



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2報〉： 非専門医によるアルコール依存症治療の実施における課題

樋口 進¹⁾／湯本洋介¹⁾／中村 出²⁾／岩崎真子²⁾／小島慶嗣²⁾

Awareness Survey of Medical Specialists and Non-specialists on Alcohol Dependence 〈Part 2〉: Current Issues for Non-specialists in Treating Alcohol Dependence

Susumu HIGUCHI¹⁾／Yosuke YUMOTO¹⁾／Izuru NAKAMURA²⁾／Masako IWASAKI²⁾／Yoshitsugu KOJIMA²⁾

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

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

● 要旨

医師を対象としたアルコール依存症についての意識調査結果から、治療に対する抵抗感の原因を分析した。アルコール依存症専門医と非専門医で、飲酒習慣を改善した方が良いと考える症例に明らかな差はみられなかったが、各症例に対してアルコール問題へのケアを「行わない」と回答する割合は、専門医の0.3～2.1%に対し、非専門医は4.0～8.0%であった。また、治療に抵抗を感じる理由は、「治療体制が整っていない」と回答した割合が、専門医の29.3%に対し、非専門医では76.3%であった。本調査により、非専門医においてもアルコール依存症治療の必要性は理解されているものの、治療体制の不備が治療実施の障害になっている実態が示された。

背 景

アルコール依存症は様々な身体・社会問題の原因となっており、社会的損失が非常に大きい疾患である^{1)~3)}。しかし、現在アルコール依存症の罹患者数は約57万人と推計されているが⁴⁾、診断されて治療を受けている人数は約5万人と報告されており⁵⁾、この治療ギャップを埋めることはアルコール依存症医療において重要な課題となっている。

アルコール依存症患者の多くが治療に結びついていないことは、患者自身が飲酒による問題を認めないことや、疾患に対する偏見の影響があると考えら

れる⁶⁾。また、アルコール依存症患者の多くが何らかの理由で医療機関を受診していないながらアルコール依存症の専門治療を受けていないという報告から⁷⁾、非専門医がアルコール依存症を適切に診断することができていない可能性が考えられたが、第1報⁸⁾で報告したように、専門医と非専門医でアルコール依存症を疑う症例に明らかな差は認められなかった。さらに、第1報では、アルコール依存症非専門医は、アルコール依存症に該当する症例を1.8～3.5%の割合で診察する機会がありながら、治療に抵抗を感じていることを報告した。アルコール依存症における治療ギャップを埋めるために、治療へ

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 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

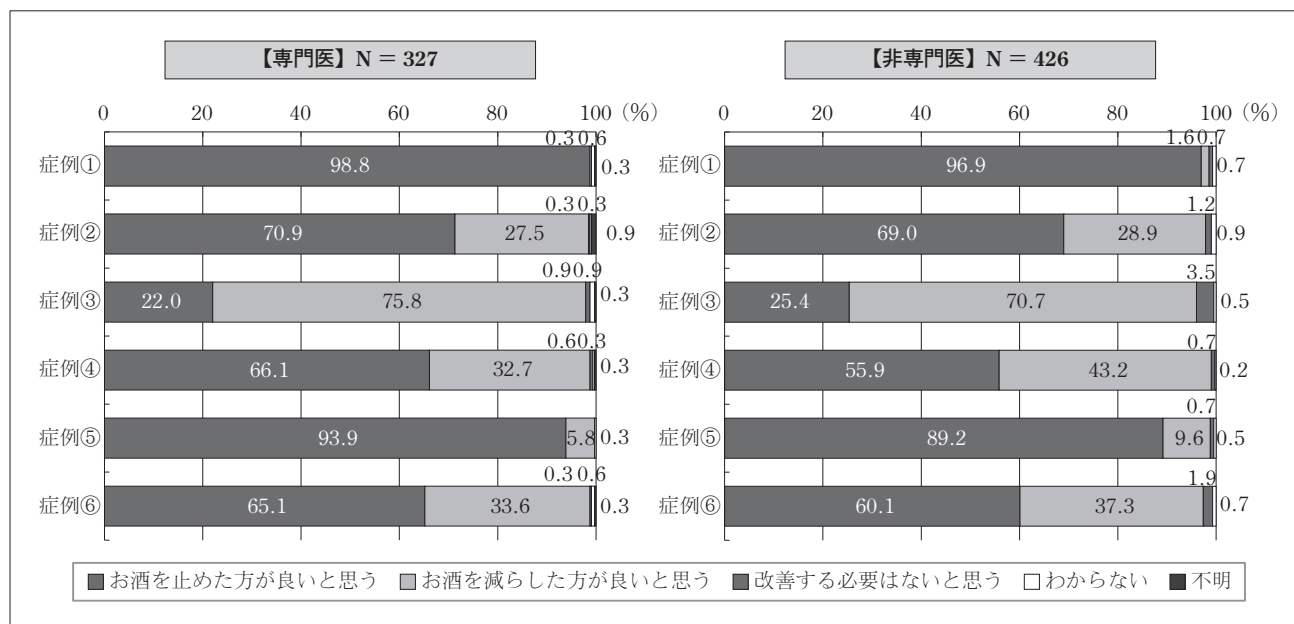


図1 飲酒習慣を改善した方が良いか

の抵抗感を軽減することが求められるが、まずはその抵抗感の性質を理解し、それが何に起因するのかを明らかにする必要がある。

本稿(第2報)では、アルコール依存症専門医および非専門医を対象としたアンケートの結果をもとに、アルコール依存症治療に対して抵抗感を生じる要因について報告する。

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。本稿は、第1報⁸⁾で報告したアンケート調査と同一の調査に基づく報告である。

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。本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。各被験者に、アルコール問題を持つ

仮想症例を提示し、各質問に対する回答を得た。仮想症例(表1)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を対象に、提示した各仮想症例(表1)についてそれぞれ飲酒習慣を改善すべきかどうか、という質問に対する回答では、専門医・非専門医ともに、「お酒を止めた方が良いと思う」と回答した割合は症例①、⑤、②、⑥、④、③の順に高く、同様の傾向であった(図1)。アルコール依存症に該当しない症例③においても、専門医と非専門医で、「お酒を止めた方が良いと思う」と回答した割合は、それぞれ22.0%、25.4%、「お酒を減らした方が良いと思う」と回答した割合は、それぞれ75.8%、70.7%であり、同様の傾向であった。

各仮想症例に対してアルコール問題へのケア(治療・指導・継続受診の促進等)を行うか、という質問では、アルコール依存症に該当しない症例③においても89.6%の専門医が「ケアを行う」と回答し、

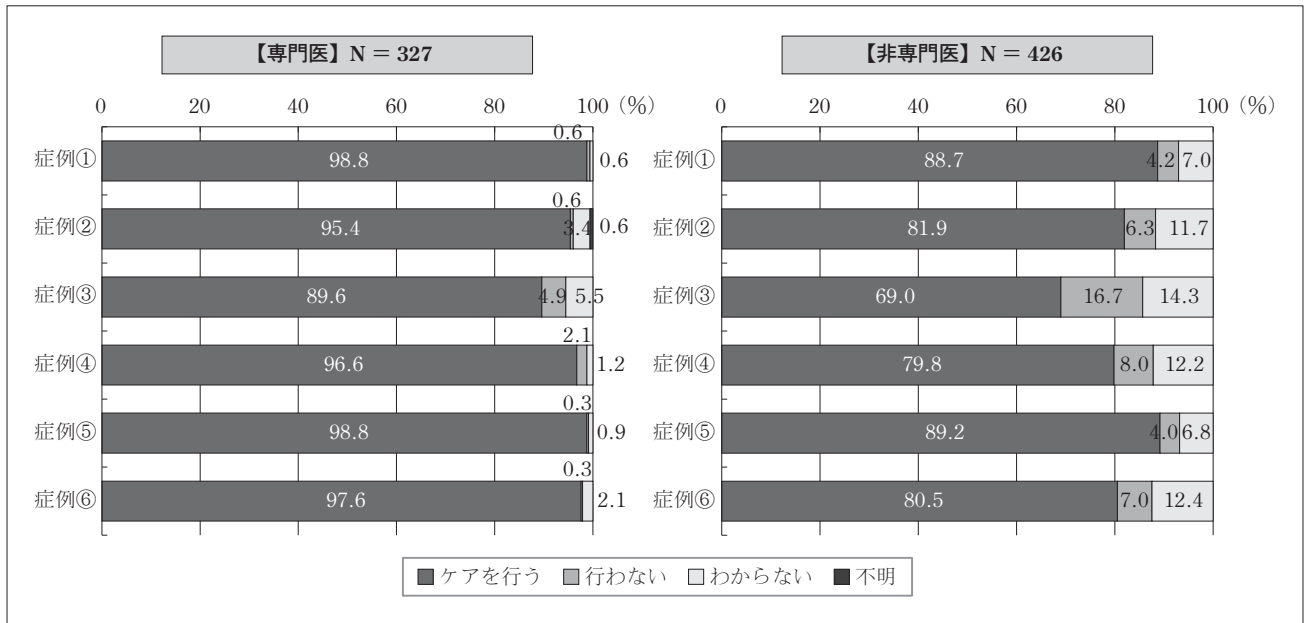


図2 アルコール問題へのケア（治療・指導・継続受診の促進等）を行うか

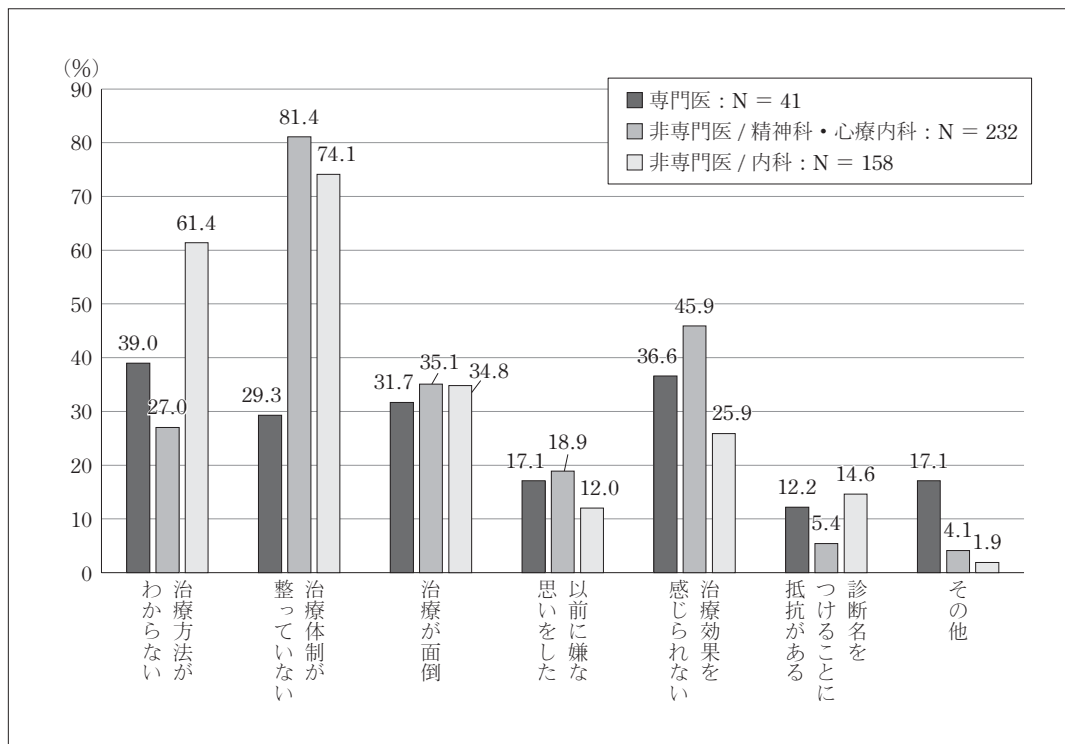


図3 アルコール依存症の診断・治療を行うことに対する抵抗感

アルコール依存症に該当するその他の症例では95.4%以上の専門医が「ケアを行う」と回答した(図2)。非専門医においては、全体的に専門医と比べてケアを行うと回答する割合は低いものの、症例③で69.0%、その他の症例では79.8%以上がケアを行うと回答した。ケアを「行わない」と回答した

割合は、専門医の0.3～2.1%に対し、非専門医は4.0～8.0%であった。

アルコール依存症の診断・治療を行うことに対する抵抗を感じる理由として、非専門医が最も多く上げた回答は、内科と精神科・心療内科ともに「治療体制が整っていない」で、それぞれ74.1%と81.1

%だった(図3)。「治療方法がわからない」を抵抗を感じる理由として挙げたのは、非専門医/内科と非専門医/精神科・心療内科でそれぞれ61.4%と27.0%で、非専門医/内科の回答では2番目に多かった。「治療効果を感じられない」を抵抗を感じる理由として挙げたのは、非専門医/内科と非専門医/精神科・心療内科でそれぞれ25.9%と45.9%で、非専門医/精神科・心療内科の回答では2番目に多かった。このように、診療科によって抵抗を感じる理由には違いがあった。一方、専門医では、抵抗を感じると回答した人数が41人(12.5%)のみであるが、最も多かった回答は「治療方法がわからない」(39.0%)で、2番目は「治療効果を感じられない」(36.6%)であった。

考 察

本調査の結果では、非専門医の54.5%が治療に抵抗を感じている(第1報)⁸⁾一方で、専門医と同様に非専門医であっても飲酒習慣を改善した方が良いという考えを持っていることが示された。しかしながら、それぞれの症例に対してケアを行うか、という設問への回答では、非専門医は専門医と比較して、ケアを行う割合が低かった。これらは、非専門医が治療を含むケアを行うことに関する何らかの障害の存在を示唆する結果であると考えられる。

アルコール依存症の診断・治療を行うことに対して抵抗を感じる理由についての回答では、非専門医における抵抗感の最も大きな原因は「治療体制が整っていない」であるため、この問題の解決には組織や制度面での対応が求められる。また、非専門医が抵抗を感じる理由は内科と精神科・心療内科で違いがあった。非専門医/内科では、「治療方法がわからない」という回答が多かったことから、アルコール依存症を疑ったとしても、治療方法が認知されていないことにより実際に診断・治療を実施するに至らない場合があると考えられる。一方で、非専門医/精神科・心療内科では「効果を感じられない」という回答が多かったことから、アルコール依存症の治療を経験した上で、その治療介入の効果が少ないことから抵抗感を感じている場合が多いと考えられる。

非専門医/内科における治療体制については、アルコール依存症の治療に不可欠な精神療法に対する診

療報酬の算定やメディカルスタッフの人員確保が求められるが、それらを直ちに改善することは困難である。しかしながら、潜在的に多くのアルコール依存症患者が内科を受診していると考えられることから、非専門医/内科を受診した患者を適切な治療に結びつけ、治療ギャップを解消するための対策が必要である。

2018年に改訂された診断治療ガイドライン⁹⁾では、専門医以外であってもアルコール依存症治療に取り組むことを可能にすることを意識し、軽症のアルコール依存症に焦点が当てられた。しかし、2013年に行われた調査では、アルコール依存症(ICD-10)に該当する者の8割以上が医療機関を受診しながらアルコール依存症の治療を受けていないことが報告されており、軽症例の多くが見過されてきたと考えられている¹⁰⁾。かつてのアルコール依存症診療は重症例が主な治療対象であったため、非専門医は入院治療のみを選択肢と認識し施設での対応が難しいと考えた可能性が想定されるが、さらなる検証が求められる。

今後、非専門医が、軽症の段階から外来で積極的な医療介入を行い、治療効果を実感することが、さらに多くの軽症例を診療する動機となり、治療ギャップを埋めることでアルコール依存症の重症化予防に寄与することを期待する。

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。

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) 尾崎米厚 : 医学のあゆみ 2015; 245: 896-900.
- 3) 尾崎米厚 : 日本アルコール・薬物医学会誌 2017; 52: 73-86.

- 4) Osaki Y, et al: Alcohol Alcohol 2016; **51**: 465-473.
 - 5) 厚生労働省：平成29年患者調査。
 - 6) Probst C, et al: Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy 2015; **10**: 32.
 - 7) 樋口 進：厚生労働科学研究「WHO世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合的研究」。
 - 8) 樋口 進, 他：診療と新薬 2021; **58**: 199-203.
 - 9) 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.
 - 10) 尾崎米厚：Progress in Medicine 2013; **33**: 803-807.
-