲高い声にならないように注意する	○							
	語尾、文末で声を小さくしない		○							
	非言語	相手のほうを見て話す(相手に顔を向ける)	○		○	○	○	○	○	○
		話す前に注意をひく、突然話しかけない		○	○	○	○	○	○	
		離れすぎず、近づきすぎず適切な距離をとる	○	○						
		相手が答えるために十分な時間をとる	○	○						
		聞こえ方の傾向に応じた配慮(聞きやすい側に向けて話す)	○					○		
		ジェスチャーを使う		○		○	○			
		静かな場所で明かりが話者の顔を照らす位置		○	○	○				○
		まず、近づく						○		
		口元を隠さない							○	
		顔が隠れたり、影になつたりしない								○
	態度・マナー	話を理解しているかどうか確認をする		○	○			○		
		話すときはタバコをすったり、ガムを噛んだりしない(口の中がいっぱいになるときに話をしない)		○	○		○			○
		できるだけ忍耐強く理解するよう努める	○							
		聞こえないことと知的能力がないことを混同しない	○							
		話す前に話のトピックを簡単に伝える		○						
		トピックが変わるときはそれを伝える		○						
		相手の話が理解できたことを伝えるため、時折相手の話の内容を短い文章で要約して相手にもどす		○						
		相手の話が理解できないときは、繰り返してもらおうか書いてもらうなどして、理解しないままで話を流さない		○						
		できるだけ一対一で。(グループ内での話は聴きづらい)		○						
会話の輪からはずさない							○			
路上では大声で話さない							○			
個人を尊重する誠実な態度							○			
プライバシーへの配慮							○			
聞き返ししやすい雰囲気をつくる							○			
直接話をする								○		
補聴器をつけていたとしても、聞こえに困難があることを心に留めておく					○					

3. 2. 2 周囲が行う工夫・配慮

コミュニケーション上の工夫では、人的要因に関する記述が最も多い(表2、表3参照)。また、多くの項目が複数の研究で取り上げられている。これらの記述は難聴高齢者の周囲の人々が行うべきコミュニケーション上の工夫・配慮であり、言語的、準言語的、非言語的、態度・マナーに分類できた。

言語的配慮は、「文章は短く、単語は平易に」、「わからないときは言い換える」、「わからないときは書く」などが多くの研究において、繰り返し取り上げられている。高齢者に話が伝わらないときの方法は、単純に繰り返すだけではなく、平易な単語に言い換えたり、筆談をしたりが効果的と考えられる。しかし、一般的にあまり知られていないこともあろう。例えば、高齢者施設において、職種や経験の違いによって、老人性難聴への対応方法が異なるかを明らかにした長尾ら(2003)の研究では、筆談の割合は経験によって増加していた。3年以上の経験者では42%であるが、半年未満は16%、学生はわずか5%に過ぎなかった。経験から筆談の有効性を学んでいると考えられるが、このような研究からより適切なコミュニケーション方法について、研究者が発信していく責務がある。

準言語とは、音声に含まれる言語情報以外のもので、声のトーンや口調などをいう。「はっきり話す」、「ゆっくり話す」、「叫ばない」、「自然な声の大きさで」、といった声の調子についての配慮をあげている研究が最も多かった。大学生を対象にした佐野(2012)の研究では、文章完成法により、難聴高齢者とのコミュニケーションの工夫を聞いているが、声の調子については、最も多い記述あり、一般にも周知されていると考えられる。ただし、「大きな声で」が望ましい対応と思っている場合もあり、有効な方法を明確に示していく必要がある。

非言語的配慮としては、「近づき」、「話す前に注意をひき、突然話しかけない」、「話す前にトピックスを伝える」など、話す前に高齢者の注意をひくという行動や、「相手のほうを見て話す(相手に顔を向ける)」、「離れすぎず、近づきすぎず適切な距離をとる」、「静かな場所で明かりが話者の顔を照らす位置に来るように」といった、コミュニケーションをする際の場所や位置についての気遣いの記述があった。また、「ジェスチャーを使う」、「口元を隠さない」のように、非言語によって言語情報を伝わりやすくする工夫もあげられている。

態度・マナーは、一般的にコミュニケーションのマナーとして言われているような、「口の中がいっぱいのときに話をしない」、「会話の輪からはずさない」「直接話をする」などがあげられている。他には、「話を理解しているかどうか確認をする」、「相手が答えるために十分な時間をとる」といった、高齢者への配慮があった。

このようにリストアップすることはできるが、人間関係も含めた場合、どれが望ましい対応かは、あまり明らかになっていない。例えば、施設や病院の介護士や看護師が、子どもに話しかけるような口調で高齢者に話しかけることがある。これを **Elderspeak** と呼ぶ

(Kemper & Harden, 1999)。健聴の高齢者たちを対象とした Elderspeak のネガティブな影響を主張する研究は数多くある (Williams, et. al., 2004)。しかし、O'Connor & Pierre (2004) によれば、Elderspeak を話す話者が家族や親しい介護者などであれば、暖かい印象があり、見知らぬ介護者であれば、悪い印象がある。それと同じようにコミュニケーション上の配慮も、周囲との人間関係によって印象が異なるかもしれない。

難聴高齢者とのコミュニケーション上の工夫や配慮について、先行研究を概観したが、一部の例外を除いて、エビデンスが不明な項目が多い。例えば、「口元を隠さない」に関しては、飯干 (2012) が確認をしている。アルツハイマー病の聴覚障害型コミュニケーション障害を対象に調査を行ったところ、口形提示が中等度から重度の聴覚障害を伴うアルツハイマー病に顕著な効果を認めた。この研究が従来から一般にいられている方法を、実験によりその効果を証明した意義は大きい。このように、周囲が行うコミュニケーション上の工夫について、実証的に検討することと、その結果を一般に周知していくことが今後の課題であると考えられる。筆談に関しても、どの程度の文字の大きさ太さが必要なのか、高齢者と若年者では適したサイズや文字の太さが異なっていると考えられる。このような具体的な検討と、それらを広く伝えていくことが課題である。

4 まとめ

本研究では、ICF モデルの立場から、先行研究を概観し以下のことが明らかになった。ICF モデルの3つの生活機能レベル間と健康状態の間に相互関係があり、聞こえないことによって日常の活動が減少したり、抑うつ状態になったり、認知機能が衰えたりといった悪循環を形成する危険性がある。これらの悪循環を防ぐには、聞こえを改善するための補聴器の装用が第1の選択肢となる。補聴器の有効性は多くの研究で確認されており、聴覚の遅発性廃用を防ぐだけでなく、精神的健康にも、認知機能の回復にも寄与している。しかし、補聴器の効用には限界があるため、背景因子が極めて重要となる。背景要因のなかの個人因子に関しては、加齢性難聴の発症と関連する要因として、年齢、生活歴、基礎疾患等が関係していることが明らかになっている。

しかし、心理的な要因、例えば、聴力の衰えを自覚したときに、それをどのように認識しているか、補聴器に対しどのような印象を持っているのか、また難聴や補聴器に関してどの程度の知識があるのか、聞こえを補償するための工夫やコミュニケーション・ストラテジーはどのようなものを持っているか、そしてそのストラテジーによって、生活機能レベルがどのように変化するかなどは明らかになっていない。今後の研究が期待される。さらに、適応的と思われるコミュニケーション・ストラテジーでも、人によっては効果がない場合がある (Lillemor et.al., 1991)。「聞こえないことを相手に伝える」あるいは「聞こえないときは何度も繰り返してもらおうよう相手にお願いをする」といった、望ましいと思われるコミュニケー

ション・ストラテジーでも、人によってはそれを負担に感じてしまう人もいるのではないかと考えられる。コミュニケーション・ストラテジー研究は、聴覚リハビリテーションの分野だけでなく、より心理学的なアプローチも必要になるだろう。個人の性格や価値観などを含めて、これらを学際的に検討することが望まれる。

また、もう1つの背景要因である環境因子のうち、誰もが少しの努力により改善できるコミュニケーションを検討することは今後の重要な課題である。難聴高齢者とコミュニケーションをとる際の工夫や配慮に関しては、エビデンスが少ないのが現状である。どのような工夫や配慮があり、難聴高齢者のタイプや会話の場所等によって、どの方法が効果的であるかについて、今後の検討が望まれる。さらにその研究成果を広く伝えていくことが急務であると考えられる。

【参考文献】

- 荒尾はるみ・立石志保子・福島隆匡（2008）地域開業医における高齢者補聴の実態—高齢者に望まれる補聴とそのための一工夫, *Audiology Japan*, **51**, 142-148.
- Baltes, P., & Baltes, M.(1990) Psychological perspectives on successful ageing: The model of selective optimization with compensation, Baltes,P., & Baltes, M., (ed.), *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*, the Press Syndicate of the University of Cambridge, 1-34.
- Bance, M. (2007) "Hearing and aging," *Canadian Medical Association Journal*, 176.7, 925-927.
- Boi, R., Racca, L., Cavallero, A., Carpaneto, V., Racca, M., Dall'Acqua, F., Ricchetti, M., Stantelli, A., & Odetti, P.(2012) Hearing loss and depressive symptoms in elderly patients, *Geriatrics & Gerontology International*, **12**, 440-445.
- Dalton, D., Cruickshanks, K., Klein, B., Klein, R., Wiley, T., & Nondahl, D. (2003) "The Impact of Hearing Loss on Quality of Life in Older Adults," *The Gerontologist*, **43**(5), 661-668.
- Demorest, M. E., & Erdman, S. A. (1987) Development of the communication profile for the hearing impaired, *Journal of Speech and Hearing Disorders*, **52**, 129-143.
- デューガン, M.B (著) 中野善達 (監修) 栗栖朱湊 (訳) (2007) 『難聴者・中途失調者のためのサポートガイドブック』 明石書店 (Dugan, M.B.(2003) *Living with hearing loss*, Gallaudet University Press.)
- Gomez, R. G., & Madey, S. F. (2001) Coping-with-hearing-loss model for older adults, *The Journals of Gerontology*, **56B**(4), 223-225.
- Herbst, K.G., & Humphrey, C.(1980) Hearing impairment and mental state in the elderly living at home, *British Medical Journal*, **281**, 903-905.
- 星山伸夫 (2006) 難聴をともなう認知症高齢者の残存聴力を活用したコミュニケーションケア・プログラムの効果, *総合ケア*, **16** (2), 86-90.
- 飯干紀代子 (2012) コミュニケーション支援におけるエビデンスの可能性—言語聴覚士の立場から自験

- 例を通して一，高次脳機能研究，**32** (3), 468-476.
- 伊藤壽一・中川隆之（2005）『難聴 Q&A』，ミネルヴァ書房.
- 鎌田篤子・長尾哲男・田平隆行（2004）介護老人保健施設における言語聴覚士の老人性難聴者への関り方一病院に勤務する言語聴覚士との比較，長崎大学医学部保健学科紀要，**17**(2), 27-31.
- Kemper S., & Harden, T. (1999) Experimentally disentangling what's beneficial about elderspeak from what's not, *Psychology and Aging*, **14**(4), 656-670.
- 河野淳（1993）高度難聴者の補聴器による聴覚補償とその評価法，日本耳鼻咽喉科学会会報，**96**(3), 466-477.
- 厚生労働省大臣官房統計情報部編（2007）『生活機能分類の活用に向けて』，厚生統計協会.
- 厚生労働省ホームページ 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課『「国際生活機能分類一国際障害分類改訂版一」（日本語版）の厚生労働省ホームページ掲載について』（2002年8月5日），
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0805-1.html>，（参照，2014年9月30日）.
- 北野庸子（1996）老人性難聴とコミュニケーション一高齢化社会に向けて一，東海大学健康科学部紀要，**2**, 53-58.
- 倉内典子（2010）「成人の評価」，中村公枝・城間将江・鈴木恵子『標準言語聴覚障害学 聴覚障害学』，医学書院，135-152.
- Lillemor. R., Halberg, M., & Carlsson, S. G.(1991) Hearing impairment, coping and perceived hearing handicap in middle-aged subjects with acquired hearing loss, *British Journal of Audiology*, **25**, 323-330.
- Lin, F.R., Ferrucci, L., Metter, E.J., An, Y., Zonderman, A.B., & Resnick, S.M. (2011) Hearing loss and cognition in the Baltimore longitudinal study of Aging, *Neuropsychology*, **25**(6), 763-770.
- McConnell. E. A. (1998) Clinical Do's & Don'ts: Communicating with a hearing-impaired patient. *Nursing*, **28**, 32.
- McConnell. E. A. (2002) Clinical Do's & Don'ts: How to converse with a hearing-impaired patient. *Nursing*, **32**, 20.
- 宮北隆志・上田厚（2001）地域中高年者における聴力障害の自己評価と QOL の構成要素との関連，日本農村医学会雑誌，**50** (1), 29-39.
- 森尚彫・森壽子・川崎美香・黒田生子・藤本政明（2008）当院における高齢者の補聴器装用の現状，*Audiology Japan*, **51**, 130-141.
- 長尾哲男・鎌田篤子・東登志夫（2003）老人性難聴者の聞こえ方の理解と対応方法の調査一高齢者施設における職種別調査から，長崎大学医学部保健学科紀要，**16**(2), 121-126.
- 中村公枝（2010）「聴覚障害とはなにか」，中村公枝・城間将江・鈴木恵子『標準言語聴覚障害学 聴覚障害学』，医学書院，7-13.
- 中野雄一（2009）『言語聴覚士のための講義ノート「成人聴覚障害」』，考古堂書店，28.
- 中野善達・吉野公喜（編）（1999）『聴覚障害の心理』，他研出版，26-27.
- 難聴高齢者のサポートを考える研究会（編著）（2001）『難聴高齢者サポートハンドブック』日本医療企画.
- 西村忠己・吉田悠加・細井裕司（2008）高齢者の補聴器装用希望者の聞こえに関する自己評価と家族評価，*Audiology Japan*, **51**, 123-129.

- 野田寛 (1997) 難聴の自覚に関する検討, *Audiology Japan*, **40**(5), 35-36.
- 野々山勉・鶴岡弘美・朝日ゆかり・間島雄一・増田佐和子・原田輝彦・板倉康夫 (2000) 当科における補聴器外来の現況, *Audiology Japan*, **43**, 617-625.
- O'Connor, B., & Sr. Pierre, E. S. (2004) Older persons' perceptions of the frequency and meaning of elderspeak from family, friends, and service workers, *International Journal of Aging and Human Development*, **58**(3), 197-221.
- 岡本牧人 (1998) 高齢者の聴覚障害①老人性難聴 耳鼻咽喉科・頭頸部疾患, **70**(5), 7-11.
- 相楽多恵子 (2007) 「高齢聴覚障害者」, 人間と科学 県立広島大学保健福祉学部誌, **7**(1): 9-15.
- Saito, H., Nishiwaki, Y., Michikawa, T., Kikuchi, Y., Mizutari, K., Takebayashi, T., & Ogawa K. (2010) Hearing handicap predicts the development of depressive symptoms after 3 years in older community-dwelling Japanese, *Journal of American Geriatrics Society*, **58**(1), 93-97.
- 齋藤友介・矢島裕樹 (2005) 難聴高齢者における聴力低下に対する対処方略が精神的健康におよぼす影響, 日本保健科学学会誌, **8**(2), 89-97.
- 佐野智子 (2012) 難聴高齢者とのコミュニケーションに関する予備的研究: 大学生が考えるコミュニケーションの工夫, 星美学園短期大学研究論叢, **44**, 1-11.
- 三邊武幸・杉内智子 (2014) 聴覚に関わる社会医学的諸問題 「聴覚障害に対するリハビリテーション」 *Audiology Japan*, **57**, 221-229.
- 佐藤正美 (1998) 老年期の感覚機能・聴覚, 老年精神医学雑誌, **9**(7), 771-774.
- セルビー, P. & グリフィス, A. (著) 矢野目雅子・小林博 (訳) (1991) 『ガイドブック 上手に老いるには』 岩波書店 (Selby, P., & Griffiths, A. (1986) "A guide to successful aging Preparing, Coping, and Caring" The International Health Foundation.)
- 下方浩史 (2008) 高齢者の聴力に個人差が大きいのはなぜかー全身の老化との関係においてー, *Audiology Japan*, **51**, 177-184.
- 障害者福祉研究会 (2002) 「ICF 国際生活機能分類ー国際障害分類改訂版ー」 中央法規出版.
- Silman S., Gelfand S.A., & Silverman C.A. (1984) Late-onset auditory deprivation: effects of monaural versus binaural hearing aids, *Journal of Acoustical Society of America*, **76**, 1357-1362. Skelton D. (1984) Hearing impairment in the elderly, *Canadian family physician*, **30**, 611-615.
- Slawinski, E.B., Hartel, D.M., & Kline, D.W. (1993) Self-reported hearing problems in daily life throughout adulthood, *Psychology and Aging*, **8**, 552-561.
- Smith, S.M., & Kampfe, C. M. (1997) Interpersonal relationship implications of hearing loss in persons who are older, *Journal of Rehabilitation*, **63**(2), 15-21.
- 杉浦彩子・内田育恵・中島務・西田裕紀子・丹下智香子・安藤富士子・下方浩史 (2012) 高齢者の耳垢の頻度と認知機能, 聴力との関連, 日本老年医学会雑誌, **49**(3), 325-329.
- 杉浦むつみ・大前由紀雄・新名理恵・池田稔 (2000) 補聴器装着前後の心理的ストレスの評価, 日本耳鼻咽喉科学会会報, **103**, 922-927.

- Sumi, E., Takechi, H., Wada, T., Ishine, M., Wakatsuki, Y., Murayama, T., Yokode, M., Tanaka, M., Kita, T., Matsubayashi, K., & Arai, H. (2006) Comprehensive geriatric assessment for outpatients is important for the detection of functional disabilities and depressive symptoms associated with sensory impairment as well as for the screening of cognitive impairment, *Geriatrics & Gerontology International*, **6**, 94-100.
- 鈴木淳一・小林武夫 (2001) 『耳科学』, 中公新書.
- 鈴木恵子・岡本牧人・原由紀・松平登志正・佐野肇・岡本朗子 (2002) 補聴効果評価のための質問紙の作成, *Audiology Japan*, **45**, 89-101.
- 鈴木恵子・原由紀・岡本牧人 (2002) 難聴者による聴覚障害の自己評価－「きこえについての質問紙」の解析, *Audiology Japan*, **45**, 704-715.
- 鈴木恵子・岡本牧人・鈴木牧彦・佐野肇・原由紀・井上理絵・大沼幸恵・上條貴裕・猪健志 (2009) 補聴器適合検査としての『きこえについての質問紙 2002』の応用に関する検討, *Audiology Japan*, **52**, 588-595.
- 鈴木恵子 (2010) 「成人の指導・訓練」, 中村公枝・城間将江・鈴木恵子『標準言語聴覚障害学聴覚障害学』, 医学書院, 255-279
- 鈴木光也 (2010) 「加齢性難聴」, 小川郁 (編)『よくわかる聴覚障害－難聴と耳鳴のすべて』, 永井書店, 203-209.
- 総務省統計局ホームページ「高齢者の人口」, <http://www.stat.go.jp/data/topics/topi721.htm> (参照 2013年12月1日).
- 立木孝・笹森史朗・南吉昇・一戸孝七・村井和夫・村井盛子・河嶋寛 (2002) 日本人聴力の加齢変化の研究, *Audiology Japan*, **45**, 241-250.
- 鶴岡弘美・増田佐和子・臼井智子・服部琢・竹内万彦 (2009) 人工内耳装用効果についての検討－自己評価と家族による評価, *Audiology Japan*, **52**, 571-579.
- 内田育恵 (2007) 難聴－高齢者, 現代医学, **55** (1), 137-141.
- 内田育恵 (2013) 加齢性難聴患者へのアドバイス, 日本耳鼻咽喉学会会報, **116** (10), 1144-1145.
- 内田育恵・中島務・新野直明・安藤富士子・下方浩史 (2004) 加齢および全身性基礎疾患の聴力障害に及ぼす影響, *Otology Japan*, **14**, 708-713.
- 内田育恵・杉浦彩子・中島務・安藤富士子・下方浩史 (2012) 全国高齢難聴者数推計と10年後の年齢別難聴発症率－老化に関する長期縦断疫学研究 (NILS-LSA) より, 日本老年医学会雑誌, **49**(2): 222-227
- 上田敏 (2002) 「国際障害分類初版 (ICIDH) から国際生活機能分類 (ICF) へ－改訂の経過・趣旨・内容・特徴－」『月刊「ノーマライゼーション障害者の福祉」』障害保健福祉研究情報システムホームページ, http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/prdl/jsrd/norma/n251/n251_01-01.html (参照 2014年9月30日).
- 上田敏 (2005) 『ICF (国際生活機能分類) の理解と活用－一人が「生きること」「生きることの困難 (障害) をどうとらえるか』, 萌文社.
- Ventry, I. M., & Weinstein, B. E. (1982) The Hearing Handicap Inventory for the Elderly: a New Tool, *Ear and*

Hearing, **3**(3), 128-134.

WHO ホームページ Media Centre Fact sheet No300 Deafness and hearing loss

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/index.html> (参照 2013年12月1日).

WHO ホームページ Age-related hearing loss(presbycusis) Online Q & A

<http://www.who.int/features/qa/83/en/index.html> (参照 2013年12月1日).

WHO ホームページ Prevention of blindness and deafness Grades of hearing impairment

http://www.who.int/pbd/deafness/hearing_impairment_grades/en/ (参照 2014年12月28日).

Williams, K., Kemper, S., & Hummert, M. L. (2004) Enhancing communication with older adults, *Journal of Gerontological Nursing*, **30**, 17-25.

八木昌人・川端五十鈴・佐藤恒正・鳥山稔・山下公一・牧嶋和見・村井和夫・原田勇彦・岡本牧人 (1996)

高齢者の聴力の実態について, 日本耳鼻咽喉科学会会報, **99**(6), 869-874.

矢嶋弘樹・間三千夫・中嶋和夫・河野淳・碓田猛真・巖良弘・榎本雅夫・北野博也 (2004) 難聴高齢者

の聴力低下が精神的健康に及ぼす影響, *Audiology Japan*, **47**, 149-156.

山口利勝 (2003) 『中途失聴者と難聴者の世界—見かけは健常者, 気づかれない障害者』, 一橋出版.

山嵜達也・越智篤 (2014) 聴覚に関わる社会医学的諸問題「加齢に伴う聴覚障害」, *Audiology Japan*, **57**, 52-62.

柳田則之・中島務・草刈潤・伊藤善哉・市川銀一郎・山川卓也・鳥山稔・岡本牧人・稲福繁・齋藤春雄・

副島宏美 (1996) 一般高齢者 75 歳以上の純音聴力, *Audiology Japan*, **39**, 722-727.

安田健二・古川侃 (2009) 聴力検診における高齢者の聴力の実態—金沢市聴力検診事業 (2000 年~2005 年),

日本耳鼻咽喉科学会会報, **112**, 73-81.

横尾美希・原祥子 (2011) 急性期病院に入院している難聴高齢者の難聴に由来する体験, 日本老年看護

学会誌, **16**(1), 66-74.

吉田悠加・西村忠己・細井裕司 (2007) 補聴器装用が心理・社会的側面に与える影響, *Audiology Japan*,

50, 52-60.

Communication with Elder People Who Have Hearing Loss : From the viewpoint of ICF Model

Tomoko Sano, Keiko Morita, Hisao Osada

Abstract

Hearing loss, a major health concern throughout the world, affects the lives of many older adults. They experience difficulties communicating with others as well as psychosocial issues related to hearing loss. This study presented an overview of research conducted on hearing loss and communication strategies among older adults, from the viewpoint of ICF Model. According to the ICF Model, it is very important to figure out the personal factors and the environmental factors which compensate hearing loss. Some previous studies indicated practical ways of communicating with older adults who have hearing loss, however, they have not been thoroughly examined. Therefore, there is the need for more studies focusing on communication methods in the near future. The implementation of educational programs addressing hearing loss, hearing aids, and communication methods based on empirical research is crucial to improve quality of life for older adults grappling with hearing loss on a daily basis.