添付資料 7

患者情報記録用紙

施設名	施設記号	担当医

ふりがな					
氏名					
カルテ番号		生年月日	昭和　　年　　月　　日	観察開始時年齢	歳
ID 番号 (薬剤番号)	施設記号（　　）－患者番号（　　）				

飲酒歴

初飲年齢	歳
習慣飲酒 （1週間に1回以上の飲酒） 開始年齢	歳

（→4ページ目のForm90に）

アルコール関連疾患治療歴

アルコール関連身体疾患

外来	治療開始年齢	歳
入院	初回入院年齢	歳
	入院回数	回

アルコール依存症

外来	治療開始年齢	歳
入院	初回入院年齢	歳
	入院回数	回
抗酒薬使用歴 （あり・なしのいずれかに○，ありの場合は薬品名に○）	あり（ノックビン，シアナマイド）　　なし	
	使用開始年齢	歳
自助グループ参加歴 （あり・なしのいずれかに○，ありの場合はグループの種類に○）	あり（断酒会，AA）　　なし	
	参加開始年齢	歳

既往歴

身体疾患の既往歴

疾患	有無（いずれかに○，ガンは部位を記入）
糖尿病	あり　　なし
肝硬変	あり　　なし
脳血管障害	あり　　なし
慢性膵炎	あり　　なし
末梢神経障害	あり　　なし
がん	あり（部位：　　）　　なし

家族歴

父母，祖父母，きょうだい，子の遺伝負因

疾患	有無（いずれかに○，ありの場合は続柄を記入）
アルコール関連問題	あり（　　）　　なし
他の精神疾患	あり（　　）　　なし

婚姻状態

現在の婚姻の状態（1つに○）

1．既婚　2．再婚　3．死別　4．別居　5．離婚　6．未婚

雇用状態

現在の雇用状態（1つに○）

1．フルタイム　（40時間／週）
2．パートタイム（定期的、例えば時給制）
3．パートタイム（定期的、例えば日雇い）
4．学生
5．奉仕活動
6．退職
7．失業
8．被拘束状態

精神医学的問題

最近 1 ヶ月間に、薬物・アルコールによる直接の影響以外に次にあげる症状があった場合は、□内に✓（チェック）を、9）の（　　）内に日数を記入して下さい。

1）重いうつ状態	□
2）強い不安・緊張	□
3）幻覚	□
4）理解、集中、記憶の障害	□
5）暴力的になることへの統御困難	□
6）希死念慮	□
7）自殺企図	□
8）心理的、感情的問題に対する薬の処方	□
9）最近 1 ヶ月間に、何日このような心理的、感情的問題を経験したか。	（　　）日

評価者からの症例への評価

（追加治療の必要性について、1 つに○）

1．問題はまったくなく、治療の必要なし
2．少々の問題があるが、治療の必要なし
3．ある程度の問題があり、何らかの治療を要する
4．かなり問題があり、必ず治療を要する
5．重篤な問題があり、治療は絶対不可欠である

注：現在の治療に加えて、さらに追加の治療、介入を要する状況である場合は、追加治療の必要性があるものとする。

入院治療に対する姿勢（いずれかに○）

治療プログラムへの参加姿勢	良	普通	不良
他の患者との協調性	良	普通	不良
病棟規則の遵守	良	普通	不良

血液データ（平成　　年　　月　　日採血）

AST (IU/L)	ALT (IU/L)	γ-GTP (IU/L)	MCV (fL)	HBs 抗原	HCV 抗体定性
				＋　－	＋　－

注: HBs 抗原・HCV 抗体定性の検査は、入院中のどこかであれば可。

DNA 解析用採血（確認のため）

1　　済み　（採血日: 平成　　年　　月　　日）

2　　未施行　　→　採血してください。

末梢血を EDTA 採血管（5mL）で採取し、よく転倒混和の後、-20 度で凍結保存してください（数ヶ月保存可能です）。血液は 3 ヶ月に 1 回程度、クール宅急便着払い（いずれも凍結保存）にて、久里浜アルコール症センター検査室宛に送ってください。

添付資料 8

飲酒状況について（退院 2, 4, 6, 8, 10, 14, 18, 22, 26 週後）

前回評価日：(西暦　　年　　月　　日)
今回評価日：(西暦　　年　　月　　日)

1．前回評価から今回までの間、飲酒したことがあるか。
（ 有 ・ 無 ） **無の場合終了。**

2．前回から今回までの間に、飲酒した日をすべて列挙。合計日数（　　）日
例：西暦 2008 年 4 月 6 日と、同年 4 月 10 日と、同年 4 月 12 日に飲酒した場合。
⇒2008/4/6, 2008/4/10, 2008/4/12 と記入。

3．前回から今回までの間の、飲酒した日の 1 日平均飲酒量。(別紙換算表参照)

種類	ビール・発泡酒	日本酒	焼酎	酎ハイ	カクテル類
量(具体的に)					
ドリンク数	(500ml で 2 ドリンク)	(1 合 2.2 ドリンク)	(25%1 合で 3.6 ドリンク)	(350ml で 2.0 ドリンク)	(500ml で 2 ドリンク)

種類	ワイン	ウイスキー、ブランデー、ジン、ウォッカ、ラムなど	その他（梅酒など）	合計
量(具体的に)				
ドリンク数	(グラス 1 杯で 1.2 ドリンク)	(シングル 1 杯で 1 ドリンク)		

前回から今回までの間の、飲酒した日の１日最大飲酒量。（別紙換算表参照）

種類	ビール・発泡酒	日本酒	焼酎	酎杯	カクテル類
量（具体的に）					
ドリンク数					

種類	ワイン	ウイスキー、ブランデー、ジン、ウォッカ、ラムなど	その他（梅酒など）	合計
量（具体的に）				
ドリンク数				

注：1ドリンクは、純アルコールで 12.5mL または 10g。

４．前回から今回までの間の多量飲酒（１日に６ドリンク以上の飲酒）した日数。
　＝合計（　　）日

５．前回から今回までの間の、連続飲酒（48 時間以上アルコールが切れない状態）の有無。
　１）　なし
　２）　あり

　ありの場合、前回から最初に連続飲酒を経験した日までの期間。
　⇒　前回から（　　）日後（前回当日を０日とする）

　ありの場合、前回から今回までの間に何日間連続飲酒をしたか。
　⇒　合計（　　）日間

治療状況・社会的状況・精神医学的問題・生化学検査（10, 26 週後）

1．退院後から今回までの間の、治療状況および抗酒剤/ビタミン剤の服用状況
（参加回数を記入、参加のない場合は０を記入。抗酒剤/ビタミン剤については３択）

治療方法	退院後から今回までの回数
通院精神療法	（　　）回
デイケア・ナイトケア	（　　）回
自助グループ（AA・断酒会など）	（　　）回
抗酒剤/ビタミン剤の服用状況	1．ほぼ毎日服用 2．ときどき服用 3．服用していない

2．評価者からの症例への評価（１つに○）

1　問題はまったくなく、治療の必要なし
2　少々の問題があるが、治療の必要なし
3　ある程度の問題があり、何らかの治療を要する
4　かなり問題があり、必ず治療を要する
5　重篤な問題があり、治療は絶対不可欠である

注：現在の治療に加えて、さらに追加の治療、介入を要する状況である場合は、追加治療の必要性があるものとする。

3．現在の、雇用状態（１つに○）

1　フルタイム　（40 時間／週）
2　パートタイム（定期的、例えば時給制）
3　パートタイム（定期的、例えば日雇い）
4　学生
5　奉仕活動
6　退職
7　失業
8　被拘束状態

4．現在の婚姻の状態（1つに○）

1　既婚　　2　再婚　　3　死別　　4　別居　　5　離婚　　6　未婚

5．精神医学的問題

最近1ヶ月間に、薬物・アルコールによる直接の影響以外に次にあげる症状を経験しましたか。ありの場合は、□内に✓（チェック）を、9）の（　　）内に日数を記入して下さい。

1）重いうつ状態　□
2）強い不安・緊張　□
3）幻覚　□
4）理解、集中、記憶の障害　□
5）暴力的になることへの統御困難　□
6）希死念慮　□
7）自殺企図　□
8）心理的、感情的問題に対する薬の処方　□
9）最近1ヶ月間に、何日このような心理的、感情的問題を経験したか。　（　　）日

6．生化学検査

採血日：平成　　年　　月　　日

AST (IU/L)	ALT (IU/L)	γ-GTP (IU/L)	MCV (fL)

情報提供者からの聞き取り調査（10, 26 週）

退院日から 10 週後までの間のことについて質問する。

Q１．情報提供者（下記（　）内に本人との関係を記入する。）

（本人との関係：　　）

Q２．聞き取り方法（いずれか１つに○をつける。３の場合のみ具体的に記入。）

１．直接面接
２．電話
３．その他（具体的に：　　）

Q３．情報提供者から見て、本人は飲酒したことがあるか。
（いずれかに○をつける。）

１．飲酒は１回もしなかった。
２．飲酒することがあった。

Q３において、回答が２（飲酒することがあった）の場合、
この 10 週間にだいたい何日くらい飲酒したか。（下記（　）内に日数を記入。）

（　　）日くらい

Q４．抗酒薬またはビタミン剤をきちんと服用していたか。
（いずれかに○をつける。）

１．ほぼ毎日服用していた。
２．ときどき服用していた。
３．まったく服用しなかった。

有害事象

薬剤と関連があると思われるものだけ記載してください。

（日付を記入，あり＝○）

y/m/d	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
退院後経過	退院前	2 週	4 週	6 週	8 週	10 週	14 週	18 週	22 週	26 週
過敏症（発疹等）										
肝障害										
頭痛										
めまい										
耳鳴										
眠気										
睡眠障害										
末梢神経障害										
精神神経症状										
消化器症状										
その他（症状記入）										
転帰（いずれかに○）	中止 続行	中止 続行	中止 続行	中止 続行	中止 続行	中止 続行	中止 続行	中止 続行	中止 続行	中止 続行

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
（研究代表者　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

研究分担者　田中　克俊　　北里大学大学院医療系研究科　助教授

研究要旨
国内において、これまで病的ギャンブリング（いわゆるギャンブル依存症）に関する大規模疫学調査は行われておらず、実態の把握が急務である。
今回われわれは、そのための準備として、病的ギャンブリングの疫学調査の標準的なツールとして、世界で最も広く使用されている South Oaks Gambling Screen（1）の日本語版の信頼性・妥当性の検討およびカットオフポイントの算出を行った。また、病的ギャンブリングの背景にある心理社会的関連要因（基本属性、環境要因、自殺の危険性、他の精神障害等）について調査を行った。
South Oaks Gambling Screen の日本語版は、内的整合性、再現性について十分な信頼性を有することが認められた。さらに、Structured Clinical Interview for DSM-Ⅳ（2）（精神科医師による構造化面接）で得られた診断をゴールドスタンダードとして検討したところ、十分な基準関連妥当性を有することが確認された。海外では South Oaks Gambling Screen のカットオフポイントは5点とされているが、本研究では6点もしくは7点とすることが妥当であることが示唆された。病的ギャンブリングの関連要因についての調査結果では、特に自殺の危険性に関連した項目で、有意な結果が得られた。病的ギャンブリングの問題は、今後の自殺予防活動においても重要な課題となることが確認された。
本年度は、病的ギャンブリングの問題を抱える当事者を対象とした調査を実施したが、平成 21 年度は、家族を対象とした調査および多重債務関連施設における調査等を行う予定である。

研究分担者
田中　克俊　北里大学大学院医療系研究科
研究協力者
田辺　等　北海道立精神保健福祉センター
石川　達　東北会病院
松本　俊彦　国立精神・神経センター
後藤　恵　成増厚生病院
伊波　真理雄　雷門メンタルクリニック
樋口　進　国立病院機構久里浜アルコール症センター
岩崎　正人　岩崎メンタルクリニック
稲村　厚　稲村厚事務所

佐藤　拓　　横浜市こころの健康相談センター
河本　泰信　　岡山県精神科医療センター
森山　成彬　　通谷メンタルクリニック
赤木　健利　　桜が丘病院
西村　直之　　あらかきクリニック

A. 研究の背景

諸外国では、病的ギャンブリングに関する調査は広く行われている。しかしながら国内では、深刻な種々の問題を抱えて回復施設や医療機関を訪れる人達がいることが知られているにもかかわらず、これまで大規模な疫学調査は行われていない。国内における実態把握が急務である。

今回われわれは、大規模疫学調査の準備として必要な、病的ギャンブリングの調査票の評価を行った。調査票には、世界で最も広く使用されている The South Oaks Gambling Screen (以下 SOGS) の日本語版を選択した。

また、同時に病的ギャンブリングの背景にある心理社会的関連要因（基本属性、環境要因、自殺の危険性、他の精神障害等）について調査を行い、今後の新たなる治療法の開発や回復に向けての支援の検討材料とした。

（倫理面での配慮）

本研究は、北里大学医学部・病院倫理委員会の承認を得て行われた。調査対象者は、書面を用いた調査の説明を受け、書面にて同意を得た。

B. 研究参加者

○研究参加者

- 病的ギャンブラー・・・・・・116名
- 対照群・・・・・・・・・・・110名

○協力施設

（医療機関7ヶ所　男性20名、女性17名）

- 東北会病院
- 成増厚生病院
- 雷門メンタルクリニック
- 岩崎メンタルクリニック
- 岡山県精神科医療センター
- 通谷メンタルクリニック
- 桜が丘病院

（リハビリ施設3ヶ所）

- ワンデーポート(男性54名、女性2名)
- ヌジュミ(女性3名)
- カウンセリングプレイス「ステラポラリス」(男性5名)

（精神保健福祉センター3ヶ所　男性71名、女性23名）

- 北海道立精神保健福祉センター
- さいたま市こころの健康センター
- 横浜市こころの健康相談センター

（一般企業1ヶ所　男性17名、女性5名）

- 工作機械メーカー

C. 下記Ⅰ. Ⅱ. の研究を行った。

Ⅰ. SOGS 日本語版の信頼性、妥当性の検討およびカットオフポイントの設定

Ⅱ. 病的ギャンブリングの関連要因についての検討

Ⅰ. SOGS 日本語版の信頼性、妥当性の検討およびカットオフポイントの設定

1）SOGS 日本語版の信頼性（内的整合性）の検討（表1参照）

Cronbach のアルファ係数=0.978 と非常

に高い内的整合性を示した。項目合計統計量からも、内的整合性を低める不適切な質問項目は認められなかった。

2）SOGS 日本語版の信頼性（再現性）の検討

30 名を対象に、SOGS 日本語版への回答を 2 回依頼して再現性の評価を行った。※2 回の調査間隔は 6～9 日 1 回目の SOGS 合計得点と 2 回目の合計得点における級内相関係数は、0.916（95％信頼区間：0.824－0.960）（p<0.0001）であり、高い再現性が確認された。

3）SOGS 日本語版の基準関連妥当性の検討

Structured Clinical Interview for DSM-Ⅳ（精神科医師による構造化面接　以下 SCID）による診断をゴールドスタンダードとした。

健常群（SCID にて病的ギャンブラーの診断基準を満たさなかったもの）の SOGS 日本語版の平均値（SD）：1.68 点（3.21）

病的ギャンブラー群（SCID にて病的ギャンブラーの診断基準を満たしたもの）の SOGS 日本語版の平均値（SD）：22.66 点（3.38）

両群間の差 20.93（95%信頼区間 20.10－21.84）は有意であり、SOGS 日本語版は、十分な基準関連妥当性を有することが認められた。

4）SOGS 日本語版のカットオフポイントの設定（表 2、3 参照）

ROC 曲線より、SOGS 日本語版は識別性が高い尺度（敏感度および得異度とも 95%）であることが示された。

海外では、SOGS のカットオフポイントは 5 点とされているが、本研究では、5 点をカットオフポイントとした場合の感度 100%、特異度 5.5%であるのに対し、6 点および 7 点をカットオフポイントにした方が、感度 100%、特異度 3.6%と優れていた。本研究では、SOGS で 6 点の得点の人がいなかったため、カットオフポイントを 6 点もしくは 7 点のどちらにするべきかを明確にすることはできなかった。カットオフポイントを 18 点まで上げても敏感度と特異度とも 95%以上となるが、これは本研究においては、9 点が 3 名、10 点が 1 名で、その後の得点が 17 点 3 名、18 点 1 名とかなり得点間隔が空いて、対象人数が少ないことによる影響と考えられた。この範囲の対象者が、増えることで 6、7 点以上の感度は、より下がると予想されることから、今回の研究では、6 点もしくは 7 点をカットオフポイントとすることが妥当と判断した。

主な得点の陽性尤度比は、下記のように算出された。

1 点：2.0　2 点：3.0　3. 点：4.1

4 点：6.45　5 点：18.2　6. 点：25.0

6. 点：25.0　8 点：24.8

Ⅱ．病的ギャンブリングの関連要因についての検討

病的ギャンブリングの診断は、精神科　医師が SCID を実施して行った。

（統計学的分析）

統計解析では、カテゴリー変数は Pearson の $\chi 2$ 検定を、連続変数は、Student の t 検定を用いた。統計ソフトは、SPSS Version 15.0J for Windows (SPSS Inc, Chicago, IL) を用い、有意水準は 5%未満（両側検定）とした。

1）対照群と病的ギャンブリング群間の比較

対照群と病的ギャンブリング群において、年齢、ギャンブリング開始年齢、男女比に有意差は認められなかった。

（表４、５参照）

＜それぞれのギャンブリング頻度との関連について＞（表６参照）

（測定方法）

SOGS の質問項目の中で、下記１～１４のギャンブリングをこれまでに行った頻度について、

① 全くしたことがない

② 週に１回未満

③ 週に１回以上

の３段階に分けて、調査対象者に○印をつけてもらい、対照群と病的ギャンブリング群間で比較した。

１．パチンコ
２．スロットマシン、ポーカーマシン
３．競馬
４．競輪
５．競艇、オートレース
６．賭け麻雀、賭け将棋
７．インターネット賭博
８．花札、バカラ、ポーカー
９．スポーツ賭博
１０．サイコロ賭博
１１．賭けゴルフ、賭けビリヤード
１２．カジノ（合法、非合法）
１３．ナンバーズ、宝くじ、サッカーくじ
１４．証券信用取引、先物取引

（結果）

１～１４のギャンブリングの中で、過去に週１回以上の頻度であった

１．パチンコ
（85.3% vs. 17.3%, p<0.001）
２．スロットマシン、ポーカーマシン
（85.3% vs. 17.3%, p<0.001）
５．競艇、オートレース
（0.0% vs. 5.2%, p=0.04）
６．賭け麻雀、賭け将棋
（1.8% vs. 11.2%, p=0.007）

に有意差が認められた。

２）自死問題との関連について（表７参照）

（測定方法）

本研究では、内閣府の意識調査（３）（平成20 年度自殺対策に関する意識調査）、依存症専門病院で実施された調査（４）、川上による地域調査（５）とこれまでに国内で行われた自死問題に関連した調査の内容をもとに自記式質問票の質問項目を作成し、情報収集を行った。

具体的な質問項目を次に示す。

「これまで真剣に死にたいと考えたことがありますか？」

「それは、ギャンブルについての問題になんらかの関係がありますか？」

「最近一年以内に自殺したいと思ったことがありますか。」

「これまで真剣に死にたいと考えてなにか行動を起こしたことがありますか？」

「それは、ギャンブルについての問題になんらかの関係がありますか。」

「最近１年以内に真剣に死にたいと考えてなにか行動を起こしたことがありますか？」

いずれの質問も、「はい」もしくは「いいえ」で回答する方式をとり、得られた結果について、対照群と病的ギャンブリング群間で比較した。

（結果）

「これまで真剣に死にたいと考えたことがある」という自殺念慮を抱いた経験については、病的ギャンブリング群は対照群よりも有意に高率であり（62.1% vs. 14.5%, p<0.001）、自殺念慮の経験がある病的ギャンブラーの88.9%（72名中64名）は、その自殺念慮が病的ギャンブリングに関係していることを認めていた。また、最近1年以内の自殺念慮の経験についても、病的ギャンブリング群は対照群よりも有意に高率であった（26.7% vs. 2.7%, p<0.001）。

自殺企図におよんだ経験についても、病的ギャンブリング群は対照群よりも有意に高率であり（40.5% vs. 1.8%, p<0.001）、自殺企図経験を持つ病的ギャンブラーの93.6%（47名中44名）が、その自殺企図が病的ギャンブリングと関係していることを認めていた。さらに、最近1年以内の自殺企図経験についても、病的ギャンブラーは対照群よりも有意に高率であった（12.1% vs. 0.0%, p<0.001）。

（考察）

本研究から得られた、病的ギャンブラーにおける自殺念慮の生涯経験率（62.1%）、および最近1年以内における自殺念慮の経験率（26.7%）は、健常対照群に比して明らかに高いものであった。このことは、ほぼ同じ質問文の自記式質問票調査を用いて、全国民からランダム抽出された者を対象として実施された、内閣府の意識調査[3]（「平成20年度自殺対策に関する意識調査」）でも、自殺念慮の生涯経験率19.1%、最近1年以内における自殺念慮の経験率4.0%という結果が得られていることからも支持される。

それでは、病的ギャンブラーにおける自殺念慮の経験率は、他のアディクション問題を抱える者と比較して、どのような違いがあるのだろうか？ 本研究とまったく同じ質問文の自記式質問票を用いて依存症専門病院で実施された調査[4]では、自殺念慮の生涯経験率は、アルコール使用障害の入院患者55.1%、薬物使用障害の入院患者83.3%という結果が得られている。このことは、病的ギャンブラーにおける自殺念慮の生涯経験率は、薬物使用障害患者ほどではないものの、アルコール使用障害患者よりは高いことが示唆される。また、最近1年以内における自殺念慮の経験を調べた先行研究としては、構造化面接という調査方法の違いはあるために単純な比較はできないものの、川上による地域調査[5]がある。それによれば、大うつ病性エピソードの診断を満たす患者における最近1年以内の自殺念慮経験は19.4%と、本研究における病的ギャンブラーの自殺念慮経験よりもはるかに低い割合であった。

自殺企図経験についても、病的ギャンブラーの健常対照群よりも高率（生涯経験率40.5%, 最近1年以内の経験率12.1%）であった。先述した、同じ質問文の自記式質問票を用いた依存症専門病院入院患者の調査[4]では、自殺企図の生涯経験率は、アルコール使用障害患者30.6%、薬物使用障害患者55.7%という結果が得られている。したがって、自殺念慮と同様に、病的ギャンブラーの自殺企図の生涯経験率は、薬物使用障害患者ほどではないものの、アルコール使用障害患者よりは高いといえるであろう。さらに、最近1年以内における自殺企図経験についても、やはり先述の構造化面接による地域調査[5]では大うつ病性エピソードの診断該当者の8.3%

と報告されていることから、病的ギャンブラーはこれよりもわずかに高い経験率を示している。

以上のことをまとめると、次のようになる。すなわち、病的ギャンブラーは、健常人よりもはるかに深刻な自殺傾向を呈しているだけでなく、すでに医学的概念として確立されている、アルコール・薬物使用障害といったアディクション問題に匹敵し、大うつ病性エピソードの診断該当者よりも高い水準にある可能性がある。しかも、病的ギャンブラーの自殺念慮や自殺企図の大半が、「病的ギャンブリングに関連したもの」と認識されていることを考えれば、病的ギャンブリングという問題は、少なくとも自殺傾向という点においてすでに医学的に確立された精神障害に匹敵する深刻さを引き起こすことを示唆しているといえるであろう。

3）他の精神障害との関連について

（表8参照）

（測定方法）

精神科医師による面接を行い、DSM-Ⅳの診断基準に基づき、うつ病、メランコリー型うつ病、精神病症状を伴ううつ病、気分変調症、躁病、軽躁病、広場恐怖を伴わないパニック障害、広場恐怖を伴うパニック障害、パニック障害の既往のない広場恐怖、社会不安障害、強迫性障害、PTSD、アルコール依存、アルコール乱用、薬物依存、薬物乱用、統合失調症、統合失調感情障害、妄想性障害、全般性不安障害、反社会性パーソナリティ障害の診断の有無を調べ、対照群と病的ギャンブリング間で比較した。

病的ギャンブラー群については、調査実施時の時点で、それぞれのエピソードを満たすかどうかに加えて、ギャンブルを最もやりこんでいた時期についても調査対象者に回想してもらい、それぞれのエピソードを満たしていたかどうか評価を行った。

（結果）

気分変調症（5.2% vs. 0.0%, p=0.03）、社会不安障害（6.9% vs. 0.9%, p=0.04）については、調査実施時の時点で、病的ギャンブリング群と対照群で有意な差が認められた。

うつ病、メランコリー型うつ病、精神病症状を伴ううつ病、躁病、軽躁病、広場恐怖を伴わないパニック障害、広場恐怖を伴うパニック障害、パニック障害の既往のない広場恐怖、強迫性障害、PTSD、アルコール依存、アルコール乱用、薬物依存、薬物乱用、統合失調症、統合失調感情障害、妄想性障害、全般性不安障害、反社会性パーソナリティ障害については、調査実施時の時点で、病的ギャンブリング群と対照群で有意な差は認められなかった。特に精神病症状を伴ううつ病、軽躁病、パニック障害の既往のない広場恐怖、薬物依存、薬物乱用、統合失調感情障害、妄想性障害は、両群ともエピソードを満たす人はいなかった。

精神に関連した問題で、医療機関での診断を受けている他の病名としては、発達障害9名、軽度精神発達遅滞2名、解離性障害2名、摂食障害2名、境界型パーソナリティ障害1名などが認められた。

病的ギャンブリング群のギャンブルを最もやりこんでいた時期には、うつ病(45.7%)、メランコリー型うつ病（18.1%）、気分変調症（6.0%）、社会不安障害（7.3%）、アルコール依存（8.6%）などのエピソードが高値であった。

（考察）

うつ病については、調査実施時の時点で、病的ギャンブリング群と対照群で有意な差は認められなかった。しかしながら、病的ギャンブリング群のギャンブルを最もやりこんでいた時期には、45.7%にエピソードが認められた。また、メランコリー型うつ病も18.1%認められた。この結果から、DSM-Ⅳでうつ病の診断基準を満たす人達の中に、ギャンブルの問題を根幹に抱える一群がいる可能性が示唆された。

アルコール依存についても、調査実施時の時点で、病的ギャンブリング群と対照群で有意な差は認められなかったが、ギャンブルをやりこんでいた時期に、10%のエピソードが認められた。クロスアディクションの問題等も考えられることから、アルコールの問題とギャンブリングの問題を併せ持つ人達について、今後さらなる評価が必要と思われる。

気分変調症と社会不安障害で有意な差が認められたが、これらの一群の人達に対する支援のあり方について、今後検討する必要があると考えられた。

病的ギャンブリング群の中で、反社会性パーソナリティ障害の診断がついたのは、2.6%（116名中3名）に過ぎなかった。

4）4）性別とギャンブリングの資金を得るための違法行為（窃盗、横領、偽造、詐欺等）の有無との関連について

（表9参照）

（測定方法）

SCIDの質問項目の中で、精神科医師が、

① 情報不確実

② なし、または否定

③ 閾値以下

④ 閾値以上

の4段階に分けて評価を行い、男女間で比較した。

（結果）

病的ギャンブラーの男性 90 名中 57 名（87.7%）、女性26名中8名（12.3%）が閾値以上と評価された。

男女間での有意差は、認められなかった。

（考察）

今回の調査では、実際の違法行為の有無については、確認しておらず、逮捕の有無についても評価は行っていない。しかしながら、今回の結果から、男女に限らずギャンブリングの問題が深刻化することにより、重大な違法行為におよんでしまう可能性があることが示唆された。

D．健康危機情報

該当せず。

E．研究発表

該当せず

F．知的財産権の出願・登録状況

1．特許取得

該当せず。

2．実用新案登録

該当せず。

3．その他

該当せず。

G．引用文献

（1） Lesieur HR, Blume SB. :

The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. Am J Psychiatry. 1987 Sep;144(9):1184-8.

(2) Michael BF. :
Structured Clinical Interview for DSM-IV

(3) 内閣府：自殺対策に関する意見調査、平成20年2月実施調査報告書、内閣府、東京、2008

(4) 松本俊彦、小林櫻児、上條敦史、他：物質使用障害患者における自殺念慮と自殺企図の経験、精神医学 51: 109-117, 2009

(5) 川上憲人：わが国における自殺の現状と課題。保健医療科学 52: 254-260, 2003

表1 項目合計統計量

	項目が削除された場合の尺度の平均値	項目が削除された場合の尺度の分散	修正済項目合計相関	項目が削除された場合の Cronbachのアルファ
設問4変換	11.99	111.915	.856	.977
設問5変換	11.95	113.748	.674	.978
設問6変換	11.93	112.124	.833	.977
設問7変換	11.81	113.310	.747	.977
設問8変換	11.91	112.552	.793	.977
設問9変換	11.85	112.499	.811	.977
設問10変換	11.92	112.824	.766	.977
設問11変換	11.94	112.686	.778	.977
設問13変換	12.01	112.418	.810	.977
設問14変換	11.98	111.475	.898	.976
設問15変換	11.92	113.167	.732	.977
設問16 <a>家計	11.83	108.487	.877	.976
<b>配偶者	11.62	104.191	.902	.976
<c>親戚	11.66	104.830	.896	.976
<d>銀行ローン会社	11.75	106.589	.882	.976
<e>ｸﾚｼﾞｯﾄｶｰﾄﾞ	11.80	107.600	.889	.976
<f>ｻﾗ金ﾔﾐ金融	11.85	109.346	.865	.976
<g>株保険の換金	11.62	103.776	.919	.976
<h>財産の処分	11.70	105.856	.872	.976
<i>当座預金･不正小切手	11.45	100.978	.966	.976