

語音明瞭度検査(67-S語音)

H20年度(2008年) 耳の診察

耳鼻科ID: \_\_\_\_\_ 氏名: \_\_\_\_\_

検査日: 年 月 日  
検査者: 飯塚 市川 榎本 堀 高尾丸

|   |     |      |    |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|-----|------|----|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 右 | 第1表 | 入力音圧 | dB | 明瞭度 | % |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | あ   | き    | し  | た   | に | よ | じ | う | く | す | ね | は | り | ば | お | て | も | わ | と | が |
|   |     |      |    |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 左 | 第2表 | 入力音圧 | dB | 明瞭度 | % |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | き   | た    | よ  | う   | す | は | ば | て | わ | が | あ | し | に | じ | く | ね | り | お | も | と |
|   |     |      |    |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 右 | 第3表 | 入力音圧 | dB | 明瞭度 | % |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | に   | あ    | た  | き   | し | す | よ | く | じ | う | お | ね | ば | は | り | が | て | と | わ | も |
|   |     |      |    |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 左 | 第4表 | 入力音圧 | dB | 明瞭度 | % |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | て   | ね    | よ  | あ   | き | じ | は | も | し | う | り | わ | た | く | ば | と | に | す | お | が |
|   |     |      |    |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 右 | 第5表 | 入力音圧 | dB | 明瞭度 | % |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | ね   | あ    | て  | よ   | は | き | も | じ | り | し | わ | う | ば | た | と | く | お | に | が | す |
|   |     |      |    |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 左 | 第6表 | 入力音圧 | dB | 明瞭度 | % |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | に   | く    | り  | も   | て | あ | じ | は | と | が | わ | ね | う | お | ば | す | よ | し | た | き |
|   |     |      |    |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

最高明瞭度 右: 入力音圧 dB、明瞭度 % 左: 入力音圧 dB、明瞭度 %

語音明瞭度検査(67-S語音)

H20年度(2008年) 耳の診察

耳鼻科ID: \_\_\_\_\_ 氏名: \_\_\_\_\_

検査日: 年 月 日  
検査者: 飯塚 市川 榎本 堀 高尾丸

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

最高明瞭度 右: 入力音圧 dB、明瞭度 % 左: 入力音圧 dB、明瞭度 %

訪問番号 ( ) 耳鼻受診ID.( ) 名前 ( )

## HHIE screening

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き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
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
10. 親戚や友人とレストラン・食堂にいる時に、聞こえにくく困ることがありますか？  
 1 はい  2 時々ある

## H20年度(2008年)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   |
| 2月21日のお知らせ  |
| 場合により、高度難聴者へのお知らせ<br>医療機関紹介状(控えを封筒にいれて)<br>Informed consent |



## 予約票

\_\_\_\_\_さん

聞こえの状態を保つためには、定期的に耳の診察を受けて、補聴器をご自身の耳の状態にあうように、調整をしていく必要があります。必ず受診して下さい！

次回の診察は、

場所:高崎市倉渕支所 3階  
日時:2009年2月21日(土)

時間も予約制ではありません。診察時間は、曜日、倉渕支所市民福祉課 福祉担当(高津、栗原)よりご相談申し上げますのでお待ちください。

## “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、倉渕地域の「健康づくり事業」の一環として、高崎市倉渕支所市民福祉課、榛名・倉渕保健センターおよび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る。

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、市民福祉課福祉担当が対応致しますので、お問い合わせください。

問い合わせ:

倉渕支所市民福祉課 福祉担当  
☎ 378-4525(直通)

耳鼻ID:

### 再診時記入用紙

## 紹介状

先生 御机下

慶應義塾大学病院 耳鼻咽喉科 \_\_\_\_\_  
〒160-8582 新宿区信濃町35 (03)3353-1211

平素より大変お世話になっております。

(氏名) \_\_\_\_\_ (男・女)

(生年月日) \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( 歳)

をご紹介申し上げます。



# H20年度(2008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<br>(この1年間に) | 3. はい<br>(この1年より前に) |
| 左耳 | 1. いいえ | 2. はい<br>(この1年間に) | 3. はい<br>(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. ビーン | 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. 仕事中は忘れている | 3. 仕事中でも時々気になる | 4. 気になると仕事までできる | 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. 音色が変わる

|             |          |
|-------------|----------|
| 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 |
|--------------|--------------|

## 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<br>( 歳～ 歳)<br>まで 1日 ( 本) | 3. 今も吸っている<br>( 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<br>今は飲まない | 3. 飲むのは<br>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<br>( 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<br>( ) |
|-------|-------|----------|---------------|

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<br>(この1年間に) | 3. はい<br>(この1年より前に) |
|--------|-------------------|---------------------|

② がんと医師に言われた事がありますか

|        |                   |                     |
|--------|-------------------|---------------------|
| 1. いいえ | 2. はい<br>(この1年間に) | 3. はい<br>(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<br>(この1年間に) | 3. はい<br>(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、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<br>(この<br>1年間に) | 3. はい<br>(この1年<br>より前に) |
|--------|-----------------------|-------------------------|

左耳

|        |                       |                         |
|--------|-----------------------|-------------------------|
| 1. いいえ | 2. はい<br>(この<br>1年間に) | 3. はい<br>(この1年<br>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<br>以上 |
|--------|--------|--------------|

左耳

|        |        |              |
|--------|--------|--------------|
| 1. 1種類 | 2. 2種類 | 3. 3種類<br>以上 |
|--------|--------|--------------|

頭

|        |        |              |
|--------|--------|--------------|
| 1. 1種類 | 2. 2種類 | 3. 3種類<br>以上 |
|--------|--------|--------------|

今、一番気になる耳鳴は  
どんな音ですか

言葉に出してもらおう！



今、一番気になる耳鳴は  
高い音(キ～ン)ですか、  
低い音(ブ～ン)ですか

|        |        |                  |
|--------|--------|------------------|
| 1. 高い音 | 2. 低い音 | 3. どちらとも<br>言えない |
|--------|--------|------------------|

あなたはタバコを  
吸いますか



|                |  |                                    |
|----------------|--|------------------------------------|
| 1. 吸った<br>事がない | 2. 以前吸って<br>いてやめた<br>( )歳～( )歳<br>まで1日( )本 | 3. 今も<br>吸っている<br>( )歳から<br>1日( )本 |
|----------------|--|------------------------------------|

アルコール飲料を飲む頻度  
を教えてください



|        |                                      |                        |                        |                                |
|--------|--------------------------------------|------------------------|------------------------|--------------------------------|
| 1. いいえ | 2. 以前は<br>よく飲ん<br>でいたが<br>今は<br>飲まない | 3. 時々飲む<br>(週1日<br>以下) | 4. 時々飲む<br>(週2～<br>4日) | 5. ほとんど<br>毎日飲む<br>(週5日<br>以上) |
|--------|--------------------------------------|------------------------|------------------------|--------------------------------|

次に騒音に関する質問です



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





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

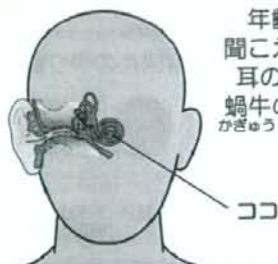
“長く生きられる  
ようになった”  
世紀から

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



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



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！



聞き取りの改善には周囲の理解が重要



気持ちよくなって、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！  
周囲のちょっとした工夫や協力で、  
聞き取りは、ずっと改善するものです。

聞こえの衰えは多くの方が抱える悩みです！



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

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 |
|-------|--------|---------------------|

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. あまり役立たない | 5. 全く役立たない |
|----------|-------|-------|-------------|------------|

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. あまり役立たない | 5. 全く役立たない |
|----------|-------|-------|-------------|------------|

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. あまり役立たない | 5. 全く役立たない |
|----------|-------|-------|-------------|------------|

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. あまり役立たない | 5. 全く役立たない |
|----------|-------|-------|-------------|------------|

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. あまり役立たない | 5. 全く役立たない |
|----------|-------|-------|-------------|------------|

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ご協力ありがとうございました  
このアンケートはこれで終わりです



**「耳鼻科専門医による耳の診察」 補聴器貸与書**

慶徳義塾大学医学部  
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徳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 本補聴器の貸与復診察に関して
- 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たい、補聴器の貸与を受ける事に同意します。

はい            いいえ

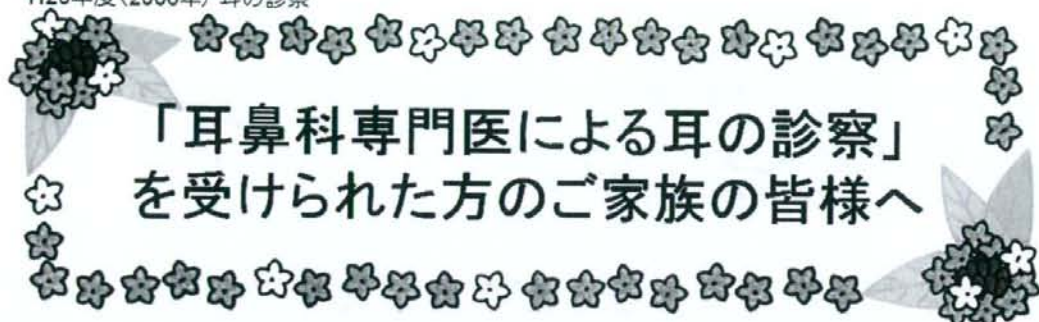
平成      年      月      日

同意者の署名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 行政区（    ） 班（    ）

代表者の署名 \_\_\_\_\_ 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



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(              ))

同居の有無 (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、倉洲地域の「健康づくり事業」の一環として、高崎市倉洲支所市民福祉課、榛名・倉洲保健センター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。

お手数ですが、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、**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、伝言や応対にトラブルが  
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いため、電話をあまり使わないようですか ☞

|       |         |        |
|-------|---------|--------|
| 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 ☞

|       |         |        |
|-------|---------|--------|
| 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 ☞

|       |         |        |
|-------|---------|--------|
| 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 ☞

|       |         |        |
|-------|---------|--------|
| 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 ☞

|       |         |        |
|-------|---------|--------|
| 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 ☞

|       |         |        |
|-------|---------|--------|
| 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、ひとりである事を  
好んでいるようですか ☞

|       |         |        |
|-------|---------|--------|
| 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 ☞

|       |         |        |
|-------|---------|--------|
| 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 ☞

|       |         |        |
|-------|---------|--------|
| 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。同封の封筒に入れて、ご郵送下さい。

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での公開いたしません。ご不明な点は、倉洲支所市民福祉課（☎：378-4525）までお問い合わせください。



# 補聴器使用状況確認アンケート1回目

2009/2/21

耳鼻受診ID ( 2008 ) 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. ほとんど使っていません |
|-------|----------|----------|----------|----------------|

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. ほとんど使っていません |
|----------|----------|----------|----------|----------------|

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？ 1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<br>(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。



主にBrJ Audiol 1999;24:229-33より

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
- 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
- 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
- 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
- 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
- ⑥ ご本人の聞こえが低下しているために、伝言や応対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 |
|-------|---------|--------|

|       |         |        |
|-------|---------|--------|
| 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
|-------|---------|--------|

|       |         |        |
|-------|---------|--------|
| 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
|-------|---------|--------|

|       |         |        |
|-------|---------|--------|
| 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
|-------|---------|--------|

|       |         |        |
|-------|---------|--------|
| 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
|-------|---------|--------|

|       |         |        |
|-------|---------|--------|
| 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
- 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)
- 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)
- 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)
- 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)
- 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 (H10)
- 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)
- ⑧ ご本人は耳が聞こえにくいため、ひとりている事を好んでいるようですか (H18)
- 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)
- 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 |
|-------|---------|--------|

|       |         |        |
|-------|---------|--------|
| 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
|-------|---------|--------|

|       |         |        |
|-------|---------|--------|
| 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
|-------|---------|--------|

|       |         |        |
|-------|---------|--------|
| 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
|-------|---------|--------|

|       |         |        |
|-------|---------|--------|
| 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
|-------|---------|--------|

|       |         |        |
|-------|---------|--------|
| 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
|-------|---------|--------|

|       |         |        |
|-------|---------|--------|
| 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
|-------|---------|--------|

|       |         |        |
|-------|---------|--------|
| 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
|-------|---------|--------|

|       |         |        |
|-------|---------|--------|
| 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
|-------|---------|--------|

|       |         |        |
|-------|---------|--------|
| 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
|-------|---------|--------|

|       |         |        |
|-------|---------|--------|
| 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
|-------|---------|--------|

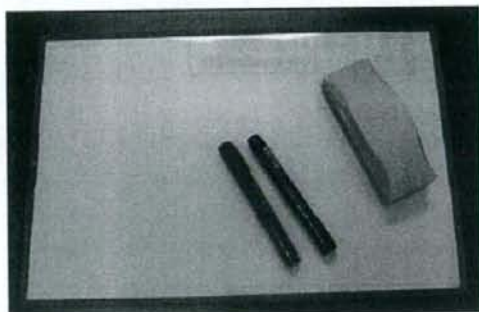
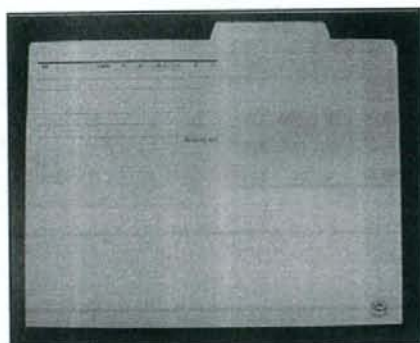
その他、コメントをご記入ください！

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瀬町の健康づくり事業の場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開はいたしません。ご不明の点は、倉瀬支所市民福祉課 までお問い合わせください。









## 加齢性難聴に対する 地域介入プログラムの有効性評価

主任研究者 慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学  
西脇祐司

分担研究者 慶應義塾大学医学部耳鼻咽喉科学  
齊藤秀行 水足邦雄

慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学  
武村 亨 朝倉敬子

## 背景・必要性

### 加齢性難聴者数

>米国 (Epidemiol. Infect. 2004; 132: 29-34)

65-75歳 ⇒ 23%

75歳- ⇒ 40%

>日本 (詳細不明?)

700万人?

1,000万人?

### Disability\*の原因(60歳以上)



WHO World Health Report, 2002

## 背景・必要性

◆ 加齢性難聴はコミュニケーション不足を招き、高齢者QOLを低下させる



## 聴力の影響

要 因: 聴力困難性(主観評価)

アウトカム: 死亡・要介護・要支援の発生

追跡期間: 3年

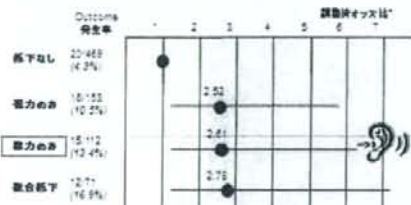
|       | n          | %    | 調整済みOdds Ratio |
|-------|------------|------|----------------|
| 聴力困難性 |            |      |                |
| 難しくない | 126 / 1058 | 11.9 | 1.00           |
| 少し難しい | 95 / 171   | 20.5 | 0.67           |
| 大変難しい | 15 / 24    | 62.5 | 3.80           |

## 聴力の影響

要 因: 聴力・視力(客観評価)

アウトカム: 死亡・要介護・要支援の発生

追跡期間: 3年



\*年齢、性別、教育、婚姻状況、BMI、脳卒中、虚血性心疾患、高血圧、糖尿病、低化脂質、白内障を調整

## 背景・必要性

◆ 加齢性難聴はコミュニケーション不足を招き、高齢者QOLを低下させる



◆ 加齢性難聴の予防・改善は喫緊な公衆衛生課題である

◆ 治療法(手術? 薬剤?)

◆ WHOの戦略では補聴器サービスが重要な役割

◆ 補聴器使用による聞こえのQOL改善 (hospital-based)

◆ 補聴器使用率低い

◆ 教育の重要性(本人・家族)

- 聴覚加齢変化に対する理解
- 聴力に応じた対応
- コミュニケーション法

## 目的

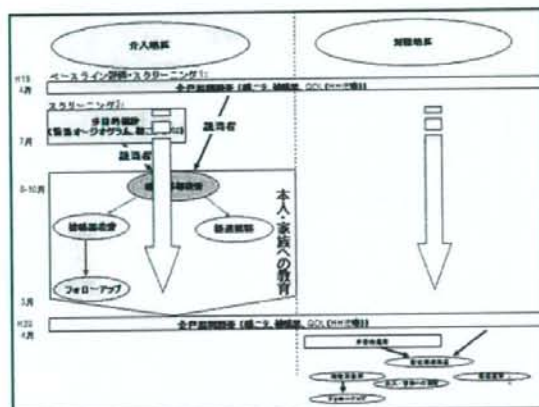
地域において、加齢性難聴者および家族に対する教育、適切な補聴器適応を核とする介入プログラムの有効性を明らかにする

## 方法

◆デザイン 地域介入研究(Community intervention)  
介入対象: 地域(介入:3,4,5,7区 対照:1,2,6,8区)

◆Setting 群馬県高崎市倉沢町  
人口 4,683人 (H18年)  
65歳以上 約1,500人

◆介入のプロセス  
I. ベースライン評価  
II. 加齢性難聴の1次スクリーニング  
III. 提供プログラム決定のための詳細評価  
IV. 補聴器フィッティング  
本人・家族への教育を含むプログラムの提供  
V. アウトカム評価



### I. ベースライン評価

- 全戸訪問調査の実施(介入地区・対照地区)
- 民生委員、保健師等による
- 回答 1394名(1423名、回答率 98%)
- Training session
- 紙芝居型ファイル
- 構造化質問票の使用



きこえの実態  
補聴器使用状況  
きこえのQOL(HHIE)  
知ろう尺慮(GDS15)  
老研式活動能力指標 etc

### II. 加齢性難聴の1次スクリーニング

- 全戸訪問調査
- 多目的健診(介入地区)  
聴力検査・指こすり  
370名の参加



### III. 提供プログラム決定のための詳細評価

- 診察(耳鼻咽喉科専門医(日本聴覚医学会所属))
- 純音・語音聴力検査(聴力検査技師・言語聴覚士)



#### IV. 補聴器フィッティング 本人・家族への教育を含むプログラムの提供

- 補聴器試用  
(良聴耳 4分法で40dB以上)
- 提供プログラム:  
きこえの講演 4回  
いきいきサロン 8回  
健診住民総集報告会 4回  
配布パンフレット(介入地区全戸配布)  
DVDによる健康教育  
個別指導
- フォローアップ  
(耳鼻咽喉科専門医): 3回



#### V. アウトカム評価

1次評価ポイント: 記述疫学的アウトカム指標

- 1次スクリーニング陽性者数
- 詳細評価参加者
- 補聴器必要者数
- 補聴器試用者

2次評価ポイント: QOL指標

- 聞こえのQOL: HHEスコア
- 抑うつ度: GDSスコア
- ADL: 老研式活動能力スコア

3次評価ポイント: 家族からの評価

- 家族からみたきこえに関する環境の変化

### 結果

対象者 n=1394

介入群 (3,4,5,7区) n=706

対照群 (1,2,6,8区) n=688

|     | 介入群 (n=706)       | 対照群 (n=688) |
|-----|-------------------|-------------|
| 性別  | 男 313 (44.3%)     | 318 (46.2%) |
|     | 女 393 (55.7%)     | 370 (53.8%) |
| 年齢  | 65-69 137 (19.4%) | 139 (20.2%) |
|     | 70-79 336 (47.6%) | 329 (47.8%) |
|     | 80+ 233 (33.0%)   | 220 (32.0%) |
| 喫煙者 | 73 (11.2%)        | 81 (12.7%)  |
| 飲酒者 | 185 (28.4%)       | 184 (28.6%) |

### 1次評価 結果

対象者 n=1394

介入群 n=706

対照群 n=688

スクリーニング陽性 170名(24.1%)

詳細検査参加 118名(16.8%)

補聴器 必要者 50名(7.1%)

補聴器 試用者 36名(5.1%)



### 75歳以上

対象者 n=776

介入群 n=406

対照群 n=370

スクリーニング陽性 138名(34.0%)

詳細検査参加 88名(28.9%)

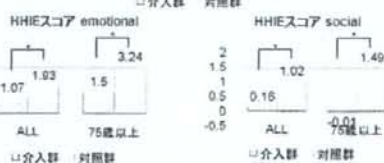
補聴器 必要者 44名(18.8%)

補聴器 試用者 29名(7.1%)



### 2次評価結果 きこえのQOL

HHEスコア total \*p<0.05 for MULTIPLES TESTS



## 2次評価結果 抑うつ・ADL



## 補聴器試用者の満足度

補聴器を使用していますか？



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？



補聴器の満足度は？



## 3次評価結果 家族からみた聞こえに関する環境の変化

TV等のボリュームが大きくなる



会話がスムーズに進まない



話しかけるのを控える

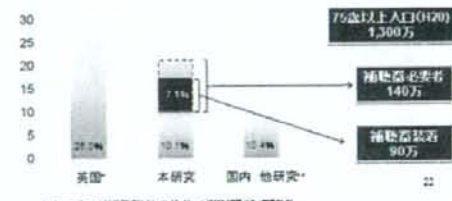


聞こえの低下によりいらぬことがある



## 考察

|           | 補聴器必要者 | 補聴器装着者 |
|-----------|--------|--------|
| 全体(65歳以上) | 79%    | 59%    |
| 75歳以上     | 119%   | 79%    |



## 考察

- ◆補聴器装着者の満足度は高く、家族からみた環境は良い方向に変化した。
- ◆聞こえのQOLおよびADLは、介入群でわずかに対照群より良かった。75歳以上ではさらにその差が大きくなった。抑うつ度には差がなかった。
- ◆新規性  
地域介入計画の有効性を評価した研究は渉猟する限り内外に見当たらず、本研究の新規性、独創性は高い。
- ◆プログラムの有効性  
過大評価？ 過小評価？  
・コンタミネーションの可能性(過小評価)  
・理想的な条件下であること(過大評価、Efficacy研究)  
・耳鼻科医のいない地域(過大評価)

## 結語

- ◆本介入プログラムにより、補聴器の潜在必要者を発掘し補聴器へと誘導することにより、75歳以上ではEfficacy(理想的環境下での有効性)が確認できた。
- ◆地域全体の聞こえのQOL、ADLはわずかに改善する可能性がある。
- ◆今後、Effectiveness(現実的環境下で有効性)や費用対効果の検証が必要である。