

第1回耳鼻咽喉科頭頸部外科高齢者医療研究会  
プログラム

日時：令和8年5月23日（土） 14：10～16：10

場所：仙台国際ホテル 2F 平安の間（中）

司会 福祉医療・成人老年委員会委員長 石川 浩太郎  
開会挨拶 一般社団法人日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会理事長 大森 孝一  
日耳鼻福祉医療・成人老年委員会担当理事 羽藤 直人

I 講演1 14：10～15：10 「高齢者の医療と福祉」共通講習(必修講習B：医療福祉制度)1単位

司会 福祉医療・成人老年委員会担当理事 羽藤 直人

14：10～14：40 ～老年医学と高齢者医療の現状と展望～

一般社団法人 日本老年医学会 理事長 神崎 恒一

14：40～15：10 ～福祉制度の観点から～

厚労省老健局 課長補佐 秋山 仁

II 講演2 15：10～16：10 「耳鼻咽喉科の高齢者医療の課題と対応」領域講習 1単位

司会 福祉医療・成人老年委員会担当理事 中川 尚志

15：10～15：30 ～加齢性難聴～

東海大学 和佐野浩一郎

15：30～15：40 ～補聴器による認知機能低下抑制は可能か？～

藤田医科大学ばんだね病院 岡野 高之

15：40～16：00 ～超高齢社会において嚥下障害診療の目指す方向性～

昭和医科大学江東豊洲病院 木村百合香

16：00～16：10 ～高齢嚥下障害者に対する耳鼻科外来での対応～

かとう耳鼻咽喉・嚥下クリニック 加藤 健吾

閉会挨拶 日耳鼻福祉医療・成人老年委員会担当理事

中川 尚志

## 老年医学と高齢者医療の現状と展望

日本老年医学会理事長、東京都健康長寿医療センター 神崎 恒一

日本は世界に類を見ない超高齢社会を迎えており、医療と介護の需要が増大している。それに伴って、高齢者医療では従来の「治す医療」から「支える医療」への転換が求められている。多くの高齢者は単一疾患でなく、感覚器疾患と併せて、糖尿病、心血管疾患、骨関節疾患など複数疾患を併存していることが多く、さらにフレイル、サルコペニア、認知機能低下、排泄障害などの老年症候群を伴っていることが多い。このため、従来の臓器別医療では対応が困難となり、多面的に捉える老年医学の重要性が高まっている。

高齢者医療では、疾患管理と併せて生活能力の保持が重要である。高齢者自身は病気と上手に付き合いながら、「歩けること」「呆けないこと」「好きなことを続けられること」を望んでいる。そのためには、高齢者総合機能評価（CGA）を用いて、身体機能、認知・精神機能、社会背景、服薬状況などを包括的に評価する必要がある。日本老年医学会では今、5Ms（Multicomplexity, Mobility, Mind, Medications, Matters Most）の普及を進めており、患者にとって何が重要かを考える個別化医療を目指している。また、高齢者ではポリファーマシーが問題となり、多剤併用によって薬物有害事象や新たな老年症候群が発生するリスクが増加する。そして近年、救急医療や人生の最終段階の医療においてACP/SDMの重要性が増しており、本人・家族・医療介護関係者が日頃から対話することの重要性が指摘されている。

今後の高齢者医療では、病院完結型医療から地域包括ケアへの転換が求められている。すなわち急性期病院、回復期、在宅医療、介護施設、地域包括支援センターなどが連携し、多職種で高齢者を支える体制の構築が求められる。また、AI診療や遠隔医療など新たな技術の活用も期待されている。超高齢社会においては総合診療力、多職種連携力、患者の生活や価値観を理解する力を持つ医療者の育成が重要であると私たちは考えている。

## ～福祉制度の観点から～

厚生労働省老健局高齢者支援課  
課長補佐 秋山 仁

住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることが出来るよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」の実現が重要である。このうち、高齢により介護が必要になった際は、介護保険料と税金を財源に在宅サービスや施設サービス等の介護保険法によるサービスが提供される。

サービスを利用するためには、まず要介護認定を行い、介護支援専門員のケアマネジメントを受けつつ、要支援1～要介護5までの重度さに応じて設定される上限額の範囲で必要なサービスを選択する。サービスの種類は、主に、居宅介護サービスと施設サービス、地域密着型サービス訪問介護、居宅介護支援がある。居宅介護サービスは、訪問入浴介護等の訪問サービス、デイサービス等の通所サービス、短期入所サービスがある。施設サービスは、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院がある。地域密着型サービスは、市町村が指定・監督を行う比較的小規模な施設・事業所で、定期巡回や複合型サービス等の特徴的なサービスがある。聴覚障害に特化した老人ホームは、確認出来る限り、全国で10施設存在する。こういった特化型施設を除き、聞こえない・聞こえにくい高齢者に特化したサービスはなく、一般的には障害者差別解消法に基づき、各サービスにおける合理的配慮の範囲で対応される。

一方、障害のある方に対する支援は、主に障害者総合支援法に基づく障害福祉サービスであり、介護保険サービスと類似しているものもある。デイサービス等、介護保険で対応可能な場合は介護保険が優先されるが、障害福祉サービス固有のものは障害福祉サービスが優先される。

特徴的なものは補装具費支給制度である。義肢装具、車椅子等が代表的であるが、聴覚障害の方が使用する補聴器も支給対象である。支給を受けるためには身体障害者として認定を受ける必要があり、聴覚障害の場合は両耳の聴力レベルが70デシベル以上、いわゆる高度・重度難聴を対象としている。介護保険サービスにも福祉用具貸与というサービスがあるが、治療用等医療の観点で使用するものや身体の一部の欠損又は低下した特定の機能を補完することは明示的に対象外としており、補聴器は介護保険サービスでの対象とならない。そのため、周辺の支援として、補聴器販売者の資質向上や難聴高齢者の早期発見に向けた研究、補聴器相談医を受診して補聴器が必要と判断された場合に医療費控除の対象とする、一部自治体による高齢者の補聴器購入費を助成する制度等を行っている。

## 講演 1 耳鼻咽喉科の高齢者医療の課題と対応 『加齢性難聴』

東海大学 医学部 専門診療学系 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

和佐野 浩一郎

加齢性難聴はコミュニケーションに困難さを引き起こすだけではなく、うつ病、認知症、社会的孤立、収入減少、フレイルなど様々な身体的・心理的・社会的な問題の発生リスクを高めることが示されており、難聴が適切に介入されずに放置されることによる経済的損失（医療コスト、教育コスト、労働機会の喪失、生活の質の低下）は2019年の1年間で9,811億ドルにのぼると推定されている。難聴の進行に伴い収入が低下するが、補聴器装用によりその低下が軽減することが示されており、更に認知症、うつ・不安、転倒による負傷、フレイルの有病率も補聴器装用により低減することが示されている。

Lancet 誌に発表された認知症発症に関わるリスク因子に関するメタアナリシスでは、中年期以降の難聴が最も大きな寄与割合を占めていることが示されている。その解析を日本の状況で再検討した結果、日本においても難聴が最も大きな寄与度を示すリスク因子であることが示され、日本国内での認知症対策において難聴対策が重要であることが確認された (Wasano K. Lancet Reg Health West Pac 2026)。また、認知症対策における費用対効果の観点において、様々な介入を比較検討した報告では、高血圧、喫煙、糖尿病、難聴に対する介入が効果的であり、なかでも難聴対策は増分費用効果比 (ICER) がマイナス、つまり介入に必要な費用より低減される費用のほうが大きいことが示されている。(Mukadam N. Lancet Healthy Longev. 2020)

日本社会においては高齢化の進行に伴い医療費とともに著明な増加傾向を示している介護費、ならびに現役世代の介護負担をいかに減らすか、ということは喫緊の課題である。介護につながる要因となる認知症・うつ・転倒や、介護が必要となる前の状態であるフレイルに対して、難聴対策（予防、早期診断、適切な介入）は上記の通り高い有効性と費用対効果を示している。

現時点において欧米諸国と比べて高いとは言えない補聴器や人工内耳の普及率をいかにあげていくか、ということは社会全体で取り組むべき課題であると考えられ、なかでも耳鼻咽喉科医は聴覚に関する専門性をもつ医師として日常診療において難聴管理指導を積極的に実施するとともに、リーダーシップをもって社会に対するアプローチを継続していく必要があると考えている。

本講演ではこれらの課題と対応について話し、今後の方向性について議論する。

## 補聴器による認知機能低下抑制は可能か？

藤田医科大学ばんだね病院 耳鼻咽喉科 岡野高之

超高齢社会の到来に伴い難聴および認知症の患者数はいずれも増加しており、特に中年期の難聴は認知症発症に対する寄与が大きい危険因子として重要な介入対象と考えられている。しかし難聴と認知機能低下の相関は示されているものの、その病態の機序については諸説あり、共通の原因が難聴と認知症の双方に影響する仮説や、認知機能低下が難聴をもたらす仮説も提唱されており、この場合はいずれも難聴は結果であって原因ではない。一方、難聴が認知症の原因となる仮説が正しければ、補聴器装用等の聴覚補償による介入で認知機能低下を抑制できる可能性がある。補聴器装用が認知機能に及ぼす影響を検討した既存の研究では、補聴器装用により認知機能低下の進行が抑制される可能性が示唆されているが、観察研究が中心であり相関関係は示されるものの因果関係は明確でない。また近年の補聴器を3年間に渡り装用するランダム化比較試験においても、全体解析では有意差が認められない一方、動脈硬化リスクの高い集団では認知機能低下への抑制効果が示されており、対象集団や介入時期の重要性が指摘されている。

これらを踏まえて本研究では、次の2つのクリニカルクエスションを設定した。

- (1) 補聴器を継続して装用することは、加齢に伴う認知機能低下を抑制しうるか？
- (2) 補聴器装用開始時の認知機能は、その後の装用継続に影響するか？

65歳以上の認知機能障害を有する患者を対象に、難聴を有し補聴器を1年間継続装用した群と難聴のない対照群を比較した。その結果、補聴器装用群ではMMSE-Jスコアの低下が有意に抑制され、補聴器装用が認知機能悪化を緩やかにする可能性が示唆された。また、補聴器装用の継続の可否について、補聴器の装用状況が良好であった群と不良であった群を比較すると、装用開始時の認知機能が影響し、装用状況が良好な症例では認知機能が優位に良好であった。以上の結果より、難聴を伴う認知機能障害患者に対する補聴器装用は、認知機能低下の進行抑制に寄与する可能性があり、特に早期介入が重要と考えられる。一方で、認知機能低下が進行した症例では装用継続が困難となるため、難聴および認知症の早期段階での介入戦略の確立が求められる。

## 超高齢社会において嚥下障害診療の目指す方向性

昭和医科大学江東豊洲病院耳鼻咽喉科 木村百合香

超高齢社会の進展に伴い、誤嚥性肺炎は急性期医療における重要課題として急速に影響を拡大している。誤嚥性肺炎による DPC 上、入院医療費は年間約 1,800 億円規模、死亡数も年間 5 万人以上とされ、医療・介護双方に大きな負担をもたらしている。今後、その影響はさらに増大することが確実である。

一方、現行の嚥下障害診療における耳鼻咽喉科の介入は、誤嚥性肺炎発症後の急性期の対応が中心であり、発症前段階への関与は十分とは言えない。急性期病院における誤嚥性肺炎入院例の解析では、嚥下内視鏡検査施行例の約 66% に中等症以上の嚥下機能障害が認められ、発症時にはすでに高度な機能低下が進行している実態が明らかとなっている。この結果は、誤嚥性肺炎対策において耳鼻咽喉科による「発症前介入」への転換が不可欠であることを示している。嚥下障害に至る前段階である「嚥下機能低下」とその予兆としての「のどフレイル」に着目し、早期発見と介入を可能とする診療体系の構築が求められる。

そこで、日耳鼻では地域レベルでの診療体制整備として「嚥下キーパーソン制度」の構築を進めている。本制度は、地域における嚥下障害診療の中核となる耳鼻咽喉科医を配置し、多職種連携および地域啓発を推進することで、地域包括ケアにおける耳鼻咽喉科の役割を強化するものである。

超高齢社会における嚥下障害診療は、予防・早期介入・地域連携を軸とした「包括的医療」が今後一層必要性を増す。本発表では、嚥下障害診療において、耳鼻咽喉科医が担うべき新たな役割と今後の方向性について提言する。

## 高齢嚥下障害者に対する耳鼻科外来での対応

かとう耳鼻咽喉・嚥下クリニック 加藤健吾

日本社会の高齢化は加速し、高齢者嚥下障害への対応が重要度を増している。高齢者嚥下障害は発症が緩徐（いつ生じたかもわからない）で、緩徐に進行し、根治が困難（嚥下障害と共に生きていく）という特徴を持つ。そのため、高齢者嚥下障害には脳卒中後嚥下障害のように発症早期に急性期～回復期病院で集中的に医療介入するという従来の方法論が適用できず、早期から終末期まで、地域での長期的な支援が必要となる。ADLが低下した高齢者嚥下障害に対しては、訪問歯科診療等による診療の枠組みが確立されつつあるが、在宅で多くの医療資源を投入しても、進行した高齢者嚥下障害では嚥下機能の回復はしばしば困難で、代償的な介入に留まる例も少なくない。高齢者嚥下障害は誤嚥性肺炎や栄養障害が生じる前に早期発見し早期介入する事が重要であり、また可能でもある。しかし軽症の嚥下障害者に対しては、診断と指導ができる受け皿が乏しく、診療の枠組みが確立されていない現状にある。

耳鼻咽喉科医は口腔・咽喉頭の解剖と生理に精通しており、嚥下内視鏡検査を実施するために必要な設備と手技を有している。大学病院等で嚥下センターの開設も相次いでおり、嚥下診療の経験を持つ耳鼻科医も増えている。耳鼻科診療所は、地域の高齢嚥下障害者を早期に発見し、長期的に支援する、地域の嚥下かかりつけ医になれる可能性を有していると考えている。

私は2020年に大学病院嚥下センターを退職して一般耳鼻科と嚥下障害診療を行う嚥下クリニックを開設し、試行錯誤しながら診療所での嚥下障害診療に携わってきた。当院では原則として往診は行わず、当院を受診できる比較的軽症の嚥下障害者を主たる診療対象としている。当院の高齢嚥下障害者に対する耳鼻科診療所としての戦略、外来嚥下診療の実際、一般耳鼻科診療との両立など、耳鼻科診療所での高齢者嚥下障害診療の経験を共有すると共に、高齢化が進む日本の医療に対して耳鼻科診療所がどのように貢献できるか、嚥下障害診療の視点から述べたい。