

## オンライン診療の実際 耳鼻咽喉科疾患 難聴

札幌医科大学耳鼻咽喉科教授

高野 賢 一

（聞き手 齊藤郁夫）

**齊藤** オンライン診療になじみがよい耳鼻咽喉科の病気にはどのようなものがありますか。

**高野** 我々耳鼻咽喉科の領域ですと、耳の中や鼻の奥、のどの奥をのぞかなければいけないことが多いのですが、そういうことが必要でないケース、あるいは、直接の処置が必要でないアレルギー性鼻炎や、安定期のめまい、顔面神経麻痺、投薬中心の患者さん、そういった方がいい対象になると思います。

**齊藤** その中で先生は難聴領域で仕事をされているということですが、どういうことをやっているのでしょうか。

**高野** 我々が取り組んでいるのは人工内耳医療です。人工内耳というのは、重度、高度の難聴の方に手術でインプラントを埋め込む。そして術後は聴覚のリハビリ、あるいは人工内耳の特殊な調整が必要になるのですが、その術後のリハビリや、マッピングと呼ばれる特殊な調整を遠隔医療で行うことに我々は力を入れて取り組んでいます。

**齊藤** 人工内耳はどのようなかたちで日本で発展してきたのでしょうか。

**高野** 日本で最初に行われたのが1985年になります。その後、1990年代に入って小児が保険適用となりました。これまでに日本国内ではすでに1万を超す方が人工内耳手術を受けています。

**齊藤** これは耳にくっつけて、それを脳に伝えるということですか。

**高野** そうです。直接蝸牛の中に電極を埋め込んで、電気刺激によって聞こえの神経を刺激し、脳が言葉を理解することができる。そういうデバイスです。

**齊藤** 対象患者さんは難聴の人ということですが、具体的にはどのような人ですか。

**高野** 重度あるいは高度の感音難聴の方で補聴器の装用効果が乏しい方、日本の場合は片耳だけの高度難聴の方には適用になっていませんが、諸外国ではそういった方にも適用になっている国もあります。

**齊藤** 成人もターゲットということ

ですが、小児もありますね。

**高野** そうですね、日本の場合は1歳以上が基準になっています。一般的にも難聴が見つかった時点でできるだけ早く介入して、必要であればできるだけ早く人工内耳につなげてあげると、後の言語発達にもメリットがあることがよくわかっています。現在では診断がついて必要と判断されれば、できるだけ早いタイミングで人工内耳手術を行っています。

**齊藤** とても小さい子だと、これから言葉話すということで、マッピングはなかなかたいへんそうですね。

**高野** そうですね。定期的な通院が必要になってきます。というのも、マッピングやリハビリができる専門の言語聴覚士は非常に数が限られていて、特に地方だと言語聴覚士が常勤している病院は数えるほどしかないというのが実情で、実際、私のいる北海道では札幌と旭川に限定されています。このマッピングやリハビリのために術後、おおむね1～3カ月に1回程度は通院が必要になってきます。つまり、リハビリやマッピングのために遠方に住んでいる方は時間とお金をかけて大学病院などに通ってこなければいけない。そういった患者さんの負担を考えて、何とかこれを遠隔で実施して患者さんの負担を減らすことができないか。そういうところから我々は遠隔マッピングを始めています。

**齊藤** 今Covid-19もありますし、長い距離を通わずに済むとなると、大きな恩恵になりますね。

**高野** 我々は2018年から遠隔マッピングを開始しているのですが、Covid-19感染の拡大下にあって、受診控え、あるいは公共の交通機関を使つての長距離の移動に抵抗を感じる患者さんが増えています。この遠隔マッピングはこの時代に特に重宝されるようになっています。

**齊藤** 以前は対面での仕事ということですが、仕事の質はほとんど変わらずにできるのでしょうか。

**高野** 近年、マッピングを行うソフトウェアの性能が非常に上がっていて、ビデオチャットの音質、画質も非常に良好ですので、対面とほとんど遜色ないマッピングを行うことができていると思っています。

**齊藤** より高頻度にマッピングをできるようなこともありますか。

**高野** 我々の患者さんも、札幌市あるいはその近郊に住んでいる方と、それ以外の遠方の地域に住んでいる方の通院頻度を見ると、だいたい2倍ぐらい違ってきます。なので、札幌市内にいる方が年に6回受診できるとすれば、遠方の方はその半分の3回程度になっているのが実情で、そういった方の通院頻度を上げるのに、この遠隔医療は役に立っていると思います。

**齊藤** 成人、特に年齢が高くなって

いくとどうでしょうか。

**高野** お子さんのほうが通院頻度は多くなってくるのですが、高齢の方ですと持病があったり、あるいは通院の便利・不便があったりと、特に遠方に住んでいる高齢の方が大学病院まで受診するというのは大きな負担になっていて、その結果として通院頻度が減ってきます。人工内耳の調整がされないとの確かな聴覚、聴力を得られないので、せっかくの人工内耳も使わなくなってしまうことにつながってしまいます。遠方に住んでいる高齢者、そして近くであっても、合併症や通院の便の問題もあってなかなか来られないという方に、大きな恩恵になっていると思います。

**齊藤** 高齢者人口が増えていますから、需要も増えることが考えられるのでしょうか。

**高野** 超高齢社会になって、難聴者の数自体が非常に増えています。その増えている要因としてはやはり高齢者の増加にありますので、そういった方への人工内耳医療、そしてその後の高齢者の方のQOL維持・改善という意味で、この人工内耳医療はますます需要が高まっていくと思っています。

**齊藤** 高齢者の場合、QOL、それから認知機能とも関係しているかもしれませんね。

**高野** おっしゃるとおりです。最近では認知症と難聴の関連がよくいわれる

ようになっていて、増え続ける認知症の方をいかに抑制していくかも大きな社会的課題だと思っています。そこに原因として難聴が最近では挙げられますので、高齢者の方の聴覚を改善することは認知症のリスクも減らすことにつながっていくと思います。

**齊藤** オンライン診療は非常に社会的には重要な仕事と考えられるのですが、今の保険のシステムだとあまり評価が十分にされていないと聞いていますがどうでしょうか。

**高野** おっしゃるとおり、保険診療下での遠隔医療はどうしても病院側のコスト算定という意味では非常に不利になっているのが実情で、それもあって遠隔医療が広がりづらいのもあるかと思います。ですので、まず我々としてはモデルケースを確立して、患者さんの需要があり、対面医療と遜色のない医療を提供することができる。患者さんにも医療者にもメリットがあることをきちんとエビデンスを証明することによって、最終的にはコスト算定を得る方向につなげていきたいと思っています。

**齊藤** 先生がおっしゃったような努力の積み重ねで、将来それが合理的に見直されることになるということでしょうか。

**高野** そういうことを信じてやっています。

**齊藤** ありがとうございます。