

PREVENTION No.313

平成 30 年 11 月 15 日開催

プライマリケアにおける減酒指導について

吉本 尚(筑波大学医学医療系)

1 はじめに

2010 年 5 月の世界保健機構 (WHO) 総会で、「アルコールの有害な使用を低減するための世界戦略」が満場採択された。プライマリケア、すなわち診療所や小病院といった住民の身近なケアの窓口となる場所での「予防・治療・ケアシステムの強化」、「ブリーフインタベンションの推進」が挙げられている。その流れは、2013 年に成立したアルコール健康障害対策基本法、その後の国および都道府県のアアルコール健康障害対策推進計画に反映され、今後プライマリケアでの対策の強化がなされてくると考えられる。

2 日本のプライマリケアにおける患者層

伴らは 1999 年に、久里浜式アルコールスクリーニングテスト (KAST) を用いた調査を岡山県で実施した。複数のプライマリケア提供施設を対象とした調査で、男性の 12.9%、女性の 1.9%が KAST 0 点以上であったことを報告した。この調査では診療所、小病院といった診療場所別の頻度の違いはなかった。このようなプライマリケアの外来受診患者での問題飲酒者の頻度を正確に指摘できたプライマリケア医は 0.6%で、過小評価がほとんどであった。

2015 年に高橋らが茨城県、福岡県のプライマリケア提供医療機関で、アルコール使用障害スクリーニング特定テスト (AUDIT) を用いた調査を行ったところ、男性 23.8%、女性 2.3%で AUDIT 10 点以上であった。一方、AUDIT20 点を超える患者は 0.8%であった。このように、少なくとも日本のプライマリケア医療機関受診者の持つアルコールの問題は減っていないことがうかがえるが、アルコール依存症を疑う患者の割合はそれほど多くない、という結果であった。

プライマリケアでは、健診で高血圧・糖尿病・脂質異常症などの生活習慣病を指摘された方、外傷、職場での適応障害、うつ病、原因不明の血圧低下・下腿浮腫など様々な主訴で受診されるが、

「アルコールの問題を相談したい」という主訴で来られる方はほとんどいない。筆者も医師になって15年間で、唯一1人だけである。

3 プライマリケアにおける減酒指導の対象

前述のように、プライマリケアの現場ではアルコール依存症の対応だけでは不十分であることが分かる。アルコールによる問題がある、ということをもう少しかみ砕く必要がある。アルコール使用の連続性(スペクトラム)を考えると、アルコール依存症になる前にはアルコールの有害な使用、さらに前には危険な使用という段階がある。「有害な飲酒」「危険な飲酒」の段階から簡易介入を行うことが効果的と言われており、こういった早期の介入は、アルコールに関連する身体的・心理的・社会的問題を減らす意味でも、医療者・医療機関の疲弊の軽減、医療費の増大を軽減させるという視点からも、非常に重要な取り組みである。このようなスクリーニング、介入、適切な紹介・連携を効果的に行う枠組みとしてSBIRTというシステムや、SBIRTに自助グループを組み合わせたSBIRTS (Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment and Self help group) が提案されている。早期のスクリーニングや簡易介入はエビデンスが蓄積され、飲酒量低減や医療機関利用の減少、社会的コストを下げる効果が明らかにされているが、専門医療機関への紹介や自助グループへの紹介によるエビデンスの蓄積はこれからの課題である。

4 減酒指導の内容と工夫

プライマリケア従事者が良く行っている行動科学に関する理論・知識として、行動変容のステージ、健康信念モデル、自己効力感などがある。

行動変容のステージはステージに応じた対応、すなわち前熟考期(無関心期)には情報提供しながら関心が芽生えるのを待つ、熟考期(関心期)にはメリットとデメリットについて話し合い、重要度・自信度を確認しながら動機づけを行う、準備期には実行可能な目標を立て、立ちはだかるハードルを越える方法を考える、行動期には褒める、褒める、褒める、そして失敗につながりそうな横道に逸れない工夫を考える、維持期も褒めに褒め、行動が確立する後押しをするという対応を行うことで行動変容に繋げる。残念ながら失敗してしまった際には再発期として、残念な気持ちに共感しながら、ここまでできたことを褒め、失敗のポイントが分かった二度目は成功の可能性がさらに高まることを伝え、再チャレンジの準備に取り掛かるのである。

最も重要なのが熟考期で、重要性を高め、自信を持ち、チャレンジをするきっかけを対話の中から作り出すことが重要であるが、健康信念モデルはこういった熟考期や前熟考期によく用いられる。行動のプラス面とマイナス面、問題の起こりやすさ、問題の重大性の4つの信念を持っており、問題の起こりやすさや重大性が本人の危機感につながり、きっかけが生じることで行動が変わっていくという考え方である。特に行動のマイナス面が最も行動に影響すると言われており、メリットばかり強調する方法ではなかなかうまく行動変容につながらない方も多い。

自己効力感、すなわち自信に着目することも、熟考期や前熟考期には有用なアプローチである。過去の成功体験に注目したり、最初の1歩を踏み出しやすくする短期目標を立てたり、自分へのご褒美を設定したり、家族や友人といった社会的サポートを得ることなどをすると、自信を高め、成功に近づける可能性が高まる。

5 コミュニケーション上の工夫～LEARNのアプローチ

最後に、行動科学的な理論があっても、本人にそのことが伝わらないと意味がない。異文化コミュニケーションのための理論である LEARN のアプローチを応用して、患者-医療者のコミュニケーションに用いている。具体的には、

L: Listen (傾聴) 飲酒に対する患者の考えや価値観を確認する。

E: Explain (説明) 医学的見地から、分かりやすい用語を用いて説明する。

A: Acknowledge (相違の明確化) ここまでしっかり理解できているか確認し、適量についての知識がうまく伝わっていないことを認識し、共感しながら再度説明を行う。

R: Recommend (提案) 仕事のストレスを飲酒以外で代替する方法をいくつか患者本人から提案してもらい、その後医療者からもいくつか提案する。

N: Negotiate (交渉) 実際に試すことができそうと本人が思う2つを次回受診までに実践してもらう方針に。

重要なのは、まずは Listen から始まること。良い患者-医療者関係を作るためにも、まずは患者本人の言い分を聞き、本人は何を重視しているのか、どんな価値観を持っているのかを引き出し、患者-医療者がお互い歩み寄る協同作業を行うことが重要である。