



# アルコール依存症の専門医および 非専門医を対象とした意識調査〈第1報〉:

## 仮想症例に対するアルコール依存症の認識および治療実施への抵抗感

樋口 進<sup>1)</sup> / 湯本洋介<sup>1)</sup> / 中村 出<sup>2)</sup> / 岩崎真子<sup>2)</sup> / 小島慶嗣<sup>2)</sup>

### Awareness Survey of Medical Specialists and Non-specialists on Alcohol Dependence 〈Part 1〉:

### Perception of Alcohol Dependence and Resistance to Treatment Implementation in Hypothetical Cases

Susumu HIGUCHI<sup>1)</sup> / Yosuke YUMOTO<sup>1)</sup> / Izuru NAKAMURA<sup>2)</sup> / Masako IWASAKI<sup>2)</sup> / Yoshitsugu KOJIMA<sup>2)</sup>

1) The National Hospital Organization, Kurihama Medical and Addiction Center

2) Medical Affairs, Otsuka pharmaceutical Co., Ltd.

#### ● 要旨

アルコール依存症患者に対する適切な医療提供にあたっての課題を検討するため、医師を対象としたアンケート調査を行った。本調査では、アルコール依存症を疑う症例に、専門医と非専門医で明らかな差はみられなかった。また、非専門医を受診する患者の1.8～3.5%がアルコール依存症に該当することが示唆された。さらに、アルコール依存症の治療に対し専門医は12.5%が「抵抗を感じている」と回答し、非専門医は54.5%が「抵抗を感じている」と回答した。本研究により、アルコール依存症の診断において専門医 / 非専門医の差はないものの、多くの非専門医がアルコール依存症治療に対して抵抗感を持っていることが示された。

#### 背 景

アルコール依存症は慢性的な多量飲酒により発症し、飲酒に対する強い渴望により飲酒量をコントロールできなくなり、日常生活に支障をきたす疾患である。世界保健機関（WHO）の報告によると、アルコールは200以上の疾患やけがの原因であるとされている<sup>1)</sup>。また、高血圧や喫煙といった健康関連リスク19項目のうち、飲酒は死亡への負荷は第8位であり、健康ロスを加味した障害調整生命年（DALY）は3番目に高い<sup>2)</sup>。さらにアルコール依存症の影響は家族内や仕事においても問題となり、社

会的に大きな影響のある疾患であると言える。国内の現在のアルコール依存症罹患者数は約57万人と推計され、また、ICD-10によるアルコール依存症の診断基準に該当したことのある人数は約107万人とされる<sup>3)</sup>。一方で、厚生労働省の患者調査によると、ICD-10によるアルコール依存症の基準を満たす人の多くが医療機関を受診しているにもかかわらず、アルコール依存症と診断され治療に結びついている人数は約5万人に留まる<sup>4)</sup>。この治療ギャップを解消することはアルコール依存症治療における重要な課題である。

これまでは入院を伴う断酒治療が中心だったアル

1) 国立病院機構久里浜医療センター 2) 大塚製薬株式会社メディカル・アフェアーズ部

表1 調査対象

		専門医 (N = 327)	非専門医 (N = 426)	
診療科	精神科	309 (94.5%)	188 (44.1%)	
	内科	11 (3.4%)	225 (52.8%)	
	心療内科	1 (0.3%)	13 (3.1%)	
	その他	6 (1.8%)	9 (0.0%)	
施設分類	HP	精神科 / 心療内科	276 (84.5%)	155 (36.4%)
		内科	7 (2.1%)	110 (25.8%)
	GP	精神科 / 心療内科	33 (10.1%)	46 (10.8%)
		内科	4 (1.2%)	115 (27.0%)
	その他		7 (2.1%)	0 (0.0%)

HP : 20床以上, GP : 19床以下

コール依存症治療の裾野を広げるため、2018年に改訂された診断治療ガイドライン<sup>5)</sup>では、飲酒量低減治療も含めて非専門医における比較的軽症の治療についての記載が追加された。治療ギャップには多くの要因が関与していると考えられるが、非専門の医療機関において軽症のアルコール依存症が適切に診断されず治療に結びついていないことが原因の1つと考えられている。

非専門医がアルコール依存症患者に十分な治療を提供することが困難である原因が、診断の困難さによるものなのか、あるいは診断はできているが治療に際して何らかの障害があるのかについて調査された報告はない。本稿では、アルコール依存症の専門医および非専門医を対象にアンケートを実施し、提示した仮想症例をアルコール依存症と疑うか、またそれらの症例に対する治療への意識を調査した結果を報告する。

## 方 法

本アンケート調査は医師を対象として、2017年7月～10月の期間で実施した。本アンケートでは、アルコール依存症専門医および非専門医を対象に、アルコール問題を持つ仮想症例に対する印象およびアルコール依存症診療への考え方を調査した。

専門医は、久里浜医療センターの保有する専門医療機関のリストに記載される施設の施設長により指名される当該施設所属の医師とした。非専門医は、上記専門医以外の内科または精神科・心療内科医師とした。専門医は郵送アンケート調査、非専門医はwebアンケート調査で実施した。webアンケート

は、医師以外の一般生活者も対象としたものであったが、本稿では、医師を対象とした調査結果のみを集計して報告する。

本アンケートの有効回答数は、専門医327人（内科＝11人、精神科・心療内科＝310人）、非専門医426人（内科＝225人、精神科・心療内科＝201人）であった（表1）。仮想症例（表2）については、ICD-10に基づいた診断基準により、症例③以外はアルコール依存症に該当する症例として作成した。

本アンケート調査は、国立病院機構久里浜医療センターの倫理審査委員会にて審査・承認のもと実施された。

集計および分析作業はTPCマーケティングリサーチ株式会社への委託により行った。

## 結 果

アルコール依存症の専門医および非専門医に表2に示す6つの仮想症例を提示し、各症例についてアルコール依存症を疑うかどうかの判断について回答を得た（図1）。アルコール依存症に該当する症例（①、②、④、⑤、⑥）をアルコール依存症であると疑った割合は、専門医で85.3～99.7%、非専門医で79.3～98.6%であった。また、アルコール依存症に該当しない症例（③）をアルコール依存症であると疑った割合は、専門医で52.3%、非専門医で40.4%であった。いずれの症例においても専門医の方がアルコール依存症を疑うと回答した割合が高かったものの、専門医と非専門医の判断結果は、似た傾向を示した。

表2 仮想症例

<p>症例① 53歳男性 無職(失業) 離婚</p>	<p>元は営業職で接待が多く、単身赴任後は毎日飲み歩くようになった。元々お酒に強く、飲酒量は日本酒5～6合、多いと1升になることがある。健康診断で毎回肝障害を指摘されていたが、飲酒量は全く減らさなかった。5年前から昼夜を問わず飲酒するようになり、お酒が切れると手の震えが出るようになった。3年前からは黄疸や腹水が見られるようになり、入退院を繰り返した。医師から禁酒を強く勧められており、本人も酒の問題はわかっているが、飲みたい衝動に駆られ飲んでしまう。仕事もクビになり、妻とも昨年離婚となった。</p> <p>【飲酒習慣】毎日日本酒5～6合、多いと1升。昼夜を問わず飲酒。 【身体症状】肝障害、黄疸、腹水(入退院を繰り返す) 【精神症状】なし 【日常生活】飲酒が原因で失業、離婚</p>
<p>症例② 65歳男性 無職(定年退職) 既婚</p>	<p>元々大酒家。60歳で会社を定年退職後、昼から飲酒をするようになった。朝起きてから1日の大半を焼酎のお湯割り5杯程度を飲んで過ごしている。何もすることがない退屈さをお酒を飲んで解消している。妻からお酒のことで小言を言われることも多く家庭内の喧嘩が絶えず、家族に隠れて飲酒をすることもある。</p> <p>【飲酒習慣】飲酒量は1日5合、1日の大半を飲酒で過ごす。 【身体症状】なし 【精神症状】なし 【日常生活】家庭内の喧嘩</p>
<p>症例③ 48歳男性 会社員 既婚</p>	<p>ほぼ毎日飲む。通常はビール350ml缶1本とその後焼酎1合程度をお湯割りにして飲む。飲み会でつい飲みすぎ、翌朝そのことを思い出せないことがたまにある。しかし、そのために仕事を休むことはない。職場の健診で軽度の肝障害と高血圧を指摘され、飲酒量を減らすように指導されている。</p> <p>【飲酒習慣】ほぼ毎日飲む。通常は計3合弱だが、飲みすぎることがある。 【身体症状】肝障害、高血圧 【精神症状】なし 【日常生活】記憶をなくすことがある</p>
<p>症例④ 45歳男性 会社員 未婚</p>	<p>仕事が終わる頃になると、お酒のことが気になってそわそわする。飲み始めると、最低でもビール中ジョッキ2杯程度の後ウイスキーダブル2～3杯程度飲んでしまう。時々記憶をなくしてしまう。この間は、電車の終点で駅員に起こされ、無事に帰宅したものの帰路をよく覚えていない。二日酔いで遅刻することもあるため、量を減らしたいと思うが、つつい飲んでしまう。</p> <p>【飲酒習慣】毎日4-5合程度飲酒 【身体症状】なし 【精神症状】なし 【日常生活】時々飲酒により記憶をなくす、二日酔いによる遅刻</p>
<p>症例⑤ 42歳男性 会社員 既婚(子供あり)</p>	<p>42歳男性。2年前に昇進し仕事の負担が増え、仕事で抱えたストレスを飲酒で発散するようになった。平日は日本酒1～2合程度の晩酌のみで過ごす。休みの前日には飲む事が頭から離れず、飲み始めると日本酒6合程度飲んでしまう。夜遅くに自宅に帰り、大声で喚き、寝ている妻や中学生の長男を起こして時に暴力を振ることが月に2～3回程度みられるようになった。最近は酔って暴れ、警察を呼ばれたこともあった。翌日には暴力を振ったことは覚えておらず、妻や子供に謝るが同様のことを繰り返した。家庭内の空気も悪くなり、離婚も迫られ、飲む量を減らすことを家族に宣言するが、なかなか減らすことができない。</p> <p>【飲酒習慣】平日は1～2合、休前日は6合を飲酒し暴力を振ることがある。 【身体症状】なし 【精神症状】なし 【日常生活】酔うと暴力を振ることがあるが覚えていない。離婚を迫られている。</p>
<p>症例⑥ 40歳女性 主婦 既婚(子供あり)</p>	<p>夫と子供(5歳)の3人家族。結婚後、専業主婦となり、夫が酒好きだったため、夫に付き合い毎日夕食時にビールを飲むようになった。今では時々家事の合間に飲んでしまい、1日に酎ハイ350ml缶が2～3本になることがある。そのために家事がおろそかになっている。夫や友人には気づかれていないが、量を減らしたいと思っている。だが減らせない。</p> <p>【飲酒習慣】夕食時と家事の合間の飲酒量で1日平均3～4合 【身体症状】なし 【精神症状】憂鬱 【日常生活】育児や家事がおろそかになっている</p>

※ 飲酒量は日本酒換算

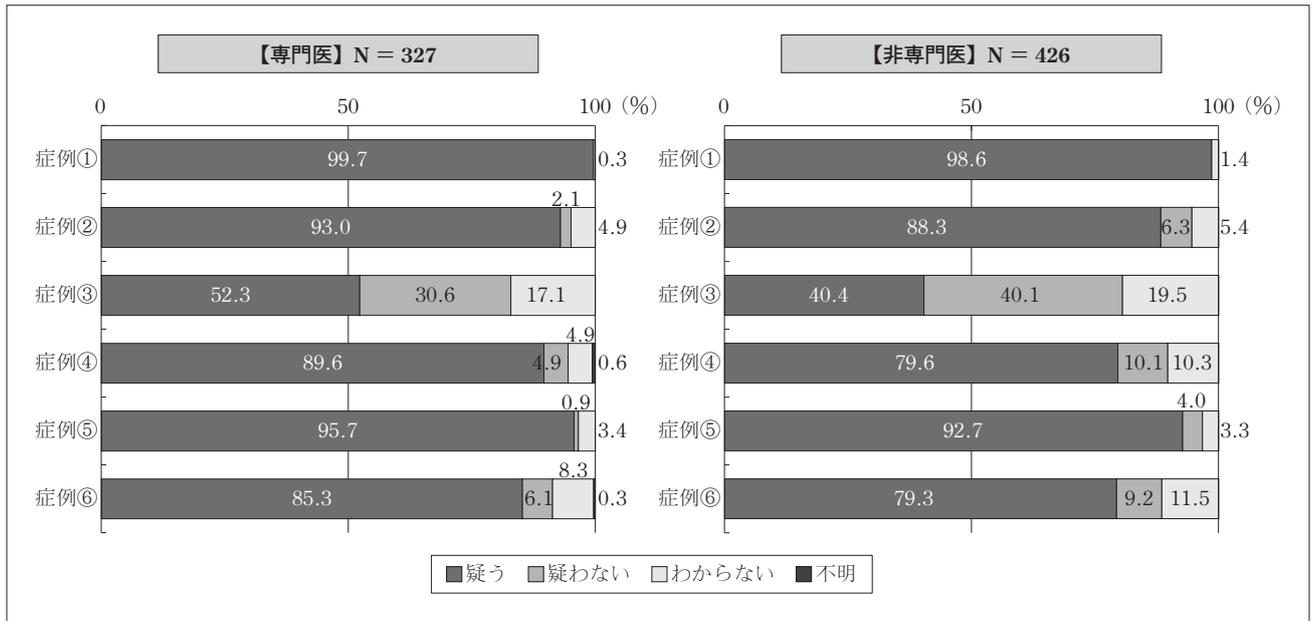


図1 アルコール依存症を疑うかどうかの判断

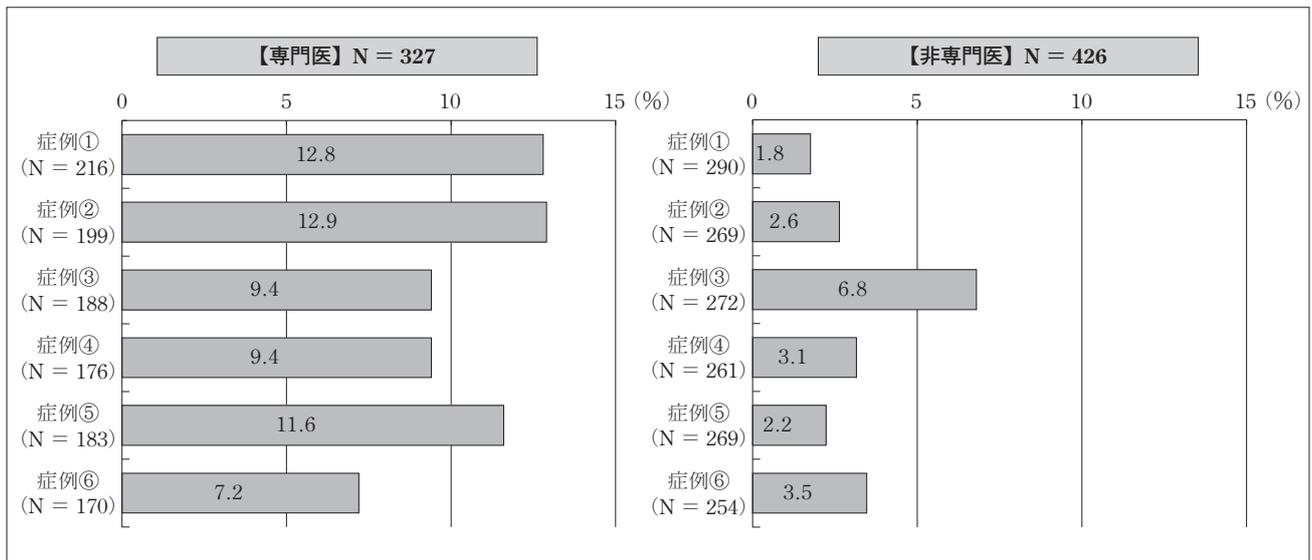


図2 現在受診している患者のうち、各仮想症例と同程度のアルコール問題を抱えている患者の割合

また、自施設に受診している患者のうち、各仮想症例と同程度のアルコール問題を抱えている患者がどの位の割合で受診しているかという質問では、専門医では7.2～12.9%、非専門医では1.8～6.8%と回答した(図2)。

一方で、アルコール依存症の診断・治療を行うことに抵抗を感じるかどうかを尋ねた質問では、専門医は12.5%、非専門医は54.5%が「抵抗を感じる」と回答した(図3)。特に非専門の内科医師はHP(20床以上)、GP(20床以下)でそれぞれ70.0、70.4%が「抵抗を感じる」と回答した。

## 考 察

本調査では、アルコール依存症の専門医と非専門医の間で、アルコール依存症を疑う症状の認識に明確な違いはみられず、非専門医であっても比較的軽度な症例からアルコール依存症を疑った。また、専門医・非専門医に受診する患者のそれぞれ7.2～12.9%・1.8～3.5%がアルコール依存症の仮想症例に該当する患者であり、非専門の医療機関においても一定の割合でアルコール依存症患者が受診している実態が示唆された。

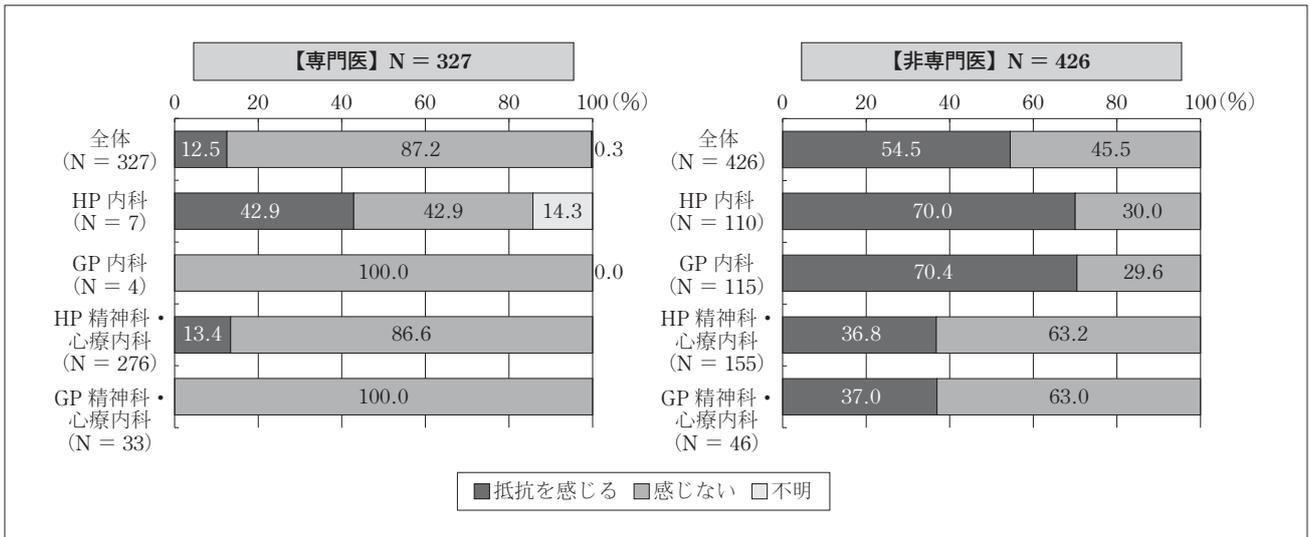


図3 アルコール依存症の診断・治療を行うことに対する抵抗感

一方で、非専門医は専門医と比較してアルコール依存症治療への抵抗感を持っていることが示された。この治療への抵抗感は、非専門医師における適切な医療提供への妨げとなっている可能性がある。これらのアンケート結果は、非専門医アルコール依存症について専門医と同等の診断基準を有しているものの、治療に取り組むことを躊躇していることを示唆している。

アルコール依存症を疑うかどうかの質問では、webによる調査においては調査対象者が医師だけでなく一般生活者も含むため、「診断」ではなく「疑う」という用語を用いた。したがって、この結果を「確定診断する割合」と同義に解釈はすることはできない。症例③は、ICD-10の基準からアルコール依存症とは判断できない症例であるが、専門医の52.3%はアルコール依存症を疑った。実際の医療現場では、アルコール依存症を疑う症例に対して詳細な診察を行った上で最終的な診断をするため、実際にアルコール依存症と診断される割合は本調査で「疑う」と回答した割合より低くなると考えられる。

診断・治療に対する抵抗感に関する質問では、専門医で治療に「抵抗を感じる」と回答した医師はいずれも20床以上の病院の医師であったが、非専門においては病院の規模によらず内科でより高い抵抗感が示された。この結果は、診療科や病院の規模によってそれぞれ異なる事情により抵抗感が生じていることを示唆しており、より詳細な調査が求められ

る。

本調査は、専門医は郵送、非専門医はwebを用いて調査を実施した。実施方法の違いによりバイアスが発生している可能性は否定できないが、両者の質問項目は同一、かつ匿名で回答を得ていることから、実施方法の違いの影響は軽微であると考えられる。

また、本調査の実施においては、具体的な症状や背景を含んだ仮想症例が作成された。臨床現場において、これらの仮想症例を念頭に置かれることで、今後のアルコール依存症の理解と、より適切な診断に寄与することを期待する。

#### 利益相反

共著者のうち、樋口 進、湯本洋介は、大塚製薬株式会社より講演料の提供を受けた。中村 出、岩崎真子、小島慶嗣は、大塚製薬株式会社の社員である。

#### 資金提供

本調査および公表にかかわる費用は大塚製薬株式会社が負担した。

#### 引用文献

- 1) WHO : Global status report on alcohol and health, 2014.
- 2) WHO : Global health risks, 2009.
- 3) Osaki Y, et al: Alcohol Alcohol 2016; 51: 465-473.
- 4) 厚生労働省 : 平成 29 年 患者調査.
- 5) 樋口 進 : 新アルコール・薬物障害の診断治療ガイドライン. 新興医学出版社, 東京, 2018.