

## 【茨城】「患者が増え、収益向上にも寄与」アルコール低減外来の診療報酬・時間を公開-吉本尚・筑波大学地域総合診療医学准教授に聞く◆Vol.3

2023年5月5日（金）配信 m3.com地域版

アルコール依存症への対応は時間と労力がかかるのでは？ そう聞いてみると、意外な答えが返ってきた。減酒がテーマの「アルコール低減外来」を茨城県に三つ開設してきた筑波大学の吉本尚准教授は、患者100人超を対象に診療報酬点数と診療時間の平均を割り出した。「患者が増えて来院は安定しており、むしろクリニックの収益向上に寄与しています」。家庭医や総合診療医が飲酒の悩みに応える意義も踏まえ、経営の実際を聞いた。（2023年3月29日オンラインインタビュー、計3回連載の3回目）

▼第1回はこちら

▼第2回はこちら



吉本尚氏（本人提供）

——吉本先生が専門外来を2019年に開設した背景として、「アルコール問題への対応はプライマリ・ケア医が担うと有用」とするアルコール依存症治療のガイドラインやWHOの資料の記述を挙げていました（詳細は『[飲酒の悩みをかりつけ医にできる文化をつくりたい—全国初の「飲酒量低減外来」開設を主導した筑波大学地域総合診療医学准教授・吉本尚氏に聞く◆Vol.2](#)』を参照）。家庭医療専門医でもある先生が診療を始めて4年、手応えは。

外来患者さんの9割はアルコール依存症なのでそれを土台に話すと、外来開設前から行っていた禁煙外来での診療経験が生まれました。アルコールもタバコに含まれるニコチンもそれに「依存している」点では共通しており、患者さんとのコミュニケーションや薬の活用法などの面で似ているところがあります。

アルコール依存症の治療は精神科医が中心に行っており、近年は消化器内科医も担うようになってきましたが、どちらの医師もニコチン依存症への対応は豊富ではない傾向があります。一方、私たち家庭医や総合診療医は禁煙外来の診療に携わることも多いほか、「患者さんの生活習慣に焦点を当ててその変容を促していく」点では生活習慣病の診療経験も応用できると思います。

——「家庭医としての経験をアルコール問題にも生かせる」とすれば、担い手が増えやすいかもしれませんね。

アルコール低減外来の枠組みは、禁煙外来とほぼ同じにしています。この外来の診療は「評価」「カウンセリング」「投薬」の3本柱ですが（詳細はVol.1を参照）、禁煙外来でもニコチン依存症のスクリーニングテスト「TDS」を実施した後にカウンセリングを行い、治療方針を検討します。タバコを吸う本数や喫煙歴を聞くことと飲酒量や飲

酒歴を聞くこと、禁煙外来で呼気一酸化炭素濃度を測定することとアルコール低減外来でアルコール呼気試験を行うこと……似ていますよね。「内科医や家庭医でも実践しやすいように」と考えての仕組みです。

禁煙外来では喫煙を完全に止めることを目指すのに対し、アルコール低減外来では断酒だけでなく減酒も含めた目標を立てる。アルコール低減外来の診療に期限はないものの、禁煙外来では保険診療で12週間と定められている。こんな違いはありますが、診療での心構えは似ていると思います。

**——さまざまな病気のリスクが上がるなど、アルコールの悪影響が科学的に指摘されるようになった今、飲酒関連の診療に興味を持つ人が医療者と一般の双方に増えてくるのでは。医師が興味を持ったとして、診療をどう学んでいけばいいのでしょうか。**

関心を持つ医師は増えていると思います。2カ月前、私が准教授を務める総合診療科のメンバーに飲酒欲求を抑える薬「セリンクロ（一般名ナルメフェン）」の使用法を学ぶ研修を受けないか打診したところ、20人のうち13人が「受りたい」「学んで診療に取り入れたい」と答えました。私は今まで、自主的に希望を伝えてきた人に対してアルコール低減外来での診療を教えていましたが、こちらから提案するとこんなに反応があるんだと。

診療をどう学ぶかについては、まずセリンクロの処方要件となる研修（アルコール依存症の診断と治療に関するeラーニング研修）を受けるのが良いと思います。この薬を処方するためにはオンラインで3時間の研修を受ける必要があり、この中でアルコール依存症や薬の特徴、診療時の留意点などが説明されます。生活習慣病や禁煙外来での診療経験のある医師であれば、さほど普段の診療と変わらないことが分かるのではないのでしょうか。

一方、診療への導入には注意が必要です。開業医は自己判断で実施できますが、勤務医が始めたい場合は他科との合意形成が重要でしょう。アルコール依存症の患者さんは複数の病気を抱えていることが多く、ときに救急搬送されることもあります。私が筑波大学でアルコール低減外来を開いたときは、事前に救急科、消化器内科、精神神経科の先生方と協議しました。

**——アルコール低減外来は茨城県に三つまで増えました。アルコール依存症に対応する精神科医から反発はなかったのですか。**

ありませんでした。というのも、アルコール依存症は治療が必要な人と実際に治療を受けている人のずれを示す「治療ギャップ」が大きいからです。病気に該当する人は国内に約100万人いると考えられる一方、医療機関を受診している人は約5万～10万人と見られる。つまり「問題を抱えている人のわずか5～10%しか来ない」現状を精神科の先生方は分かっているんですね。

なので、こうした治療ギャップを縮めようとする取り組みはネガティブに捉えられませんが、そもそもアルコール依存症の治療を専門とする精神科医は精神科全体の5%ほどと言われており、精神科クリニックの医師の3、4割が診療に後ろ向きであることも過去の調査で示されています。

医療の専門領域としては、私も精神科医が対応した方が良いと思います。しかし医療を供給する側にこうした認識があり、医療を受ける患者側も断酒を促されるイメージなどから足を運ばないケースが多い状況です。患者さんの依存度が高く入院の必要があるときは精神科病院に診療をお願いしており、また断酒を治療方針のメインとする精神科の先生などから減酒目的で患者さんを紹介されることもあります。精神科との連携は今のところうまくやれているのではないのでしょうか。

**——「アルコール依存症の治療は時間と労力が必要」。こんな印象から、「経営を圧迫しないだろうか」と考える開業医がいるかもしれません。**

アルコール低減外来を設ける北茨城市民病院附属家庭医療センターではむしろ、収益の向上に寄与しています。お酒に悩みを抱える患者さんとの付き合いは長期にわたることが多く、安定して来院があり、診療報酬と診療時間のバランスも問題ない印象です。同センターに専門外来を開設して4年と少し経った今、私が診ている患者さんのおよそ5分の1がアルコール低減外来の患者さんになり、全体の患者数も増えました。

診療報酬点数と診療時間については調べて、学会で発表しました。同センター開設時から受診した100人弱を対象に計算したところ、初診での診療報酬点数の平均は約650点、つまり6500円ほどであり、再診の平均は約530点でした。診療時間は初診が平均約35分、再診が平均約10分でした。

意外と診療報酬は低くなかったのですが、これは患者さんの肝機能などを調べるため診察時に採血することが関係しているかもしれません。質問票への回答などがあるので初診には時間をかけているものの、状態が安定している人の場合、再診の時間があまり長くなっていないことも特徴です。

——意外でした。興味のある医師にとって有益な情報だと思います。最後に、今後の展望を。

飲酒の悩みに対応する精神科以外の受け皿をある程度つくれたのは良かったですね。ただ、「医者理想は患者さんがいなくなって暇になること」だと私は考えているので、忙しいのはいいことなのかなと……これはいつも思います。

「将来的には全国に広げたいか」という質問ですが、大切なのは悩みを相談したい人がいたときにちゃんと受診できる環境が整うこと。担い手を増やすだけでなく、オンラインも絡めて相談窓口が増えると良いのではないのでしょうか。私もオンライン診療は行いたいと考えており、その仕組みをどう作っていくか検討しているところです。身体的な安全性をどう確認したうえで診療するかなど、実現に向けて丁寧に検討・調整を進めていきたいです。

#### ◆吉本 尚（よしもと・ひさし）氏

2004年筑波大学医学群卒。東日本大震災発生後に飲酒の問題に着目し、アルコール依存症の治療に注力する「かすみがうらクリニック」（三重県）などで診療経験を積む。2014年に筑波大学医学医療系講師、2018年に同大地域総合診療医学准教授。日本プライマリ・ケア連合学会理事、同学会家庭医療専門医・指導医、日本アルコール関連問題学会総務・将来検討委員、茨城県アルコール健康障害対策推進会議委員など。

【取材・文＝医療ライター庄部勇太】

記事検索

ニュース・医療維新を検索

