

アルコール依存症は治療可能な病気です。適切な治療により禁酒を続けられれば、これらの問題は予防できるわけです。

#### 4) 依存症の自己チェック

簡単にご自身のアルコール依存の程度を評価するために、依存症の自己チェックリストを表に示しました<sup>14)</sup>。表1は男性用、表2は女性用です。いずれも、最近6ヵ月間の経験を尋ねています。男性の場合4点以上、女性の場合3点以上だと、依存症が疑われます。

男性で1～3点の者、女性で1～2点の者は、要注意群に入ります。この群の者は、飲酒量を減らしたり、一定期間禁酒をしたりする必要があります。念のため医療者と相談してみるのが良いでしょう。ただし、表にもある通り、1点の者で、それが男性の場合に質問項目1番、女性の場合に質問項目6番によるものの場合には、正常群とします（KAST-M、KAST-Fについては省略）。

#### 5) もし依存症の疑いがあるなら

あなたの依存度はいかがでしたか。既に説明しました依存症の症状や自己チェックリストから、アルコール依存症が疑われる場合には、専門医療への相談をお勧めします。あなたの住んでいる場所から最寄りの専門医療機関については、各県や政令指定市の精神保健福祉センター、または近くの保健所（福祉保健センター）にご相談ください。

繰り返しになりますが、アルコール依存症は治療可能な病気です。飲酒運転による事故で、被害者や家族の人生ばかりでなく、あなたやあなたの家族の生活を破壊する前に、その原因になっている依存症の治療を受けましょう。

#### D. 結論

本研究の目的はアルコール依存症者の社会復帰や地域ケアを促進するために、治療成績を向上させることである。具体的には断酒率の向上を目指してジスルフィラムに焦点を当て、アルコール依存症に対する無作為統制試験を

行なうことにした。その際、合わせて心理社会的治療介入として手紙療法を行なうことにした。しかし、今年度はこの他に、高齢アルコール依存症に対する調査および飲酒運転予防のためのパンフレットの作成を行なった。研究の進捗状況および得られた結果は以下のように要約される。

#### 1) ジスルフィラムのRCT

RCTは次年度から開始される。今年度はプロトコルの作成と参加協力病院の募集および説明等を行った。

#### 2) 高齢アルコール依存症に関する調査

初診時60歳以上の高齢アルコール依存症について、わが国を代表するような依存症専門治療施設20病院に調査を依頼した。内容は各病院における平成9年、14年、19年の患者の動向、および各施設30名までの高齢アルコール依存症に関する無記名個人調査である。上記について16病院、300症例に関する回答があった。結果をまとめると以下ようになる。

a) 上記3点ともデータを提供してくれた11病院における受診アルコール依存症例数は漸増傾向にあった。なかでも、女性症例とともに高齢症例の増加は顕著で、実数でも全症例に対する割合でも増加していた。

b) 高齢アルコール依存症を60歳未満と60歳以上でそれぞれ若年発症群と高齢発症群に分けると、前者は後者に比べて発症の引き金になる負のライフイベントを数多く経験していた。一方、高齢発症の引き金として、退職等に伴う自由な時間の増加が関係していた。

c) 若年発症群は高齢発症群に比べて、社会問題や気分障害を持つ者が多く、高血圧は高齢発症群に多く見られた。

d) 以上のように同じ高齢アルコール依存症であっても、発症年齢により関連問題の内容や発症関連要因等に明らかな差が認められた。

#### 3) 飲酒運転予防のためのパンフレット作成

常習飲酒運転にアルコール依存症が関係していることが示唆されている。この点を考慮に入れて、飲酒運転予防のためのパンフレットを作成した。

#### E. 参考文献

- 1) Volpicelli JR, Alterman AI, Hayashida M, et al. Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. Arch Gen Psychiatry 49: 876-880, 1992.
- 2) O'Malley SS, Jaffe AJ, Chang G, et al. Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence. Arch Gen Psychiatry 49: 881-887, 1992.
- 3) Saas H, Soyka M, Mann K, et al. Relapse prevention by acamprosate: results from a placebo-controlled study on alcohol dependence. Arch Gen Psychiatry 53: 673-680, 1996.
- 4) Johansson B. A review of the pharmacokinetics and pharmacodynamics of disulfiram and its metabolites. Acta Psychiatr Scand 86: 15-26, 1992.
- 5) DeMaster EG, Redfern B, Nagawasa HT. Mechanism of inhibition of acetaldehyde dehydrogenase by nitroxyl, the active metabolite of the alcohol deterrent agent cyanamide. Biochem Pharmacol 55: 2007-2015, 1998.
- 6) Fuller RK, Branchey L, Brightwell DR, et al. Disulfiram treatment of alcoholism: a veterans administration cooperative study. JAMA 256: 1449-1455, 1986.
- 7) Chick J, Gough K, Falkowski W, et al. Disulfiram treatment of alcoholism. Br J Psychiatry 161: 84-89, 1992.
- 8) Hughes J, Cook CCH. The efficacy of disulfiram: a review of outcome studies. Addiction 92: 381-395, 1997.
- 9) World Health Organization. Global Status Report on Alcohol 2004, World Health Organization, Geneva, 2004.
- 10) 高橋久雄, 奥山啓二, 横山 顕ほか. アルコ

ール依存症における肝臓障害. 胆と膵 22: 409-413, 2001.

- 11) 田中孝雄. 慢性アルコール中毒の長期予後の研究. 慶應医学 57: 733-748, 1980.
- 12) Higuchi S, Matsushita S, Maesato H, et al. Japan: alcohol today. Addiction 102: 1849-1862, 2007.
- 13) 樋口 進, 神奈川県警察本部交通部交通総務課. 常習飲酒運転者におけるアルコール依存症有病率の推定: 中間報告. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 42: 378-379, 2007.
- 14) 尾崎米厚, 松下幸生, 白坂知信ほか. 新しいアルコール症のスクリーニングテスト開発の試み. 厚生労働科学研究「成人の飲酒実態と関連問題の予防に関する研究 (主任研究者: 樋口 進)」平成16年度総括研究報告書.

#### F. 健康危険情報

報告すべきものなし。

#### G. 研究発表

##### 1) 国内

口頭発表	0件
原著論文による発表	0件
それ以外の発表	0件

##### 2) 海外

口頭発表	0件
原著論文による発表	0件
それ以外の発表	0件

#### H. 知的所有権の出願・取得状況 (予定を含む。)

1. 特許取得: なし
2. 実用新案登録: なし
3. その他: なし

## 図1. 各病院における新規受診患者数の推移

図1a. 各病院における推移

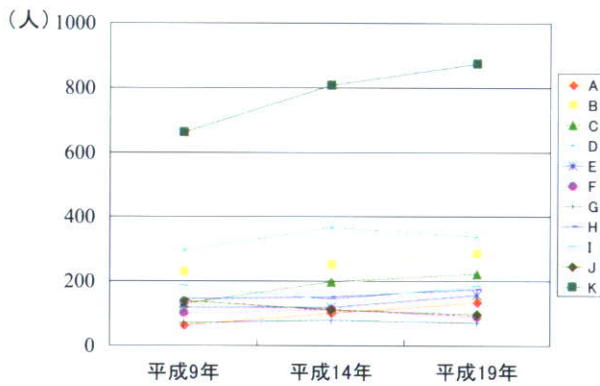
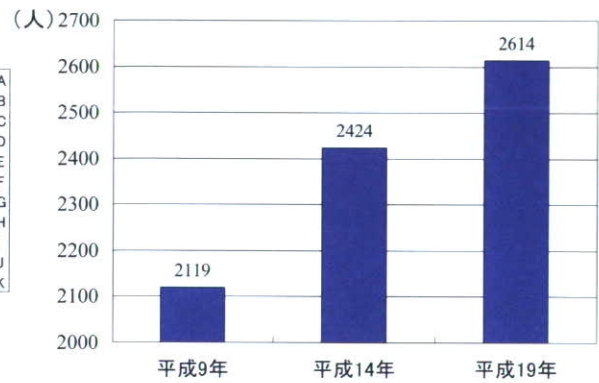


図1a. 全施設の合計数の推移



## 図2. 新規受診患者に占める女性患者割合の推移

図2a. 個々の病院の推移

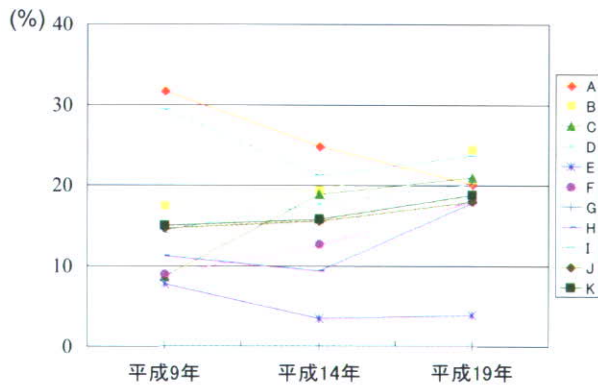


図2b. 全施設の合計実数および割合の推移

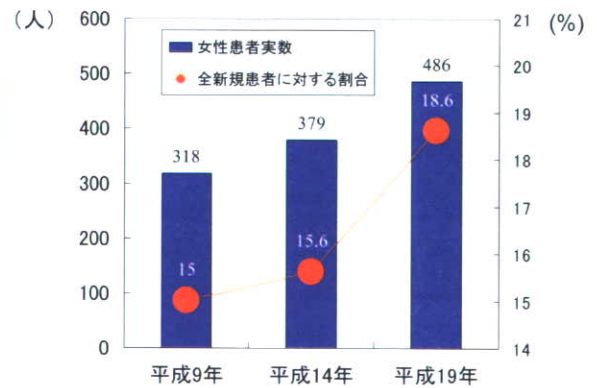


図3. 新規受診患者に占める高齢(60歳以上)患者の割合

図3a. 個々の病院の推移

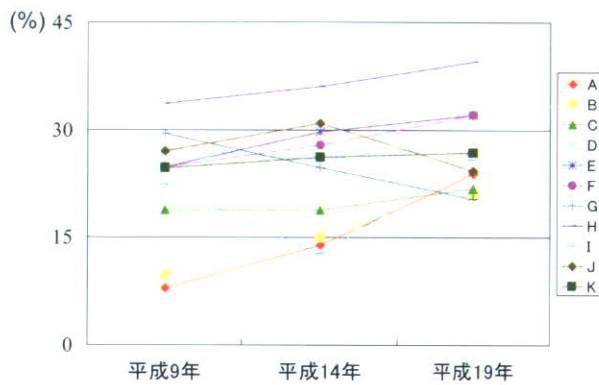
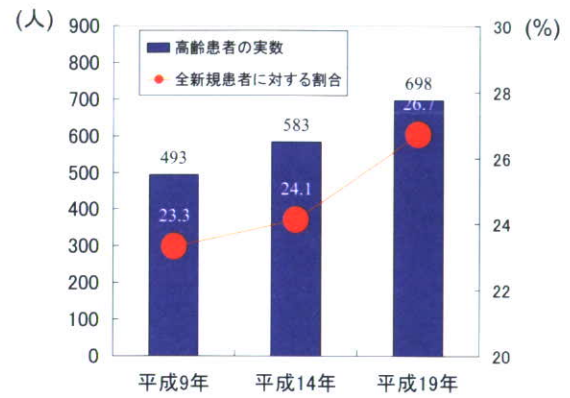


図3b. 全施設の合計実数および割合の推移



## アルコール依存症の治療に関する多施設共同研究

## 研究課題

1. アルコール依存症に対し、disulfiram の治療有効性が確認できるか。
2. 手紙による治療介入（手紙療法）の治療有効性が確認できるか。
3. 上記2つの治療手法が互いに治療効果を増強させるか。

## 研究の目的

アルコール依存症に対するdisulfiramの効果ならびに手紙療法によるpsychosocial interventionの効果を、ランダム化比較試験によって評価すること。

## 対象

## 1. 適格条件

本研究の被験者は次の条件を満たしていなければならない。

- (1) ICD-10の診断基準に合致したアルコール依存症候群（F10.2）患者
- (2) 18歳から65歳の男性
- (3) 疾患、研究内容を理解できる認知機能を有すること
- (4) 病名を告知されており、本研究への参加について文書による同意が得られていること
- (5) 服薬確認できる人がいること

## 2. 不適格条件

以下の条件に合致する患者は本研究の被験者から除外される。

- (1) アルコール以外の物質の依存症候群を合併している患者（タバコを除く）
- (2) 重篤な肝障害、心臓病などの抗酒剤の禁忌がある患者
- (3) 統合失調症、双極性感情障害の患者、評価時に大うつ病の患者

予定被験者数は300名を目標とする。

## プロトコール

## 1. 申し込み対象患者の選定

本研究の適格条件に合致した患者に対して、各施設の担当者は「患者説明用資料」を用いて説明を行い、文書による同意を得た患者を申し込み対象とする。

各施設の入院治療プログラムを終了し、その直後に退院した患者を対象とする。（中途退院者は含めない）

## 2. 同意の取得

退院予定日の3週間前までに、本人から同意を取得する。

各施設の担当者は申し込み対象となる患者に対して「患者説明用資料」を用いて以下の項目について説明しなければならない。

- (1) 本研究の目的及び方法
- (2) 予期される効果及び危険性
- (3) アルコール依存症に対する他の治療法の内容
- (4) 被験者が本研究に参加しない場合でも不利益を受けないこと
- (5) 被験者が本研究の参加に同意した場合でも随時これを撤回できること
- (6) 被験者のプライバシーは匿名化等により保護されること

上記の説明の後「同意書」に患者の署名を得る。「同意書」はセンター機関に送付し一括管理する。

### 3. 薬剤の投与開始

退院予定日の3週間前より、各患者に割り付けられた薬剤の投与を開始する。(入院中に抗酒薬が投与されている場合は薬を切り換える。)入院中の段階では、まだ各患者には、ジスルフィラム群かプラセボ群かは通知されない。(退院時に通知される)

### 4. 観察前評価 (各施設)

退院の1~3週間前に、以下のような評価を行う。

評価者が本人から直接聴取して行うもの

- ・ 日本版 ASI (患者重症度の評価と家族・社会的状況についての質問)
- ・ MINI (精神症状・精神科的合併症についての評価)
- ・ Form 90 AQ Interview (入院前の90日間の飲酒行動についての評価を行う)

患者に自記式質問用紙を配布して回収するもの

- ・ OCDS (飲酒行動についての評価)
- ・ URICA、RCQ (治療動機についての評価)
- ・ HAIS (内省・否認についての評価)

評価者が記入するもの

- ・ 飲酒歴、アルコール依存症の治療歴、合併症、自助グループ参加の有無、精神科的遺伝負因、入院中の態度についての記録用紙への記入
- ・ 血液検査データの記入 (ALT, AST,  $\gamma$ -GTP, MCV, HBs 抗原・HCV 抗体定性)  
血液検査のデータについては、入院中の最後の血液検査の値を用いる。HBs抗原・HCV抗体定性については入院時の値でも構わないこととする。
- ・ 各病院で末梢血を EDTA 採血管 (5mL) で採取し、SRL, BML などの病院間メール (不可能ならクール宅急便着払い) にて久里浜アルコール症センターに送付する。ALDH2, ADH1B 遺伝子型の検査を行う (久里浜にて検査)。EDTA 採血管は各病院に配布する。
- ・ ALDH2, ADH1B の遺伝子型に関する結果と簡単な説明の資料を作って各施設に配布する。

### 4. 被験者の登録と割り付け

処方番号により管理する。処方薬は久里浜アルコール症センターにて作成し、各群についての割り付けはセンターにて一括して行う。各番号に封をした患者宛手紙を添付しておく。手紙の中には、実薬群かプラセボかを書いておくが、医師には秘密にしておくように書いておく。手紙は退院時に渡すことにする。

### 5. 介入 (各施設)

患者に対し、各施設の担当医師が全例に通常の臨床管理を行う。

薬物療法

薬物療法群に対し、使用する薬物は以下の通りとする。

- ジスルフィラム群 (Disulfiram 200mg+チアミン100倍散800mg)  
手紙療法あり
- ジスルフィラム群 (Disulfiram 200mg+チアミン100倍散800mg)  
手紙療法なし
- プラセボ群 (チアミン100倍散1000mg)  
手紙療法あり
- プラセボ群 (チアミン100倍散1000mg)  
手紙療法なし

## 手紙療法

Psychosocial interventionについては、手紙による介入を行う。内容は、Disulfiramのアドヒアランスを高めること、さらにアルコール依存症の治療についてのモチベーションを高めることを目的とする。介入が行われているかどうかは、評価者には伝えないことを患者に説明しておく。具体的には、6ヵ月の追跡期間中に7回（退院後、2週、4週、6週、8週、12週、16週、20週）手紙を送り、その内容についてのレスポンスを郵送にて返信してもらう。手紙の発送は久里浜アルコール症センターから一括して行う。手紙の送付は、下記の脱落例に対しても続けて行う。

### 6. 通院時の評価（各施設）

#### (1) 通院スケジュール

退院後、最初の10週間は2週間に1回、その後は4週間に1回とする。

投与期間は26週間とする。

（退院後、2, 4, 6, 8, 10, 14, 18, 22, 26週後）

受診予定の日より2週間以上過ぎても処方薬を受け取りに来ないままの患者は、その時点で研究より脱落することにする。予定の受診日に来られなくなった場合でも、その日より2週間以内に来院して処方薬を受け取り、本人に続行の意思がある場合は続行とする。また、前もって受診予定日に都合が悪く来院できない場合は、週間まで延長して薬を処方することができる。受診予定日を過ぎて来院した場合も、次回の受診予定日は、本来の受診予定日を基準にする。

#### (2) 通院時の評価項目

患者が来院した際、以下の項目について評価する。

1. 飲酒の状況、量についての質問紙（毎回）
2. 社会的な状況についての質問紙（10週後と26週後）
3. OCDS（10週後と26週後）
4. 血液検査—ALT, AST,  $\gamma$ -GTP, MCV（10週後と26週後）
5. 採尿（10週後と26週後） 久里浜に送ってチアミン濃度を検査
6. 家族・その他の付添い人からの聞き取り調査（服薬のコンプライアンス・飲酒の状況について、10週と26週後）
7. 原則として家族にも来院してもらい聞き取り調査をするが、どうしても不可能な場合は、電話での聴取でも可とする。
8. 飲酒した場合の効果についての質問紙（もし飲酒があった場合のみ）評価者にblindとするために、用紙と封筒を渡し、患者本人から郵送してもらう
9. 副作用（副作用があった場合: 副作用の記録用紙に記入、場合により投与中止）

#### 7. 解析（センター機関）

観察期間終了後以下の項目について統計学的に解析を行う。

1. ジスルフィラムの飲酒に対する効果の違い（断酒率、飲酒量・頻度）
2. インターベンションを行ったことによる治療効果や服薬アドヒアランスへの影響
3. ジスルフィラムとインターベンションに相互作用があるか
4. 治療前評価の結果と転帰との相関

#### 8. 対象者への謝礼

研究費と相談して検討する。

#### 9. 投与を中止する場合

飲酒して入院加療が必要となった場合は薬剤の投与を中止する。

飲酒した場合も本人の続行の意思があれば研究は続行する。

来院予定日を2週間以上過ぎても来院しなかった場合は研究から脱落とする。

本人が来院しなくなっても、10週と26週に電話して飲酒の状況を確認する。

本人が自ら研究中止を申し出た場合は、電話はしない。

# あなたの飲み方は大丈夫ですか？

あなたとあなたの家族を守るために

平成 19 年度厚生労働科学研究「アルコール依存症患者の地域ケアに関する研究」  
樋口 進 (久里浜アルコール症センター副院長)

## 1. あなたの飲み方は

あなたは、どのような酒の飲み方をしているでしょうか？ 大切な用事が明朝あるので、早く帰らなければならないのに気がついたら午前様、などという経験はありませんか？ また、飲みすぎて心ならずも二日酔いをした経験はないでしょうか？ もし、繰り返しそのような経験をしているなら、飲酒のコントロールに問題があります。

1日に飲む量を考えてみましょう。以前に比べて酒に強くなり、飲む量が増えて毎日ビール中ビン 3 本以上または焼酎 2 合以上飲んでいませんか？

このような飲み方をしているなら、あなたはアルコール依存症の疑いがあります。これを機会に振り返ってみましょう。

## 2. もしや依存症では

アルコール依存症を一言でいえば、「大切にしていた家族、仕事、自分の健康などよりも飲酒をはるかに優先させるような状態」です。具体的には、酒量が多い、飲酒のコントロールができない、離脱症状（手が震える、寝汗をかく、酒を飲まないで眠れない、強烈的吐き気があるなど）がみられる、アルコールが自分の健康を害していることがわかっているのに止められない、などの症状がみられます。

なかでも特に重要な症状が 2 つあります。一つは、数時間おきに少量の飲酒を繰り返し、絶えず体にアルコールが入っている状態が何日も続くような症状です。もう一つは、既述の離脱症状です。このどちらか一つでも経験しているなら、アルコール依存症である可能性が非常に高いです。

## 3. 依存症を放っておくと

酒は 60 以上もの病気の原因になります。依存症をそのままにして飲酒を続けると体のほとんどの臓器が蝕まれていきます。たとえば、依存症者の 5 人に 1 人は肝硬変にかかっており、平均寿命も 50 歳前後という報告もあります。

アルコール依存症は様々な社会的問題の原因になっています。たとえば、飲酒運転を繰り返す人の中に、アルコール依存症やそれに近い人の存在が指摘されています。また、家庭内暴力や子供の虐待の原因がアルコール依存症であるという指摘もあります。

しかし、適切な治療により禁酒を続けられれば、これらの問題は防ぐことができます。アルコール依存症は治療可能な病気なのです。

## 4. 依存症の自己チェック

簡単にご自身のアルコール依存の程度を評価するために、依存症の自己チェックリストを表に示しました。表 1 は男性用、表 2 は女性用です。いずれも、最近 6 カ月間の経験を尋ねています。

1. 新久里浜式アルコール症スクリーニングテスト : 男性版 (KAST -M)  
近 6 か月の間に、以下のようなことがありましたか。

項目	はい	いいえ
食事は 1 日 3 回、ほぼ規則的に行っている	0 点	1 点
糖尿病、肝臓病、または心臓病と診断され、その治療を受けたことがある	1 点	0 点
酒を飲まないで寝付けないことが多い	1 点	0 点
二日酔いで仕事を休んだり、大事な約束を守らなかつたことがある	1 点	0 点
酒をやめる必要性を感じたことがある	1 点	0 点
酒を飲まなければいけなくてよく言われる	1 点	0 点
家族に隠すようにして酒を飲むことがある	1 点	0 点
酒が切れたときに、汗がでたり、手が震えたり、いらぬ不安など言いついてがある	1 点	0 点
朝酒や昼酒の経験が何度かある	1 点	0 点
0 飲まないほうがよい生活が送れそうだと思う	1 点	0 点
合計点	点	

【判定】

- 合計点が 4 点以上：**アルコール依存症の疑い群**
- 合計点が 1~3 点：**要注意群** (質問項目 1 番による 1 点のみ場合は正常群。)
- 合計点が 0 点：**正常群**

2. 新久里浜式アルコール症スクリーニングテスト : 女性版 (KAST -F)  
近 6 か月の間に、以下のようなことがありましたか。

項目	はい	いいえ
酒を飲まないで寝付けないことが多い	1 点	0 点
医師からアルコールを抑えるように言われたことがある	1 点	0 点
せめて今日だけは酒を飲まないと思っても、つい飲んでしまうことが多い	1 点	0 点
酒の量を減らそうとしたり、酒を止めようと試みたことがある	1 点	0 点
飲酒しながら、仕事、家事、育児をすることがある	1 点	0 点
私のしていた仕事をまわりのひとがするようになった	1 点	0 点
酒を飲まなければいけなくてよく言われる	1 点	0 点
自分の飲酒についてしるめたさを感じたことがある	1 点	0 点
合計点	点	

【判定】

- 合計点が 3 点以上：**アルコール依存症の疑い群**
- 合計点が 1~2 点：**要注意群** (質問項目 6 番による 1 点のみ場合は正常群。)
- 合計点が 0 点：**正常群**

男性の場合 4 点以上、女性の場合 3 点以上だと、依存症が疑われます。

男性で 1~3 点の者、女性で 1~2 点の者は、**要注意群**に入ります。この群の者は、飲酒量を減らしたり、一定期間禁酒をしたりする必要があります。念のため医療者と相談してみるのが良いでしょう。ただし、表にもある通り、1 点の者で、それが男性の場合に質問項目 1 番、女性の場合に質問項目 6 番によるもの場合には、正常群とします。

## 5. もし依存症の疑いがあるなら

あなたの合計点は何点でしたか？

既に説明した依存症の症状や自己チェックリストから、アルコール依存症が疑われる場合には、専門医療へのご相談をお勧めします。最寄りの専門医療機関については、都道府県・政令指定都市の精神保健福祉センター、またはお近くの保健所 (福祉保健センター) にご相談ください。

繰り返しになりますが、アルコール依存症は治療可能な病気です。飲酒運転による事故で、被害者や家族の人生ばかりでなく、あなたやあなたの家族の生活を破壊する前に、その原因になっている依存症の治療を受けましょう。



表3. アルコール依存症の発症年齢と発症の引き金になったとされるライフイベントとの関係

項目	「はい」の%		$\chi^2$ 値	P値
	若年	高齢		
1 離婚した	16.2%	7.1%	5.9398	0.0148
2 配偶者や同棲相手との関係が悪くなった	23.0%	18.1%	1.0684	0.3013
3 息子または娘が家を出た	13.2%	12.5%	0.0347	0.8523
4 配偶者と別居した	12.5%	4.6%	5.9382	0.0148
5 浮気をした	10.3%	5.3%	2.4721	0.1159
6 職場で降格された、または昇進しなかった	13.9%	5.3%	6.2102	0.0127
7 労働条件が悪くなった	21.2%	13.9%	2.6393	0.1042
8 仕事の内容が変わった	29.4%	13.3%	11.310	0.0008
			1	
9 解雇された	14.0%	6.6%	4.2533	0.0392
1 退職した	51.1%	56.2%	0.7500	0.3865
0				
1 自由な（暇な）時間が大幅に増えた	60.6%	72.7%	4.8362	0.0279
1				
1 上司あるいは同僚とトラブルがあった	20.4%	8.6%	8.2316	0.0041
2				
1 子供が重い病気やけがをした、あるいは死亡した	7.4%	5.3%	0.5350	0.4645
3				
1 配偶者あるいは同棲相手が重い病気やけがをした	5.2%	6.6%	0.2650	0.6067
4				
1 配偶者あるいは同棲相手が死亡した	7.4%	11.3%	1.2363	0.2662
5				
1 友人または恋人が死亡した	8.2%	3.3%	3.2063	0.0734
6				
1 自分が体の病気をした、あるいはけがをした	41.3%	33.3%	1.9752	0.1599
7				
1 うつ病になった	26.5%	13.0%	8.4268	0.0037
8				
1 眠れなくなった	53.6%	38.1%	7.1294	0.0076
9				
2 高齢者あるいは病人の介護をした	13.9%	8.5%	2.1247	0.1449
0				
2 社会活動や、レクリエーションが減った	40.4%	33.3%	1.5662	0.2108
1				
2 親しい友人との交流が絶たれた、または減った	38.4%	24.3%	6.6842	0.0097
2				
2 経済的な問題で悩んだ	35.0%	21.7%	6.3432	0.0118
3				
2 ローン（借金）を完済した	33.3%	25.0%	2.3824	0.1227
4				

1) 若年発症は 59 歳未満の発症、高齢発症は 60 以上の発症。

表4. アルコール依存症の発症年齢と健康・社会問題

項目	「はい」・「あ る」の%		χ <sup>2</sup> 値	P値
	若年	高齢		
1 アルコール依存症の家族歴	36.4%	35.1%	0.0540	0.8163
2 アルコールが原因で精神科に2回以上入院した	39.0%	30.1%	2.5228	0.1122
3 アルコールが原因でその他の科に入院した	65.2%	46.9%	9.3431	0.0022
4 経済問題（無収入、借金など）	33.6%	10.3%	23.349	<0.000
			1	1
5 他人への暴力または傷害事件	14.1%	7.0%	3.9332	0.0473
6 飲酒運転	39.3%	29.3%	3.2132	0.0730
7 家庭内暴力	28.2%	18.0%	4.2932	0.0383
8 他の薬物使用（覚せい剤、シンナーなど）	2.9%	1.3%	1.0099	0.3149
9 ギャンブル問題	10.3%	5.7%	2.0963	0.1477
1 自殺未遂	8.1%	1.9%	6.1120	0.0134
0				
1 肝硬変	20.3%	12.7%	3.0738	0.0796
1				
1 糖尿病	22.5%	26.3%	0.5773	0.4474
2				
1 高血圧	32.6%	44.2%	4.1662	0.0412
3				
1 がん	10.9%	14.0%	0.6615	0.4160
4				
1 気分障害	20.3%	8.9%	7.7796	0.0053
5				
1 認知症	11.8%	10.2%	0.1855	0.6667
6				
1 社会生活に援助が必要	20.3%	20.1%	0.0012	0.9720
7				
1 退職後にアルコール依存症を発症	15.9%	72.3%	93.711	<0.000
8			8	1

1) 若年発症は 59 歳未満の発症、高齢発症は 60 以上の発症。

## 高齢アルコール依存症に関する調査 病院調査

質問A. 平成9年（1997年）、平成14年（2002年）、平成19年（2007年）における貴院の、アルコール依存症新規受診患者総数および新規受診時60歳以上のアルコール依存症患者数を、男女別にお教えてください。

1. 平成9年

1) アルコール依存症新規受診患者総数

男性\_\_\_\_\_名      女性\_\_\_\_\_名      合計\_\_\_\_\_名

2) 新規受診時60歳以上のアルコール依存症患者数

男性\_\_\_\_\_名      女性\_\_\_\_\_名      合計\_\_\_\_\_名

2. 平成14年

1) アルコール依存症新規受診患者総数

男性\_\_\_\_\_名      女性\_\_\_\_\_名      合計\_\_\_\_\_名

2) 新規受診時60歳以上のアルコール依存症患者数

男性\_\_\_\_\_名      女性\_\_\_\_\_名      合計\_\_\_\_\_名

3. 平成19年

1) アルコール依存症新規受診患者総数

男性\_\_\_\_\_名      女性\_\_\_\_\_名      合計\_\_\_\_\_名

2) 新規受診時60歳以上のアルコール依存症患者数

男性\_\_\_\_\_名      女性\_\_\_\_\_名      合計\_\_\_\_\_名

質問B. 高齢アルコール依存症のための特別な治療プログラムについて

1. 貴病院では、そのような治療プログラムを用意していますか（どちらかに○）。

1 用意している（質問2へ）      2 用意していない（終了です）

2. いつから用意していますか。

平成\_\_\_\_\_年から

3. どのようなプログラムですか。具体的にご教示ください。

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_

ご協力ありがとうございました。

通院または入院中の皆様

## 高齢アルコール依存症に関する調査

人口の高齢化やベビーブーマーの退職等で、高齢または退職後のアルコール依存症が増えていると推定されています。しかし、残念ながらわが国ではその実態が明らかではありません。そこで今回、厚生労働科学研究の一環として、高齢アルコール依存症の実態と依存症の発症に係る要因に関する本調査を実施させていただくことになりました。調査の重要性をご理解いただき、ご協力ください。

皆様への調査票は、次のページからの2枚です。調査の内容は、皆様の家族や職業、および依存症とストレス等に関する質問です。

なお、この調査とは別に、診断等に関する調査票を皆様の担当医が記いたします。本調査は、皆様への調査と担当医に回答いただく調査がセットになっています。無記名調査ですが、皆様の調査票と担当医の調査票とを一致させるために、病院ごとのID番号が付与されます。

この調査は、当病院を初めとしてわが国を代表する多くのアルコール依存症専門治療病院で実施されます。皆様にご協力いただきました調査結果は、まとめて久里浜アルコール症センターで解析されます。その際には、記入された調査票から皆様を特定することはできないようになっています。

本調査にご協力いただける場合には、次ページの調査票にご回答いただき、担当医にお渡しください。

以下は記入しないでください。

対象者ID番号	
対象者イニシャル（性・名の順）	・

## 家族や職業等に関する質問

1. 現在入院中ですか外来通院中ですか(あてはまるもの一つに○)      1 入院中      2 外来通院中
2. 現在の年齢をお教えてください(      歳)
3. 性別をお教えてください(あてはまるもの一つに○)      1 男性      2 女性
4. 学校に通っていた年数は何年ですか(      年)
5. 現在の住居は以下のどれですか(あてはまるもの一つに○)
 

1 自宅	2 施設
3 それ以外(具体的に	)
6. 現在の婚姻状況をお教えてください(あてはまるもの一つに○)
 

1 結婚している(または内縁関係にある)	2 結婚しているが別居
3 死別	4 離婚
5 結婚したことがない	
7. 現在の家族構成(同居している者)をお教えてください(あてはまるもの一つに○)
 

1 あなたと配偶者(または内縁関係者)のみ
2 あなたと配偶者(または内縁関係者)およびそれ以外の者
3 あなたと配偶者(または内縁関係者)以外の者
4 単身
8. 現在までに最も長く従事した職業は何ですか(あてはまるもの一つに○)
 

1 専門的、技術的職業従事者(機械・情報処理技術者、保健医療従事者、法務職、教育職など)
2 管理的職業従事者(会社・団体等役員、管理的公務員、部長、課長、営業所長など)
3 事務従事者(一般・会計事務従事者、営業・販売事務従事者、事務用機械オペレーターなど)
4 販売従事者(商品仕入・販売従事者、小売店、飲食店、不動産仲介、保険外交員など)
5 サービス職業従事者(調理職、旅館主、居住施設・ビル等管理人、理・美容師など)
6 保安職業従事者(警察官、消防士、自衛官、警備員など)
7 農林漁業作業者(農業、漁業、養殖、畜産、林業、造園師、植木職など)
8 運輸・通信従事者(自動車・鉄道運転者、通信従事者、電話交換手、郵便・電報外務員など)
9 生産工程・労務作業者(機械製造・組立・修理、食料品製造、印刷・製本、製図工、建設機械運転者、電気作業者、建設・土木職、運搬労務職など)
10 主婦
9. 現在の職業は何ですか(あてはまるもの一つに○)
 

1 専門的、技術的職業従事者
2 管理的職業従事者
3 事務従事者
4 販売従事者
5 サービス職業従事者
6 保安職業従事者
7 農林漁業作業者
8 運輸・通信従事者
9 生産工程・労務作業者
10 主婦
11 無職
10. 現在の主な収入は何ですか(あてはまるもの一つに○)
 

1 仕事からの収入	2 年金
3 家族からの援助	4 生活保護
5 それ以外(具体的に	)

## アルコールとストレス

アルコール依存症になる際、様々な出来事やストレスが関係していることが多いと思います。あなたは、以下のリストのどのような出来事が、依存症の引き金になったと考えていますか。各々の出来事について、「はい」または「いいえ」のうち、あてはまる方を一つずつ○でかこんでください。

A1.	離婚した .....	1	はい	2	いいえ
A2.	配偶者や同棲相手との関係が悪くなった .....	1	はい	2	いいえ
A3.	息子または娘が家を出た .....	1	はい	2	いいえ
A4.	配偶者と別居した .....	1	はい	2	いいえ
A5.	浮気をした .....	1	はい	2	いいえ
A6.	職場で降格された、または昇進しなかった .....	1	はい	2	いいえ
A7.	労働条件が悪くなった .....	1	はい	2	いいえ
A8.	仕事の内容が変わった .....	1	はい	2	いいえ
A9.	解雇された .....	1	はい	2	いいえ
A10	退職した .....	1	はい	2	いいえ
A11	自由な（暇な）時間が大幅に増えた .....	1	はい	2	いいえ
A12	上司あるいは同僚とトラブルがあった .....	1	はい	2	いいえ
A13	子供が重い病気やけがをした、あるいは死亡した .....	1	はい	2	いいえ
A14	配偶者あるいは同棲相手が重い病気やけがをした .....	1	はい	2	いいえ
A15	配偶者あるいは同棲相手が死亡した .....	1	はい	2	いいえ
A16	友人または恋人が死亡した .....	1	はい	2	いいえ
A17	自分が体の病気をした、あるいはけがをした .....	1	はい	2	いいえ
A18	うつ病になった .....	1	はい	2	いいえ
A19	眠れなくなった .....	1	はい	2	いいえ
A20	高齢者あるいは病人の介護をした .....	1	はい	2	いいえ
A21	社会活動や、レクリエーションが減った .....	1	はい	2	いいえ
A22	親しい友人との交流が絶たれた、または減った .....	1	はい	2	いいえ
A23	経済的な問題で悩んだ .....	1	はい	2	いいえ
A24	ローン（借金）を完済した .....	1	はい	2	いいえ

ご協力ありがとうございました。

## 高齢アルコール依存症に関する調査

1. 対象者ID番号(各治療施設で与えてください) ( )
2. 対象者イニシアル(姓・名の順) ( . )
3. アルコール問題の家族歴(両親、兄弟または子供)(あてはまるもの一つに○)
 

1 ある	2 ない
------	------
4. アルコール問題が原因で入院した回数(現在入院中なら、今回の入院も含めて)
 

1 精神科	( 回)
2 その他の科	( 回)
5. 今までに以下のような問題を起こしたことがありますか。(各質問に対して、あてはまるもの一つに○)
 

a 経済問題(無収入、借金など)	1	ある	2	ない
b 他人への暴力または傷害事件	1	ある	2	ない
c 飲酒運転	1	ある	2	ない
d 家庭内暴力	1	ある	2	ない
e 他の薬物使用(覚せい剤、シンナーなど)	1	ある	2	ない
f ギャンブル問題	1	ある	2	ない
g 自殺未遂	1	ある	2	ない
6. 現在、以下のような医学的合併症はありますか。(各質問に対して、あてはまるもの一つに○)
 

a 肝硬変	1	ある	2	ない
b 糖尿病	1	ある	2	ない
c 高血圧	1	ある	2	ない
d 癌	1	ある	2	ない
e 気分障害	1	ある	2	ない
f 認知症	1	ある	2	ない
7. 現在の日常生活能力(あてはまるもの一つに○)
  - 1 社会生活は普通にできる
  - 2 社会生活は困難だが日常生活は普通にできる
  - 3 日常生活に時に制限があるが、援助は不要
  - 4 日常生活に時に援助が必要
  - 5 日常生活に常に援助が必要
8. アルコール依存症の発症(ICD-10の診断基準を最初に満たした)年齢は何歳でしょうか。  
( 歳)
9. 退職後にアルコール依存症を発症したケースでしょうか。(あてはまるもの一つに○)
 

1 はい	2 いいえ
------	-------

どうもありがとうございました。

対象患者様の回答と合わせてホッチキス等でとめてご返送ください。

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究研究事業）

精神障害者の地域ケアの促進に関する研究

（主任研究者 宮岡 等）

分担研究報告書

いわゆるギャンブル依存症の実態と地域ケアの促進

分担研究者	田中 克俊	北里大学大学院医療系研究科准教授
研究協力者	田辺 等	北海道立精神保健福祉センター所長
	石川 達	東北会病院院長
	後藤 恵	成増厚生病院診療部長
	伊波 真理雄	雷門メンタルクリニック院長
	岩崎 正人	岩崎メンタルクリニック院長
	稲村 厚	稲村厚事務所所長
	佐藤 拓	横浜市こころの健康相談センター担当係長
	河本 泰信	岡山県精神科医療センター診療部長
	森山 成彬	通谷メンタルクリニック院長
	赤木 健利	菊陽病院 院長代理
	西村 直之	あらかきクリニック院長

研究要旨 国内において、いわゆるギャンブル依存(症)と呼ばれる人達の実態や、この問題に医療機関でどのような対応がなされているかについて、まとまった調査はなされていない。関連機関等についての情報も極めて少ないのが現状である。

本研究班では、社会的に一定の認知をされているこの問題に関して、学術面における今後の方向性や医学の領域でどのような対応をしていくべきであるか議論を行い、呼称や対応上の問題点、多重債務問題の理解等についての整理を行った。

また、今後の連携をすすめていくため、全国における関連機関のリストの作成を行った。

A. はじめに

ギャンブルに関連した問題は歴史が古く、ギャンブルによりさまざまな問題が引き起こされる危険性については、国内外の古典書籍に数多くみることができる。また、様々な宗教的戒律の中にも“賭け事”の禁止や制限が存在している。

日本においては、ギャンブルに対する一定の法的規制による管理は施策として行われてきているが、医学領域では、ギャンブルを自分の意志で制御できない状態への関心は極めて低いといわざるを得ない。欧米ではpathological gamblingと呼ばれる状態が、我が国では“ギャンブル依存症”という仮称で社会問題として一定の認知を受けているものの、

これまで学術的な検討がなされずにきた現状を踏まえ、ギャンブル関連問題の本質を検証し、将来的禍根を残さぬよう議論を重ねていく必要がある。

本研究班では、いわゆる“ギャンブル依存症”問題へのアプローチを行う前段階として、現在の学術的問題点を検討、整理し、今後の研究の基礎となる概念の共有化を目指すものとする。

B. ギャンブルの呼称について

ギャンブルは、宝くじ (Lottery)、賭事 (Betting)、ゲーミング (Gaming) を主要素とし、それぞれが固有の成立背景、伝統、様式を持つ包括的な概念である。しかしながら、



日本において「ギャンブル、賭博」といった表現は、「丁半賭博」などのように限られた行為をイメージさせるものとなっている。現在、世界的に疫学調査等で使われている「ギャンブリング」という表現には、宝くじや数字ゲーム、株取引なども含まれている。今後、本研究班がこの問題における諸外国との比較、検討を行うためには、同じ概念を導入する必要があると考えられる。このため、本研究班では、誤解や概念の混乱を避けるために、対象となる事象に対して、賭博ではなく「ギャンブリング」という用語を用いることとする。

### C. ギャンブル依存症の呼称の問題

ギャンブル中毒やギャンブル依存（症）という呼称は、精神医学における従来の、慣習的な表現として用いられている。ICDやDSMの分類基準にはギャンブル依存（症）の用語はなく、pathological gambling が使用され病的賭博と訳されている現状がある。

ギャンブルへののめり込みの問題は、薬理学的背景を持った狭義の「依存」の概念の中には含め難い。また、ポジティブな報酬効果や快感から習慣化していくため、強迫性障害のなかに位置づけることにも違和感が持たれる。このため現在のところICD-10では「習慣および衝動の障害」、DSM-IVでは「特定不能の衝動制御の障害」に分類されているが、なお議論が残っている。

このように用語や概念は十分な結論を得ていないが、そのことでギャンブルの問題をかかえる人達への柔軟な対応が妨げられないよう考慮し、本研究班では『病的ギャンブリング』という名称を使用することとし、「ギャンブル依存症」、「ギャンブル中毒」の用語は用いないこととする。

### D. アルコール問題との比較

病的ギャンブリングの特徴のひとつは、債務整理の問題が中心として話し合われやすいことである。本人・家族の最大の関心は病的なギャンブリングではなく、繰り返される借金にあるため、医療機関の受診を選択したにも関わらず、債務整理の目的が立つと治療が中断されてしまうことも少なくない。

病的ギャンブリングでは、否認が強く全く

介入を拒絶する依存症として典型的なケースもあれば、金銭的問題の発覚を主とする周囲の圧力により1~2年程度であれば治療的介入を受けずにギャンブリングを止めるケースや、回復施設などの管理下では長期間全く問題行動が生じないケースなど、様々な状態のケースがみられる。

一方、アルコール依存症の臨床においても、否認が強く治療導入の難しいケースの背景に、アルコールによる関連臓器障害の治療者や周囲からの圧力で1~2年の期間であれば断酒を行なえる患者や、回復施設や開放病棟などの保護下では何ら問題なく断酒を継続できる患者（ICD-10でF10.21）がいることはよく知られおり、病的ギャンブリングの問題とよく似ている。

これらのことから、病的ギャンブリングの対応においては、個々のケースがかかえる問題や程度に即して対応していくことが求められるのと同時に、続発合併症ともいべき多重債務などの借金問題に目を奪われないように対応する必要がある。アルコール依存症医療で長年問題であった“治療すべき依存の問題を無視して続発合併した肝障害（あるいは他の関連臓器障害）のみを問題視する”といった誤った対応の轍を踏まぬように、ギャンブリングの問題を明らかにしていくことが重要である。

### E. 疫学調査の必要性

国際間での比較を行うとともに、日本におけるそれぞれのギャンブリングがどのような特性を持ち、どのような問題を生じさせやすいか。また、その特性に対し親和性を持つ母集団はどのような要素・要因を持つかを検証する必要がある。

#### （諸外国との比較）

世界的に最も普及している自記式の調査票としてSOGS (South Oaks Gambling Screen) がある。また、医療機関における調査ではDSM-IVが多く用いられている。これらを用いた疫学調査を行う必要がある。

#### （国内問題に即した調査のための準備）

それぞれのギャンブリングが、どのような問題を生じさせやすいか。多重債務問題、子

供へのネグレクト、暴力行為等それぞれの年齢層等による傾向や特徴

1. テレビゲームにのめり込む状態からの移行で、短期間で依存状態を生じる若年層
2. スポーツや受験に打ち込んでいたが、進学等を機に目標を見失い、空虚感からのめり込む層
3. 働いている中で、独りになれる所やリラックスし考えなくてすむ場所を求める層
4. 仕事を持たず、各種ギャンブルにのめり込む層
5. 長期間のギャンブルへの暴露によって徐々に依存状態を深刻化させる中・高年層
6. 仕事の都合等により一定期間ギャンブルをやめていることはできるが、一旦はじめてしまうと大きな問題を引き起こす層
7. 生活の中でのよりどころを求めて老年期に入り依存問題が急激に深刻化する層
8. 交際男性や世代間伝播の影響等が大きいと考えられる女性層

といった観点から疫学調査を行うため、今後、本研究班において調査票の作成を行う。

#### F. 女性がかかえる問題

今日、託児所を設置するなど女性が入りやすいように設定されている遊技場が増えている。このような中で、女性に特化した問題が指摘されている。生活の中で感じる寂しさや空虚感を紛らわせるため、のめり込んでしまうのではないかとの意見もある。

若年女性では、親にギャンブル場へ連れて行かれたり、親を迎えに行った経験があるなど世代間伝播の影響が強いケースや、交際相手の男性から影響を受けるケースなどがみられる。この点は、アルコールや薬物と同じ傾向にあると思われる。

また、子育て中の女性の問題は、ネグレクト等の虐待事例として顕在化することもある。

#### G. クロスアディクションの問題

アルコールや薬物などにのめり込むのと同時にギャンブルにのめり込み、依存症的

な行動を続ける一群があることが指摘されている。また、アルコールや薬物を止めてから、ギャンブルにのめり込むケースもみられる。アルコールや薬物の関連機関で、物質使用中断後のギャンブルの問題性についての認識がないために、個々の事例で問題を深刻化させるケースもあると考えられ、今後の啓発が必要である。

逆に、病的ギャンブラーがギャンブルを止めてから、アルコールや買い物等に過剰にのめり込んでしまうケースもあり、このような人達への対応の検討も必要である。

#### H. 重複障害の問題

重複障害を持つ場合には、相互援助(自助)グループ等に入っても、仲間には帰属感が持たずに孤立してしまうケースがあることが指摘されている。

自我境界の脆弱な統合失調症や、躁病期に不安定な病状を呈出しやすい双極性感情障害の重複障害に関しては、医療機関等の保護的な環境下での対応が必要である。

発達障害、解離性障害、人格障害、発達遅滞などの重複障害に関しては、既存のプログラムを用いるだけでなく、対応を工夫していく検討が必要との意見がある

#### I. 医療機関での対応

(依存症専門を標榜しない医療機関における対応の注意点)

依存症専門を標榜しない医療機関で、ギャンブルの問題を有しながら、そのことには触れずに抑うつや不安症状などを主訴に通院・加療を受けているケースが多く認められる。主治医に相談しても、「本人の意志の問題」と指摘されたり、専門外で分からないと放置されたりする場合も少なくないようである。

ギャンブルに関する問題をかかえることによって生じたと考えられる精神症状に対しては、本人や家族がギャンブルの問題に目を向けることが治療や回復への第一歩となる。ギャンブルの問題を避けて経過をみることで、状態の深刻化を招かないようにすべきである。家族のみの相談受診のケースを含め、十分な説明を行い、早期にGA、ギ

ヤマノン等の関連グループの情報提供を行うことが必要である。(※狭義のうつ病をベースに持つケースとギャンブリングの問題をかかえることによりうつ状態に到っているケースでは対応が異なると考えられる。)

統合失調症や双極性障害等の精神科合併疾患を有するケースについては、精神科における治療を基本とした対応が求められる。

(依存症専門を標榜する医療機関における対応の注意点)

依存症専門を標榜する医療機関にギャンブリングの問題をかかえた人達の受診や相談があった場合、ケースに応じてこれまで依存症者に行われてきた対応を行うかどうかの判断が必要である。

債務整理や債務返済の猶予を主目的に医療を利用するケースもみられるため、重症化したケースだけでなく、様々な状態のケースが医療機関を受診する傾向がある。中には、債務整理を行うだけでギャンブリングがとまるケースはある。そのようなケースの長期予後への議論はのこされているが、依存症への対応と位置づけて治療や指導のパターン化がなされてしまうことで、個別的な治療および回復支援計画に綿密さを欠いてしまう危険性も指摘されている。

(具体的な早期介入の一方法)

近年、諸外国で普及してきている動機づけ面接法を用いる関連機関がでてきている。この面接法は、動機を押しつけるのではなく、個人の動機を引き出して依存行動の中止を選んでもらう方法である。

この面接法を用いることのメリットは、面接導入時に依存の問題を認めさせることにこだわる必要がないという点である。それぞれのケースで生じている問題に沿って対応していくことで、無理な形で介入を行ってしまうリスクを回避することができる。

しかしながら、この手法により病的ギャンブリングの問題が明らかとなったケースの中には、最終的にGA、ヤマノンや入所施設への通所や入所を粘り強く促す働きかけが必要である。

(依存症者同様の対応が必要なケース)  
『特徴』

- (1) 脆弱性・・・アルコールや薬物のような、直接的薬理作用がないので、本人の脆弱性や養育環境による文化の世代間伝播の影響が大きいと考えられる。
- (2) 依存を深める心理
  - ① 感情
    - ・・・渇望、欲求、快感、不快感からの開放、不安や恐怖への嗜癖
  - ② 行動のコントロール障害
    - ・・・学習された悪しき習慣
  - ③ 認知の歪み
    - ・・・完全主義、白黒思考、誇大的、自己中心的、ご都合主義、自己評価の低さ等
    - 借金が当たり前の金銭感覚、破壊された生き方へ
- (3) 欲求の充足の原則
  - ・・・より大きな刺激を求めるようになるメカニズム
- (4) イネイブリングによる影響
- (5) 脳内神経伝達物質の影響
  - ・・・今後、さらなる研究が望まれる。

#### 『対応の注意点』

いわゆる依存症者タイプで、精神病症状を呈することもなく、本人の「否認や問題のすりかえ」により、そもそも医療機関への結びついていないケースも多いと考えられる。家族のすすめにより医療機関の受診にいたっても医療の枠組みから外れてしまうことが多い。このため、医療機関では、丁寧な面接により治療への動機づけを行うとともに、GA、ヤマノンや入所施設への通所や入所を粘り強く促す必要がある。

(イネイブリングの問題)

依存症者の家族は、債務整理や借金の肩代わりをする、家族の中心となって収入を担うなど本来であれば本人がすべきことを不自然な形で支えていることが多い。このような周囲の対応は、本人の自立や回復を阻害して問題を悪化、遷延化するとされており、家族の気づきを促すための対応は重要である。家族の十分な理解が得られ、適切な対応がなされれば、ギャンブラー本人の否認が強いケースにおいても早期介入(インターベンション)を行う機会が増えることも期待できる。

介入を行う際の注意として、底をつかせるために、本人にあまりにも強い負担を強いる極端な直面化技法を用いることについては、反対意見もあり慎重な対応が求められる。

家族が、「自分のためにはお金を使えない」、「自分も買い物などで借金をしたりしている」、「一緒にギャンブルに出かける」ケースなどでは、回復が遅れる傾向があるとの指摘もある。

## J. 病的ギャンブル関連機関

### <病院、クリニック>

初期受診時に適切な診断を行い、必要に応じて関連機関に結びつけることが期待される。統合失調症などの精神疾患の合併症を有したケースでは、医療機関での治療が中心的な役割を担うことになる。

国内の医療機関での取り組みとして、病的ギャンブルをImpulse-Control Disorderモデル(衝動制御障害モデル)、obsessive-compulsive spectrum disorderモデル(強迫モデル)、affective spectrum disorderモデル(双極性障害モデル)、non-substance addictionモデル(渴望モデル：従来の依存症モデル)の下位分類(Bernardo Dell'Osso et al. 2005)にわけ、強迫モデルや双極性障害モデルへの薬物投与、渴望モデルへの内観療法やGAへの結びつけを行うなどの試みもみられる。

教育、教育的集団精神療法、テキストによる学習、認知行動療法、アサーション、エモーショナル・リテラシー、薬物療法、内観療法などによる取り組みが行われているが、これらの臨床における評価をどのような形でやっていくかの検討が今後必要である。

※後のページで関連病院、関連クリニックのリストを掲示したが、プログラムを持って取り組んでいるところや相互援助(自助)グループへの結びつけを中心に行っているところなど全国的にみても取り組みは様々であり、受診に際しては事前の確認を要する。

### <相談室、カウンセリングルーム>

ギャンブラーの個別的評価、家族機能評価、ギャンブラーや家族の社会的状況の評価を詳細に行い、その評価に基づいて、十分に時間

をかけたカウンセリング、家族教育や家族への介入を行う。また、必要に応じてリハビリ施設、相互援助(自助)グループ、医療機関への橋渡しを行うなど、ケアマネジメント的な機能も有しているところが多い。家族セミナー等の形態では対応しきれない、個々のケースがかかえる問題に即したサポートを行うことが可能である。

## <相互援助(自助)グループ>

### ○ GA

病的ギャンブルからの回復において、中心的な役割を担うグループである。ギャンブルの問題を抱える人たちのミーティングへの参加を広く受け入れている。グループミーティングは、12ステップを指針としたもので、言いつ放し、聞きつ放しが原則であり、お互いに意見を述べあうことはない。メンバーは、本名を明かす必要はなく、プライバシーへの配慮もなされている。セルフヘルプの形態をとるため、外部からの援助は受け入れず、月謝や会費も徴収せずメンバーの献金のみで運営されているのも特徴である。要請に応じて、公の場で自分達の体験談を話したり、メッセージを運ぶことも行う。

ケースごとに様々な問題を抱えていることも多く、個々のメンバーの間で、関連機関についての情報のやりとり等もなされている。

### ○ ギャマノン

病的ギャンブルの問題を抱える人の家族や友人で構成されている。病的ギャンブルの問題を解決するための適切なあり方を学ぶために、GAと同様に12ステップを指針としたグループミーティングを行っている。言いつ放し、聞きつ放しが原則で、お互いに意見を述べたりすることはなく、セルフヘルプの形態をとるため、外部からの援助は受け入れず、月謝や会費も徴収せずメンバーの献金のみで運営されているのも同様である。要請に応じて、公の場で家族としての体験談を話したり、メッセージを運ぶことも行う。