

一般病院看護師による高齢患者の聴覚機能評価の実態  
Evaluation of Hearing Function in the Elderly:  
Analyses of the Current Status by Nurses of the General Hospitals

森田 恵子

(日本医療科学大学保健医療学部看護学科)

伊藤 直子

(日本医療科学大学保健医療学部看護学科)

佐野 智子

(城西国際大学福祉総合学部福祉総合学科)

古田 愛子

(東京都健康長寿医療センター看護部)

藤崎 寿美恵

(東京都健康長寿医療センター看護部)

長田 久雄

(桜美林大学大学院老年学研究科)

**要旨**

本研究の目的は、一般病院看護師による高齢患者の聴覚機能評価の実態について明らかにすることである。調査対象は、65歳以上の新入院患者188件のカルテ内に記載されていた健康知覚・健康管理情報、認知・知覚情報、看護師のアセスメント記録とした。分析の結果、高齢患者は聴覚に障害を受けやすい疾患を保有し、また聴覚障害を生じやすい薬物を多く服用していたが、看護師は補聴器使用を中心とした情報と患者の反応をもとに、高齢患者の聴覚を経験的に評価していることがわかった。看護師のアセスメント内容32記録単位を対象に、内容分析法を用い質的に分類し、3つのカテゴリ【聴覚機能障害に関する評価】、【コミュニケーション機能に関する評価】、【看護の方向性】と7サブカテゴリ『認知機能低下についての評価』、『聴力機能低下についての評価』、『コミュニケーション機能に関する評価』、『患者心理の理解』、『危険リスク・安全対策』、『患者の理解を確認する』、『コミュニケーション手段の工夫』を抽出した。看護師は聴覚・コミュニケーション機能について評価し、看護の方向性を導いていることが明らかとなった。より適切なケアのためには、客観的な聴力評価や患者の主観的聞こえの情報の必要性も示唆された。

キーワード：一般病院、高齢患者、看護師、聴覚評価、看護記録

## 1. 緒言

人間の五感（視覚・聴覚・嗅覚・味覚・皮膚感覚）の内、聴覚からの情報は、社会生活上の情報源として、また情緒のコミュニケーション手段としてなど重要な役割を果たしている<sup>1)</sup>。

世界保健機構（WHO）の世界疾病調査によると、世界192カ国において難聴は、鉄欠乏貧血、片頭痛に次ぐ高有病率三大疾病であり、中程度以上の機能障害を生じる疾患としては難聴が最も多く、人々の生活を障害する世界共通の疾患として報告されている<sup>2)</sup>。WHOは、成人難聴を良聴耳の聴力レベルにより0～4の5段階のGradeに分類し、世界においてGrade 1のMild（26～40dB）以上の難聴が認められた者は、45歳以上の成人男性27%、女性24%であったことを報告している。

日本においては、Moderate障害（41db以上）の難聴高齢者の割合は、80歳以上の男性36.5%、女性28.8%にみられ<sup>3)</sup>、国立長寿医療研究センターが地域住民を対象とし1997年から開始した長期縦断疫学研究（NILS-LSA）の第6次調査（2008～2010年実施）により推計された日本の65歳以上の高齢難聴者は約1,500万人である<sup>4)</sup>。この調査によれば、10年後の難聴発症率は、調査開始時年齢60～64歳群では32.5%、70～74歳群では62.5%と年齢発症率は加齢に伴い上昇することが示されている。今後、老年人口の増加に伴い、聴力に障害を抱える高齢者の有病者数は更に増加することが予測される。

難聴は、その障害部位により伝音難聴と感音難聴とに分類される<sup>3)</sup>。伝音難聴は、外耳、中耳の伝音機構が障害される状態であり、感音難聴は内耳以降の中樞で障害が生じ、内耳の障害による内耳性難聴と中樞が障害される後迷路性難聴とに大別されるが、加齢変化に伴い発症する加齢性難聴は、感音難聴の一つに分類されている。両側性・高音域の障害、子音の異聴の出現、女性よりも男性の有病率が高く国別の差異が見受けられないこと、後迷路性変化も伴い語音弁別力が低下すること、個人差が大きいことが加齢性難聴の特徴である<sup>3)</sup>、<sup>5)</sup>。

補聴器は、伝音難聴には優れた補聴効果を示すが、加齢性難聴のような感音難聴に対しては必ずしも十分な補聴効果が得られないこと、日本において補聴器の種類は約600種類<sup>6)</sup>、年間メーカー補聴器販売台数は約45万台、高齢者一人平均3～4台の不適合補聴器を保有し最大14台の補聴器保有者が存在するとの報告もあり<sup>7)</sup>、<sup>8)</sup>、補聴器だけで高齢者の聴覚に関わる問題が十分に解決されるとは言えない。

看護師の補聴器を含めた聴覚に関連する知識に関する先行研究によれば、看護師はリハビリテーション職と比較し、難聴や補聴器も含めた対応方法についての理解が不十分であり、加齢性難聴に関する学習機会が少ないか、機会があってもさほど重要視していない可能性が指摘されている<sup>9)</sup>。しかし、看護師が補聴器も含めた高齢入院患者の聴覚情報を実際どのように収集し、聴覚機能の評価を実施しているのか実態を調査した研究はみあたらない。

高齢者は、複数の疾患を有し外来・入院による受療機会は他の年代と比較し高く、平成20年推計一日入院患者約1392.4千人の内、65歳以上の高齢入院患者数は931.4千人と入院患者の約

7割を占めているが<sup>10)</sup>、高齢化の進展に伴い今後更に聴力障害を有し入院する高齢患者数は、増加するものと予測される。一方、入院患者の平均在院日数は、平成12年一般病床において30.2日、療養病床は179.4日であったが<sup>11)</sup>、平成25年は一般病床17.7日、療養病床167.3日へと短縮している<sup>12)</sup>。一般病床を有する一般病院においては、効果的・効率的に治療を終了し、高齢者であっても早期に退院することが近年、ますます医療の場において求められている。

現在、薬剤性難聴を発症する薬剤として約100種類以上の薬剤が確認されているが、特に高齢者が服用し聴力に影響する薬剤としては、抗結核薬ストレプトマイシン、アスピリン等のサリチル酸系製剤、フロセミド等のループ利尿剤等が挙げられる<sup>3)</sup>、<sup>13)</sup>。これら耳毒性の薬剤の服用についての問診やこれに伴う聴力検査が必要となることが指摘されている<sup>13)</sup>。また、加齢に伴う聴力障害に影響する難聴の危険因子として、加齢は単独で聴力障害の有意な危険因子となること、男性で糖尿病と虚血性心疾患、女性では糖尿病と腎疾患が聴力障害の原因となることが報告され、予防できる聴力障害に関する疫学縦断研究の知見が積み重ねられている<sup>3)</sup>、<sup>4)</sup>。しかし、看護師による高齢患者の聴力障害関連情報の収集、聴覚機能の評価に関する実態調査は確認できなかった。

医療従事者の就業状況者数で最も多い職種は看護職者であり、平成22年現在の就業看護師・准看護師数は約132万人であり、この内約7割は病院に勤務している<sup>10)</sup>。特に一般病院において、看護師は入院中の高齢者に対し24時間関わり、医療処置や日常生活援助など、高齢者のケアに直接的に関わる。看護師は、高齢者の聴覚障害を理解・対応し早期回復への援助を行うこと、聴覚障害により入院生活の上の不利益を高齢者が被らないようケアすることは、医療・福祉施設の場において重要な課題であると考えられる。

聴覚障害のある外来受診患者を対象とした研究では、診察室から呼ばれても分からないこと、同伴者に向かい説明がされ患者自身を見てもらえないこと、口元が見えないことにより読唇ができない不自由さを感じていることが報告されている<sup>15)</sup>。また、救急外来看護師は、高齢者とのコミュニケーションについて、観察の困難さと説明の困難さを感じていることが報告されている<sup>16)</sup>。

一方、入院中の高齢患者は、「老人性難聴による会話困難」のために看護師へ気兼ねをし、看護師へ聞き返すことを躊躇する傾向にあること、急性期病院へ入院している難聴高齢者の体験は、入院という状況で思うようにならないこと、疎外感を感じていることが報告されている<sup>17)</sup>、<sup>18)</sup>。聴力に障害のある高齢者は、入院中に聴力障害に関連した不自由さや困難さを感じている可能性が指摘されており<sup>15)</sup>、<sup>17)</sup>、看護師はきめ細やかに対応する必要がある。

しかし、病棟看護師がどのように高齢患者の聴力を観察・把握し評価を実施しているのか、実態を調査した研究はみあたらない。そこで本研究では、看護師による聴覚機能評価とは、病歴、薬物療法、検査データ、観察などの情報をもとに聴覚機能について判断すること、およびケアの方向性を考察することと定義し、看護師の聴覚機能評価の実態について明らかにすることを目的とした。高齢者の聴覚関連情報をどのように臨床で看護師が収集・評価しているのか実態を知ることにより、今後の聴覚情報収集のあり方、評価方法について提言することができ

る。これにより、看護師が高齢聴力障害患者へよりきめ細やかな対応を行うための基礎的資料とし、医療環境の改善・向上に貢献できる意義ある研究である。

## 2. 研究方法

### 1) 対象

東京都区内C病院（550床）の救命・ICU病棟を除く14病棟を対象とした。C病院は、一般病院であり、高齢者を対象とした急性期治療を行う医療機関である。調査期間中の平日の日中に入院した患者の紙カルテ（以下、カルテとする）を対象とし、クリティカル・パスによるカルテは除外した。クリティカル・パスとは、疾患別に標準入院計画を用いて一定形式の治療が行われる入院形態であり、用いられるカルテも通常の入院とは異なる。

カルテは、医師の診療記録、看護記録、検査結果、リハビリテーション記録などから構成されているが、本研究のデータは、看護記録の一つである看護データベース用紙より収集した。

看護データベース用紙の内容を表1（①～⑬）に示した。C病院の看護データベースは、体系的に患者情報を収集するため、Gordon<sup>20)</sup>の理論を活用した11領域（②～⑫）と基本属性（①）、及び統合アセスメント（⑬）を加えた13項目で構成されていた。11領域を記載する記録用紙は、入院受け入れを担当した看護師が記載する「項目」、「アセスメント」の2つの欄で構成され、「項目」欄へは収集する情報、「アセスメント」欄は「項目」欄の情報から査定・考察したことを自由記載する欄で構成されている。本研究では、患者の基本属性と薬物療法を確認するため①基本属性と②健康知覚・健康管理、また聴覚に関する情報と看護師の聴覚機能評価が含まれる⑦認知・知覚領域の3領域を研究対象とした。

表1. 看護データベースの領域

①基本属性
②健康知覚・健康管理
③栄養・代謝
④排泄
⑤活動・運動
⑥睡眠・休息
⑦認知・知覚
⑧自己知覚・自己概念
⑨役割・関係
⑩性・生殖
⑪コーピング・ストレス耐性
⑫価値・信念
⑬統合アセスメント

### 2) 調査項目

調査票は、以下（1）から（3）の内容であった。

#### （1）基本属性

入院時の年齢、性別を調査した。

#### （2）健康知覚・健康管理について

聴覚に影響を及ぼすと考えられている疾患を中心に、今回の治療目的の疾患名（以下、現病名）、既往歴について調べた。また、聴覚に影響を及ぼすと考えられている薬剤を中心に入院まで服用していた薬剤についても調査した。

### (3) 認知・知覚について

聴覚を中心に、認知・知覚領域の「項目」欄への以下7項目、聴力左右差、補聴器使用、補聴器の型、補聴器の音量、補聴器以外のコミュニケーション方法、眼鏡の有無、コンタクト使用についての記載の有無を調査した。「アセスメント」欄については、記載の有無とその内容について調査した。

### 3) 倫理的配慮

個人情報管理の観点から、研究に必要な聴力に関連する情報を中心に研究目的に沿い必要なデータのみを閲覧し、データ収集を行った。調査開始にあたり、C病院看護部看護師長会に対し説明会を開催し、研究目的・調査方法・調査への自由意志と拒否権、プライバシー保護と個人情報保護に関する留意事項などについて文章と口頭による説明を行った。病棟看護師に対しては、文章を用い研究目的・調査方法・調査への自由意志と拒否権、プライバシー保護と個人情報保護に関する留意事項について説明した。同意については、調査に協力頂いたことをもって同意を得たものとした。収集したデータは、厳重に保管・管理し研究終了後に破棄することとした。本研究は、C病院倫理審査委員会、ならびに桜美林大学大学院の研究倫理審査委員会の承認(No.1154)を受けている。

### 4) 調査期間

平成24年11月1日～12月7日。

### 5) 調査方法

平成24年11月1日～11月20日の期間中に入院した対象カルテより、11月26日より12月7日の期間中に、病棟看護師が看護データベースから調査票へ転記し研究者が回収する。

### 6) 分析方法

調査票により得られた量的データについては、記述統計による量的分析を行った。

アセスメントの自由記載の内容についてはBerelson,B.の内容分析法<sup>21), 22)</sup>を用い質的に分析した。Berelson,B.の内容分析は、記述の外面的意味に限定し、ある対象に関連してどのような事柄が述べられているかという言及事項分析である。データの行間を読むといった複雑な要素をもたない研究方法である<sup>22)</sup>。このため、看護師が記載した文章の行間についての分析を行わない本研究では、この分析方法を採用した。

分析の手順は、(1)分析対象とする記述に関し、記録単位を決定する。(2)分析対象とする記述に関し、文脈単位を決定する。(3)記述の類似性に従い分類し、その分類を忠実に反映したカテゴリネームをつける。(4)カテゴリに分類された記録単位を算出する。(5)結果の信頼性を確認するという5段階で実施した。結果の信頼性を確保するため、Scott,W.A.の計算式<sup>23)</sup>を用い一致率を確認した。Scott,W.A.の計算式では、70%以上の一致率が必要とされる。この

ため、70%以上に達するまでカテゴリ名と記録単位のカテゴリ分類について研究者間で検討を繰り返した。上記(1)から(3)については、妥当性を確保するために質的研究に精通した研究者より助言を受けた。

### 3. 結果

244件のカルテより、65歳未満13件、記載漏れのある43件を除外し188件(77%)を分析対象とした。

#### 1) 基本属性

患者の平均年齢は、 $81.1 \pm 8.1$ 歳(最小値65歳, 最大値108歳)。男性90名(47.9%), 女性98名(52.1%)であった。

#### 2) 健康知覚・健康管理

##### (1) 聴力に影響すると考えられている主な疾患の罹患状況

現病名と既往歴を合わせた188件の疾患保有数は、平均2.7疾患であった。患者の聴力に影響すると考えられている主な疾患の罹患状況(現病名・既往歴)を表2に示した。なお、現病名と既往歴に病名が重複していないか確認を行った。

最も多い疾患は、高血圧症であり、現病名19(10.1%), 既往歴64(34.0%), 合計83(44.1%)であった。次いで、糖尿病は現病名16(8.5%), 既往歴37(19.7%), 合計53(28.2%)であった。虚血性心疾患については、現病名7(3.7%), 既往歴27(14.4%), 合計34(18.1%)であり、認知症は現病名5(2.7%), 既往歴18(9.6%), 合計23(12.3%)であった。以下、高脂血症、結核、腎疾患、肝疾患であった。

表2. 聴覚に影響する疾患の罹患状況

n=188

病名	現病名	既往歴	合計
1. 高血圧症	19 (10.1%)	64 (34.0%)	83 (44.1%)
2. 糖尿病	16 (8.5%)	37 (19.7%)	53 (28.2%)
3. 虚血性心疾患	7 (3.7%)	27 (14.4%)	34 (18.1%)
4. 認知症	5 (2.7%)	18 (9.6%)	23 (12.3%)
5. 高脂血症	5 (2.7%)	13 (6.9%)	18 (9.6%)
6. 結核	4 (2.1%)	9 (4.8%)	13 (6.9%)
7. 腎疾患	2 (1.1%)	8 (4.3%)	10 (5.4%)
8. 肝疾患	1 (0.5%)	5 (2.7%)	6 (3.2%)

##### (2) 薬物療法の状況

聴力障害を生じやすいと考えられている薬剤を含む薬物療法の状況は、以下のとおりであった。

A. 全薬剤の服用状況

188名中、服薬していない者は13名(6.9%)であり、175名(93.1%)が1種類以上の薬物を服用していた。服薬している薬剤数は、最少1剤から最高17剤であり、一人平均6.0剤を服用していた。

B. 聴力障害を生じやすいと考えられている薬剤の服用状況

聴力障害を生じやすいと考えられている薬剤を服用している患者は、77名(40.9%)であった。主な薬剤は、アスピリン製剤が最も多く40名(21.3%)、ループ利尿剤25名(13.3%)、ストレプトマイシン服用者は0名であったが、その他の難聴の原因と考えられている薬剤を服用している者は34名(18.8%)であった。

3) 認知・知覚領域について

認知・知覚の領域への記載状況は、「項目」「アセスメント」のいずれかの欄に記載がされており、記載が全くされていないものはなかった。

A. 認知・知覚領域「項目」欄の記載状況

記載されていた認知・知覚情報の内容について、図1に示した。情報188件中の内訳は、眼鏡の有無134(71.3%)、補聴器使用の有無99(52.7%)、コンタクトの使用71(37.8%)、聴力左右差の記載27(14.4%)、補聴器以外のコミュニケーション方法9(3.7%)、補聴器の型1(0.5%)、補聴器の音量1(0.5%)の順であった。

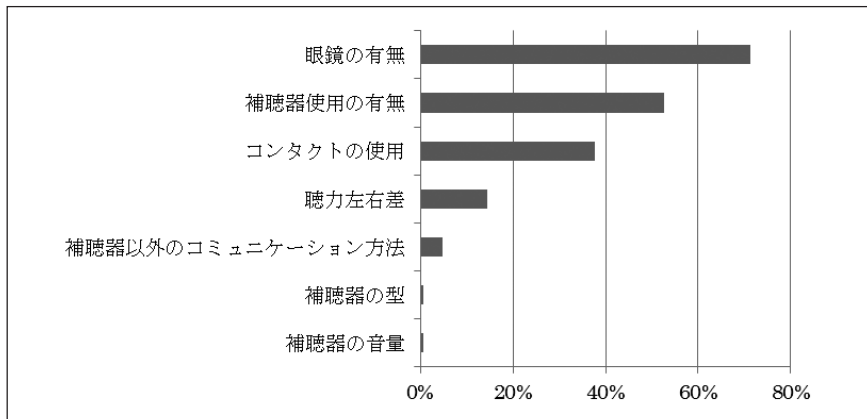


図1. 認知・知覚に関する情報の記載 n=188

B. 認知・知覚領域「アセスメント」欄の記載状況

認知・知覚領域の「アセスメント」欄の記載の内訳について図2に示した。

認知・知覚領域「アセスメント」欄への記載がされていたのは、188件中73件(39%)であ

り、そのうち聴覚に関連したアセスメントは73件中24件（13％）であった。24件のアセスメントでは、3件（2％）が「項目」欄への聴覚関連情報の記載はないが、アセスメントのみ記載され、21件（11％）については、聴力に関する以下の情報、聴力左右差、補聴器使用の有無、補聴器の型、補聴器の音量、補聴器以外のコミュニケーション方法のいずれかの情報とアセスメントが記載されていた。

聴覚以外のアセスメントの記載は、49件（26％）であり、「項目」欄へ聴覚以外の認知症、痛み、褥瘡等の情報と共にアセスメントは記載されていた。

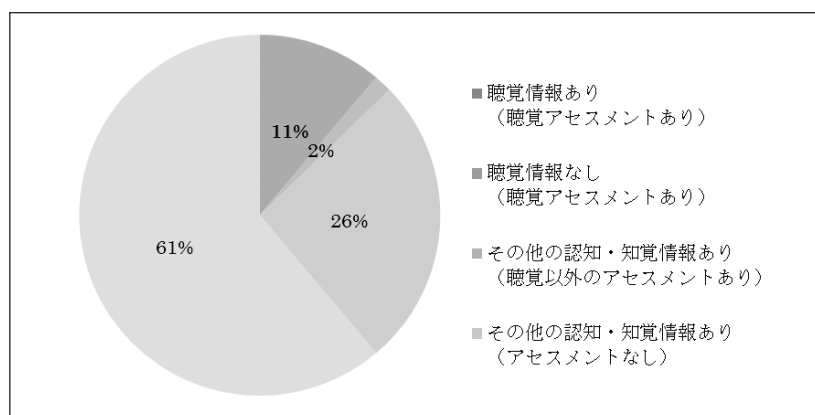


図2. 認知・知覚領域「アセスメント」欄の記載内容 n=188

188件中115件（61％）については、「項目」欄に聴覚以外の情報のみが記載され「アセスメント」欄は記載されていなかった。

### C. 認知・知覚領域「アセスメント」欄の内容分析

聴覚に関連したアセスメント24件より24文脈単位を抽出し、32記録単位に分類した。聴覚に関する看護師のアセスメント内容の分析を表3に示した。

3つのカテゴリ（Ⅰ）【聴覚機能障害に関する評価】、【コミュニケーション機能に関する評価】、【看護の方向性】と7サブカテゴリ（Ⅱ）が抽出され、記録単位（Ⅲ）は、以下の通りであった。

【聴覚機能障害に関する評価】は、聴覚機能と患者の認知機能の視点から聴覚障害の有無と程度についての評価がなされ、【コミュニケーション機能に関する評価】については、看護師側からとらえたコミュニケーション機能についての評価がされていた。【看護の方向性】については、「聴力に不安がある」「耳のそばで大き目の声で対応する」など、患者理解に関するものや具体的な対策などの入院中の看護の方向性を示すものであった。しかし、【聴覚機能障害に関する評価】【コミュニケーション機能に関する評価】等の評価をもとに【看護の方向性】が示されてはいなかった。

【聴覚機能障害に関する評価】については、『認知機能低下についての評価』が抽出され「返答



表3. 聴覚に関するアセスメントと評価内容

カテゴリ	サブカテゴリ	記録単位例	記録単位数
聴覚機能障害に関する評価	認知機能低下についての評価	返答困難だが、年齢相応の物忘れはあると思われる 難聴だが理解力は良好	8
	聴力機能低下についての評価	きこえづらさあり 難聴があり、聞こえていなくても返事することあり	3
コミュニケーション機能に関する評価	コミュニケーション機能に関する評価	難聴はあるがコミュニケーションに問題ない 左難聴あるが会話は成立する	9
看護の方向性	患者心理の理解	聴力に不安ある	1
	危険リスク・安全対策	車椅子レベルであったため1人で動こうとする危険性もある	2
	患者の理解を確認する	本人に伝わっているか確認しながら会話をしていく	3
	コミュニケーション手段の工夫	耳のそばで大き目の声で対応する 大声でコンタクトOK	6
合計			32

困難だが、年齢相応の物忘れはあると思われる」等の記載があった。『聴力機能低下についての評価』については、「きこえづらさあり」、「難聴があり、聞こえていなくても返事することあり」などが見られた。

【コミュニケーション機能に関する評価】『コミュニケーション機能に関する評価』では「左難聴あるが会話は成立する」、【看護の方向性】については、『患者心理の理解』『聴力に不安ある』、『危険リスク・安全対策』『車椅子レベルであったため1人で動こうとする危険性もある』、『患者の理解を確認する』『本人に伝わっているか確認しながら会話をしていく』、『コミュニケーション手段の工夫』『耳のそばで大き目の声で対応する』に分類された。

3名の研究者間で繰り返しカテゴリ分類を検討し、Scott, W.A. の計算式を用いカテゴリ一致率を確認した。3名の研究者間の最終カテゴリ一致率は73.4%、72.4%であり70%以上の信頼性を確認した。

## 考察

本研究の目的は、一般病院看護師による高齢患者の聴覚機能に関連する情報収集、およびアセスメントに基づく評価の実態を明らかにすることである。

看護師は、補聴器の使用を中心に情報を収集し、また入院時の看護データベースの聴取場面を通し患者の反応から、【聴覚機能障害に関する評価】、【コミュニケーション機能に関する評価】を経験的に行っていることが明らかになった。看護師はリハビリテーション職と比較し、

補聴器も含めた難聴者への対応方法に関する理解が不十分であり、加齢性難聴に関する学習機会が少ないか、機会があってもさほど重要視していない可能性が指摘されているが<sup>9)</sup>、本研究においては、看護師は入院時の多忙な受け入れ業務を遂行する中で、看護データベースを用い、認知・知覚情報を系統的に収集し、【聴覚機能障害に関する評価】、【コミュニケーション機能に関する評価】を実施していること、「項目」欄に記載された情報から【看護の方向性】を経験的に考察していることが明らかになった。

近年、根拠に基づいた看護ケアの重要性が言われているが、今回記録を用いた本研究においては、評価に基づいた看護の方向性は見いだせなかった。これは、多忙な入院受け入れ業務のために、記録上に聴覚機能に関する判断が十分に記載されなかったのか、また高齢者には見受けられがちな加齢性難聴と判断し、聴覚障害についての詳細は評価が割愛されている可能性も考えられる。

また、C病院においては、看護データベースに認知機能・聴覚機能についての情報を収集すべき情報項目として設定していること、認知症を有し入院する高齢患者が約1割程度であることなどから、『認知機能低下についての評価』と『聴力機能低下についての評価』を行い、コミュニケーションの障害が聴力に関連したものであるのか、認知機能に関連したものであるのか評価していたことが示された。近年、認知症患者の増加が予測されているが<sup>10)</sup>、認知症を有し入院する高齢患者を看護師がケアする機会はますます増大することが容易に予測される。看護師は、高齢患者のコミュニケーション機能の状態を認知的・聴覚的視点から、的確に評価することがより求められると考えられる。

認知機能を評価するために、MMSE (Mini Mental State Examination) や改訂長谷川式簡易知能評価スケールなどが臨床の場でも用いられているが、聴覚について正しく評価するためには、簡易で正確に聴力を確認する客観的指標の導入が必要ではないかと考える。聴覚の障害は、視覚と比較し見えにくい障害であり、また加齢性難聴は、緩やかに進行し自覚が乏しいため、見過ごされやすい<sup>1), 3)</sup>。補聴器などの自助具の使用などの現象を情報とするだけではなく、患者の主観的聞こえに関する情報と共に、オーディオメーターによる聴力測定など多角的・客観的情報を組み合わせ用いることにより根拠に基づいた聴覚評価が可能になると考える。聴力を確認する方法として、簡易に患者の聴力を評価できる音叉試験が以前より紹介されているが、臨床の場ではほとんど活用されていない<sup>1), 3)</sup>。近年、三歳児検診で用いられている指こすりテストが加齢性難聴にも有効であることが報告されており<sup>24), 25)</sup>、このような測定機器を必要としない簡便で客観的な指標が臨床の場においても今後、検討される必要があると考える。

一般病院であるC病院へ入院する高齢者は、聴覚に障害を受けやすい疾患を保有し、また聴覚障害をきたしやすい薬物を多く服用していた。外来患者を対象とした調査では、高齢者の平均保有疾患は3.5疾患、平均処方薬剤数は4.4剤との結果が報告されているが<sup>26)</sup>、今回の調査がこれらの結果よりも多い薬剤数であったことは、C病院が多様な疾患をもつ高齢患者を対象とした高度急性期治療を行う病院であることが影響していたものと考えられる。6種類以上の薬剤服用で薬剤の副作用や転倒などの有害事象が15%を超えるとの予測もあることから、看護師は

疾患や薬物療法も含め、患者の聴覚について評価することが必要である。しかし、今回の調査では、看護師が疾患や薬剤の情報から患者の聴覚障害を評価した記録は見いだされなかった。患者の認知・知覚状態に応じた的確なケアを行うためには、さまざまな薬品が聴覚に影響を与えることを予期し<sup>27)</sup>、高齢聴力障害患者に対する聴覚機能評価ができる能力は、高齢者ケアに関わる看護師に必要な能力であると考え、高齢者の入院中の健康回復と生活を支援する看護師には、加齢性難聴に限らず、薬剤性難聴や疾患に伴う聴力障害に関する学習の機会も必要ではないかと考える。また、このような知識を看護師が十分に備えていることは、高齢患者に対し聴覚障害に関する助言を行う上でも必要なことではないかと考える。

聴覚障害者は入院中、医療者に解りやすい説明や理解ある対応を望んでいる<sup>28)</sup>。看護師は、主観的・客観的情報も含めて的確に患者の聴覚について把握・評価し、聴覚障害患者の入院生活をきめ細やかに支援することが重要である。このことが看護の質を高めることにも繋がると考える。

以上の結果よりえられた本研究の限界と今後の課題は、以下のとおりである。今回の調査はカルテに記載された記録の分析であること、一病院での結果であることから一般化することはできないことが研究の限界である。

今後、臨床の場で看護師がどのように主観的・客観的に情報を収集し、聴覚機能に関する評価のプロセスを実際どのように実行しているのか、また看護師が聴覚障害に影響する疾患・薬剤について、どのように認識しているのか確認する必要がある。さらに、実際に看護師がどのようなコミュニケーション手段の工夫を日常的に実施しているのか確認することが今後必要であると考え、

## 謝辞

調査に協力を頂いた病院の皆様、看護部の皆様方に深謝申し上げます。本研究にあたり助言を頂いた桜美林大学大学院老年学研究科博士後期課程佐藤美由紀様、ならびに研究指導を頂いた桜美林大学大学院長田久雄教授、芳賀博教授、渡辺修一郎教授に感謝申し上げます。

また、本研究に研究助成いただきました桜美林大学加齢・発達研究所に対し御礼申し上げます。

## 文献

- 1) 藤田郁代, 中村公枝, 城間将江, 他: 標準言語聴覚障害学 聴覚障害学, 8, 医学書院, 東京 (2010).
- 2) World Health Organization HP: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/2004\\_report\\_update/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html) (2008).
- 3) 小川郁編, 内田育恵, 杉浦彩子, 他: よくわかる聴覚障害—難聴と耳鳴のすべて—, 永井書店, 20-28, 東京 (2010).

- 4) 内田育恵, 杉浦彩子, 中島務, 他: 全国高齢難聴者推計と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 (2012).
- 5) 喜多村 健編: 言語聴覚士のための聴覚障害学, 医歯薬出版, pp1-18, 東京 (2002).
- 6) 河野淳: 「聞こえ」に不安を感じたら…補聴器の使いこなし方, メディカルトリビューン, 東京 (2011).
- 7) 野田寛: 耳鳴・難聴の診断と治療, 真興交易株式会社, 264-270, 東京 (1998).
- 8) Tina Jupiter, Vanessa Spivey: Perception of Hearing Loss and Hearing Handicap on Hearing Aid Use by Nursing Home Resident, Geriatric Nursing, 18 (5) : 201-207 (1997).
- 9) 長尾哲男, 鎌田篤子, 東登志夫: 加齢性難聴者の聴こえ方の理解と対応方法の調査: 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 (2003).
- 10) 一般財団法人厚生統計協会: 厚生指針増刊国民衛生の動向2011/2012, 74-194, 東京 (2011).
- 11) 厚生労働省 HP: [http://www1.mhlw.go.jp/toukei/byouinh/by1212\\_8.html](http://www1.mhlw.go.jp/toukei/byouinh/by1212_8.html) (2013).
- 12) 厚生労働省 HP: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/byouin/m13/dl/03-kekka.pdf> (2013).
- 13) 日本老年医学会編: 健康長寿診療ハンドブック実地医家のための老年医学のエッセンス, メジカルビュー社, 107-149, 東京 (2011).
- 14) 内田育恵, 中島勉, 新野直明, 他: 加齢および全身性基礎疾患の聴力障害に及ぼす影響, 日本耳科学会, 14 (5) : 708-713 (2004).
- 15) 名嘉美香, 石川りみ子, 玉井なおみ, 他: 外来受診時に聴覚障害者が求めるコミュニケーション, 第38回日本看護学会論文集看護総合, 38 : 472-474 (2007).
- 16) 清水裕子, 白井千津: 救急外来看護師の高齢者とのコミュニケーション問題, ヒューマン・ケア研究, 11 (2) : 98-105 (2010).
- 17) 荻野愛, 原祥子: 入院中の高齢患者が感じている看護師に対する気兼ねの要因, 第40回日本看護学会論文集老年看護, 40 : 144-146 (2009).
- 18) 横尾美希, 原祥子: 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, 老年看護学, 16 (1) : 66-74 (2011).
- 19) Jensen J, Saunders D.: Psychological Correlates of Geriatric Hearing Loss, The Hearing journal, 36 (1), (1983).
- 20) 江川隆子, 本田育美, 笹岡和子, 他: ゴードンの機能的健康パターンに基づく看護過程と看護診断, ヌーヴェルヒロカワ, 61-69, 東京 (2005).
- 21) Scott. W. A: Reliability of Content Analysis; The case of Nominal Scale Coding, Public Opinion Quarterly, 19 : 321-325 (1955).
- 22) 舟島なをみ: 質的研究への挑戦, 40-78, 医学書院, 東京 (1999).
- 23) Berelson, B., 稲葉三千男訳: 内容分析, 46-64, みすず書房, 東京 (1957).
- 24) 中山博之, 荒尾はるみ: 三歳児健診用聴覚検査 (保護者による自己検査) についての検討, [www.niph.go.jp/wadai/mhlw/1993/h051023.pdf](http://www.niph.go.jp/wadai/mhlw/1993/h051023.pdf) (2013).
- 25) 中山博之, 荒尾はるみ: 指こすり音聴取検査についての検討, Audiology Japan, 37 : 322-329 (1994).
- 26) 松下雅弘, 大内尉義, 灘井雅行, 他: 月刊レジデント特集高齢者薬物療法のエビデンスと注意点, 医学出版, 2 (12) : 21-26 (2009).
- 27) Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry, 井部俊子監訳: ボッター&ペリー —看護の基礎—実践に不可欠な知識と技術, 1266, エルゼビア・ジャパン株式会社, 東京 (2007).
- 28) 社会福祉法人聴力障害者情報文化センター: 耳の不自由な人たちが感じている朝起きてから夜寝るまでの不便さ調査アンケート調査報告書, 財団法人共用品推進機構, 82-90 (2002).

## Evaluation of Hearing Function in the Elderly: Analyses of the Current Status by Nurses of the General Hospitals

Keiko Morita

(Department of Nursing, Faculty of Health Science,  
Nihon Institute of Medical Science, Japan)

Naoko Itoh

(Department of Nursing, Faculty of Health Science,  
Nihon Institute of Medical Science, Japan)

Tomoko Sano

(Faculty of Social Work Studies, Josai International University, Japan)

Aiko Furuta

(Nursing Department, Tokyo Metropolitan Geriatric Hospital, Japan)

Sumie Fujisaki

(Nursing Department, Tokyo Metropolitan Geriatric Hospital, Japan)

Hisao Osada

(Graduate School of Gerontology, J. F. Oberlin University, Japan)

**Keywords:** General hospital, Elderly clients, Nurses, Hearing functional evaluation, Nursing records

The purpose of this study was to investigate the actual circumstances of how information was collected and evaluation analysis was conducted on the hearing functions of elderly clients in general hospitals. The study included information on the charts of 188 newly-admitted clients regarding their health perception/management, cognition/perception, and overall nursing assessments. Findings indicated that the elderly clients had diseases that tended to affect their hearing, and took medicines that often lead to hearing impairment. Furthermore, it was found that nurses determined the clients' hearing impairment levels by experience based on the information regarding the usage of hearing aids and on the clients' alertness of responses. An analysis was conducted of the contents of 32-unit nursing assessment records which were categorized qualitatively into three categories: Nurses' evaluation of the clients' impairment; Nurses' evaluation of the clients' communication impairment; Direction of nursing. The seven sub-categories were:

- 1) Nurses' evaluation of cognitive functioning
- 2) Nurses' evaluation of clients' hearing impairment levels
- 3) Nurses' evaluation of the clients' communication impairment
- 4) Nurses' understanding/consideration of clients' psychology

- 5) Nurses' evaluation of the risk/danger to clients
- 6) Nurses' confirmation of clients' level of understanding
- 7) Nurses' device/ ingenuity of communication methods

Nurses were found to determine their care direction based on their evaluations of clients' hearing and communication capacities. For the improved care of clients, results indicated the necessity for hearing evaluations to be conducted objectively and, also, subjectively by the clients.