

～アルコールの健康への影響～

前略

退院後5ヶ月が経ちましたが、皆様はいかがお過ごしでしょうか。断酒は継続できているでしょうか。いよいよ今回が最後の手紙です。ここまでよくがんばってこられたことと思います。しかし、最後の最後まで気を抜かずにごがんばりましょう。

さて、今回は7回目（最終回）の手紙です。今回のテーマは、「アルコールの健康への影響」です。健康はとても大事なのですが、たいていは失ってみてはじめてそのありがたさがわかるものです。この手紙をよく読んで、健康を失ってしまう前に、是非とも断酒を続けるようにしてください。

また、今回の手紙の最後にも、最近4週間の飲酒日数および薬（ノックビンもしくはビタミン剤）の服用日数についての質問用紙がありますので、空欄に記入し、その用紙のみ同封の封筒に入れ返送してください。

では、早速次のページを読んでみてください。書かれている内容を参考にして今後の断酒に生かしてください。“酒は万病のもと”です。断酒を続けていれば、健康を取り戻せるはずです。皆様の健康と、病気からの回復をお祈りしています。長い間、研究へのご協力誠にありがとうございました。

草々

アルコールの健康への影響

アルコールの健康への影響については、入院中の勉強会などで学んだと思いますが、ここで再度確認してみてください。

アルコールは1グラム7カロリーもの高カロリーのエネルギー源ですが、体にとっては栄養となりません。アルコール依存症の人は食欲がなくなり、十分に食事を摂らなくなるため、生きるのに最低限の栄養しかとっていない場合が多くみられます。そして、必要なビタミンやミネラルが不足し、心臓、肝臓、末梢神経、認知症などの病気にかかりやすくなります。

1. 脳・神経への影響

- ・ アルコールは一種の麻酔薬として作用し、記憶がなくなる、判断力や注意力が鈍る、千鳥足になる、呂律が回らなくなるといった作用をもたらします。
- ・ アルコールは脳の中の理性をつかさどる部分を麻痺させます。その結果、興奮したり、怒りっぽくなる、衝動的になる、反社会的な行動をするといった問題を引き起こします。
- ・ 長期のアルコール摂取によって、アルコール性末梢神経障害が起こると、手足の痛みやしびれが続くようになります。
- ・ アルコールを飲むと良く眠れるように思えますが、実際は睡眠の質を悪くしています。夜中に目が覚める回数が多くなり、ぐっすり眠れなくなります。また、アルコールをやめたときの離脱症状として、眠れなくなることがあります。
- ・ 長期にわたって大量のアルコールを摂取していると、神経細胞が破壊され、脳が萎縮してきます。この脳萎縮は、若いうちから徐々に進行してゆき、ついには認知症になることもあります。

2. 身体への影響

- ・ 離脱症状はアルコールを急にやめることによって起こる症状です。アルコールを飲むことによって症状が軽くなります。例として、手の震え、発汗、不眠、不安・イライラ感、幻聴・幻視、けいれん発作、精神的な混乱などが挙げられます。
- ・ 耐性とは以前に少量で得られた効果と同じ効果を得るために、より多くの量のアルコールが必要になることです。前と同じ量のアルコールでは十分に効果が得られなくなります。その結果、ますます酒量が増えてしまうのです。
- ・ 肝臓障害として、脂肪肝、肝炎、肝硬変などがみられます。
- ・ アルコール性心筋症も、まれならずみられる病気です。これにかかると、心筋が弱くなり、心不全や突然死につながります。
- ・ 血液系の障害としては、貧血がよく見られます。また、血小板数が減り、出血しやすくなります。
- ・ 高血圧も多く、脳出血や脳梗塞の原因になります。
- ・ 慢性膵炎の主要な原因は多量飲酒です。慢性膵炎が続くと、糖尿病になります。

す。

- ・ 多量飲酒は性機能の障害をもたらします。男性では、性欲減退や治療の難しいインポテンツを引き起こします。また、女性の場合、月経が乱れたり、閉経の年齢が早くなったりします。

3. 精神的な影響（アルコール依存症とは何か？）

1) アルコール依存症は病気である

- ・ 慢性、進行性の再発しやすい病気です。
- ・ 治療しなかったら死に至る病気です。ある病院の統計だと、退院後に飲酒量が入院前と同じになった人は、退院後 4.4 年で約 40%が死亡しているとのことです。
- ・ 様々な身体の病気、心の病気、問題行動などを引き起こします。
- ・ しかし、アルコール依存症は治療可能、回復可能な病気です。

2) アルコール依存症による行動の変化

- ・ 最も特徴的なのは、飲酒のコントロールを失ってしまうことです。周りから止められたり、自分で減らそうと思っても、なかなかうまくいきません。
- ・ 日中から飲酒してしまうことも多いです。
- ・ 問題は本人に限らず、家族、仕事、社会生活にまで広がってしまいます。
- ・ 隠れて飲酒したり、酒を隠したりすることもあります。
- ・ 自分に飲酒の問題があることを否定しようとする傾向が強いです。
- ・ 飲酒のために、他の楽しみや人と会ったりする時間が減ります。
- ・ 様々な理由をつけて飲酒しようとします。

3) アルコール依存症による精神的影響

- ・ 不安感やイライラ感が強くなります。
- ・ 自分を責めることが多くなる場合があります。
- ・ うつ病はしばしばアルコール依存症と合併します。アルコールを飲むことによりうつ状態となり、落ち込んだ気分をまぎらわそうと思って飲酒するという悪循環となります。この場合、酒を止めると特に治療しなくても、うつ病が改善することがあります。

厚生労働科学研究

アルコール依存症の治療に関する研究グループ宛

飲酒と薬に関する質問

最後に質問です。それぞれの質問につき、空欄に日数を記入してください。

質問 1.

過去1ヶ月間で、断酒した日は合計何日ですか。 ----- ____日

質問 2.

過去1ヶ月間に、薬（ノックビンもしくはビタミン剤）を合計何日内服しましたか。

----- ____日

ご協力ありがとうございました。

記入後、この用紙のみ同封の封筒に入れて返送してください。

お名前 _____

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）
平成 19～平成 21 年度総合分担研究報告書
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）

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 准教授

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。われわれは、この問題についての情報収集を行い、精神医学を含めたそれぞれの関連機関の役割に関する議論を進め、平成 19 年度から平成 21 年度にかけて、以下の内容での研究報告をまとめた。

<平成 19 年度>

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い、以降の年度においても更新をしていくこととした。

<平成 20 年度>

国内において、これまで病的ギャンブル（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。

われわれはそのための準備として、病的ギャンブルの疫学調査の標準的なツールで、世界で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値の算出を行った。また、病的ギャンブル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。本研究では South Oaks Gambling Screen 日本語版のカットオフポイントは、5 点、6 点もしくは 7 点とすることが妥当であるとの結果が得られた（平成 21 年度の専門家との討議により、海外では South Oaks Gambling Screen のカットオフ値を 5 点としているところが多く、国際比較も容易であることなどから、South Oaks Gambling Screen 日本語版のカットオフ値は最終的に 5 点とすることにした）。

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。

<平成21年度>

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 (SOGS) (1) の日本語版の短縮版を作成し、信頼性とカットオフ値について検討した。得点対象となる日本語版 SOGS の質問項目中で、DSM-IV診断との有意な関連 (κ 係数 0.8 以上の一致率、Fisher の直接確率法による有意な関連) が認められた大項目 4 全項目 7 の質問を日本語版 SOGS 短縮版とした。日本語版 SOGS 短縮版の内的整合性は十分高く、カットオフ値は 1 / 2 (2 点以上) が妥当と考えられた。この日本語版 SOGS 短縮版は、簡易チェックシートとしてギャンブリングの問題が疑われる本人が用いることができるだけでなく、その家族等や第三者による評価もできるように作成した。

さらに、ギャンブリングの問題があると考えられた人 (本人や家族等からの相談がある、日本語版 SOGS 短縮版が陽性である等) に対するアセスメント手順や、アセスメント後に適切な回復支援に結びつけていくための各関連施設における連携案の作成を行った。

また、全国各地においてギャンブリングの問題に関する回復支援や治療に関わっている人達の情報交換を目的として、連携メーリングリストを作成し運用を開始した。

研究分担者 森山成彬 通谷メンタルクリニック

田中克俊 北里大学大学院医療系研究科 赤木健利 桜が丘病院

研究協力者 西村直之 あらかきクリニック

田辺 等 北海道立精神保健福祉
センター

<平成19年度>

石川 達 東北会病院

A. はじめに

松本俊彦 国立精神・神経センター
精神保健研究所

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。

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

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せやすいことである。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、債務整理の目途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、病的ギャンブルの問題とよく似ている。

これらのことから、病的ギャンブルの対応においては、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、ギャンブル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ル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ルが、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クセ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搬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、仲間に帰属感が持て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るべきである。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、ギャ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ルの問題をかかえることによりうつ状態に陥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ル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ル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ルの問題が明らかとなったケースの中には、最終的にGA、ギャン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

・・・渴望、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悸づけを行うとともに、GA、ギャン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」、「一緒にギャンブリングに出かける」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. 病的ギャンブリング関連機関

(図1参照)

<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、病的ギャンブリングを Impulse-Control Disorders 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行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の評価、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

病的ギャンブリング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。ギャンブリング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に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に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。

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。

※ボナフェの会

GAとギャマノンに通所する夫婦が、週に

1回ペアミーティングを行うという取り組みが試みられている。

<リハビリ施設>

○ ワンデーポート

病的ギャンブラーのなかで、依存の問題を中心に抱える人たちの回復は、非常に困難であるという現状がある。生活のほとんどの時間をギャンブルに支配されていた状態からの回復には、同等の時間を費やさなければならないとの意見もある。ワンデーポートには宿泊機能があり、全国からの入所が可能である。この機能により生活の中の様々なタイミングで回復への気づきにいたることが期待できる。回復への取り組みの中心となるのは、12ステップを指針とした1日3回のグループミーティングである。

また、12ステップの理解を深めるのが難しい発達障害圏の影響等が考えられる人には、医療機関や精神障害者の作業所と連携し、個々の背景に即したプログラムを提供するなどの取り組みもみられる。

ワンデーポートにおいては、依存の問題を中心に抱える人たちの受け入れを主体としているため、統合失調症などの精神疾患を持つケースの受け入れは制限している。また、宿泊施設は男性のみの受け入れとなっている。

※ヌジュミ

全国において、女性の受け入れを行っているギャンブルの問題に特化した宿泊機能を持った施設はまだない。その中で、平成19年4月より宿泊機能は持たないが女性の1日3回のグループミーティングが可

能な施設として開設し、今後の取り組みに期待が持たれている。

○ アルコール関連施設

アルコール依存症の人達へ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施設において、一部、病的ギャンブリングの問題を抱えた人たちの受け入れをしている施設もある。病的ギャンブリングの関連機関に乏しい地域においては、問い合わせをする価値はあると思われる。

<多重債務関連団体（消費者センター、多重債務支援団体、司法書士団体、弁護士団体、法テラス）>

現在、多重債務問題は、国家的なプロジェクトになっており各都道府県において「多重債務問題対策協議会」が設置され、相談窓口の拡充を中心に行政民間がネットワーク作りを始めている。金融庁は「多重債務者救出マニュアル」を策定し、相談窓口に関しても対応について細かく示しているが、ギャンブリングの問題を持つ多重債務者への対応については触れられていない。

ギャンブリングへのめり込むことの問題性は、通常借金の問題として認知されるので、多重債務を扱う相談窓口が第一的なアクセスポイントになっている。依存の問題を中心に抱える病的ギャンブラーの多重債務者に対して安易な債務整理がなされると、ギャンブリングが止められないことで再度の多重債務をかかえることとなり、違法な高金利をとる業者からの借金をかかえたり犯罪に走るなど、さらに周囲を巻き込んだ悪循環が繰り返されることとなる。

消費者センター、多重債務支援団体の中には、病的ギャンブラーの本質的な問題を理解し、回

復のための支援活動を行っているところもある。

多重債務相談窓口においては、借金の原因のスクリーニングを行い関係機関に紹介し、連携をとりながら適切な時期に債務整理を行うことが求められる。そのためには、金融庁や各都道府県に設置されている多重債務問題対策協議会、弁護士会、司法書士会、法テラス等への啓発活動が重要である。

<精神保健福祉センター>

関連機関の情報を有するセンターが多い。

熱心な活動を行っているところでは、下記のような取り組みがみられる。

- ①病的ギャンブリングの啓発活動を行うことで、多重債務関連団体との連携をとり、自殺対策にむすびつけている。
- ②当事者のグループカウンセリングや家族の集いを開催。
- ③GA やギャマノンのサポート活動。
- ④ギャンブリングの問題をかかえた統合失調症患者のグループミーティング。
- ⑤ギャンブリング依存者をかかえた家族の子ども達へのケア。

<リカバリーサポート・ネットワーク>

全日本遊技事業協同組合連合会(全日遊連)の支援により設立。

無料の相談電話(ホットライン)を設置し、問題解決のための相談機関や社会資源の紹介を行っている。その他、各種フォーラムの開催や調査・研究など、熱心な取り組みを行っている。

K. 司法領域との連携

アジア太平洋地域アディクション研究所(APARI)の薬物依存問題におけるこれまでの活動をもとに、ギャンブリングの問題を持ち、起訴された刑事被告人の裁判支援をワンデーポー

トと共同で試みている。リハビリ施設に入所する契約をした事実が有利な情状として裁判所から評価されることもある。

<平成20年度>

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。

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) ⁽¹⁾ 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)

- ・ ワンダーポート(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
およびカットオフ値の設定

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
およびカットオフ値の設定

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値の設定

(表 2、3 参照)

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

本研究では、SOGs 日本語版のカットオフ値を 6 点および 7 点とした場合、感度 100%、特異度 3.6% であり、カットオフ値を 5 点とした場合、感度 100%、特異度 5.5% の結果が得られた。また、ROC 曲線下面積による比較を行ったところ、3/4 の ROC 曲線下面積 0.923, 4/5 の ROC 曲線下面積 0.973, 5/6 の ROC 曲線下面積 0.982, 6/7 の ROC 曲線下面積 0.982 であった。これらの結果より SOGS 日本語版のカットオフ値は、5 点、6 点もしくは 7 点とすることが妥当であるとの結果が得られたが、5 点の場合と 6 点もしくは 7 点の場合で ROC 曲線下面積には有意な違いは認められず、海外では SOGS のカットオフ値を 5 点としているところが多く、国際比較も容易であることなどから、SOGs 日本語版のカットオフ値は 5 点とすることとした。

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
7 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 χ^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ラー群において、年齢、ギャンブラー開始年齢、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ラー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 のギャンブラーをこれまでにを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ラー群間で比較した。

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. ナンバース、宝くじ、サッカーくじ
14. 証券信用取引、先物取引

(結果)

1～14 のギャンブラーの中で、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ラー群間で比較した。

(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、病的ギャンブラー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ラー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、病的ギャンブラー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、病的ギャンブラー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ラー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ら

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群間で比較した。

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) 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。

<平成21年度>

A. 研究の背景

われわれは、昨年度までの研究で、The South Oaks Gambling Screen (SOGS)⁽¹⁾の日本語版を作成し、その信頼性・妥当性について検討した。その結果、日本語版SOGSは十分高い信頼性と妥当性を有することが示された。日本語版SOGSは、大項目17全項目40問からなる質問票であり、そのうちの設問4～設問16までの回答を得点化し、5点以上を病的ギャンブリングの可能性が高いと判断する。しかしながら、実際にスクリーニングや疫学調査としてSOGSを用いる場合、質問項目が多いことから、調査協力が得られにくいとの声が寄せられ、日本語版SOGS短縮版作成の必要性が高まってきた。そこでわれわれは、日本語版SOGSの短縮版を作成し、その信頼性と妥当性を検討することにした。作成した日本語版SOGS短縮版については、ギャンブリングの問題が疑われる本人が用いることができるだけでなく、家族等や調査やスクリーニングを行う第三者が用いられる形式とした。

全国の各地域において、ギャンブリングの問題へ対応できる関連機関の分布にはばらつきがあり、実際に病的ギャンブリングの問題が疑われる人が認められた場合の対応は、それぞれの

地域で異なっているものと推測される。そのような中で、今後ギャンブリングの問題に対するより良い支援のあり方を検討していくためには、一定の指針を作成して広く意見を求めることは必須であると思われる。今回われわれは一つの指針として、ギャンブリングの問題が考えられる本人やその家族等からの相談を受けた際の対応案について作成を行い、簡易チェックシート（日本語版 SOGS 短縮版：資料 1 参照）の使用、ギャンブリングの危険性についての説明及び啓発、債務問題についての確認と詳細な内容検討、各関連機関への適切な結びつけ及び連携等についてまとめ（図 2 参照）を行った。

また、ギャンブリングの問題に関する回復支援のあり方や治療法に関しては、アルコールや薬物の問題と比較して情報が不足しているのが現状である。われわれは、それぞれの地域における取り組みの情報提供や意見交換等を目的として、連携メーリングリストの作成を行い、運用を開始した。

（倫理面での配慮）

本研究は、北里大学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）

- ・ ワンダーポート
（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 1～4 について実施した。

1. 日本語版 SOGS 短縮版の作成と信頼性の検討
2. 日本語版 SOGS 短縮版のカットオフ値の検討
3. ギャンブリングの問題が考えられる際の対応案の作成
4. 病的ギャンブリング連携メーリングリストの作成及び運用開始

1. 日本語版 SOGS 短縮版の作成と信頼性の検討

1) 日本語版 SOGS 短縮版の作成

日本語版 SOGS の判定は下記の 12 の設問を用いて行われる。

設問 4 「ギャンブルで負けた時、負けた分を取