表8.処方せん応需枚数(月当たり)とのクロス集計表(続き)

	1501～2000枚 n=187 n (%)	2001～2500枚 n=100 n (%)	2501～3000枚 n=71 n (%)	3001～5000枚 n=84 n (%)	5001枚～ n=27 n (%)	*p*-value
過去1年における面談経験(過量服薬患者)						<0.001
はい	64 (34.2)	37 (37.0)	23 (32.4)	33 (39.3)	18 (66.7)	
いいえ	123 (65.8)	63 (63.0)	48 (67.6)	51 (60.7)	8 (29.6)	
不明	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (3.7)	
過去1年における面談経験(ﾄﾞｸﾀｰｼｮｯﾋﾟﾝｸﾞ患者)						0.004
はい	34 (18.2)	17 (17.0)	15 (21.1)	17 (20.2)	5 (18.5)	
いいえ	153 (81.8)	83 (83.0)	56 (78.9)	66 (78.6)	21 (77.8)	
不明	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.2)	1 (3.7)	
患者発見の情報源(過量服薬患者)*1						
服薬指導	41 (64.1)	23 (62.2)	15 (65.2)	19 (57.6)	14 (77.8)	0.717
薬剤服用歴管理簿	36 (56.3)	27 (73.0)	13 (56.5)	21 (63.6)	11 (61.1)	0.029
お薬手帳	14 (21.9)	7 (18.9)	4 (17.4)	8 (24.2)	4 (22.2)	0.928
情報共有(薬局内)	15 (23.4)	9 (24.3)	4 (17.4)	6 (18.2)	0 (0.0)	0.411
情報共有(薬局間)	4 (6.3)	3 (8.1)	0 (0.0)	5 (15.2)	2 (11.1)	0.411
情報共有(医療機関)	3 (4.7)	4 (10.8)	3 (13.0)	2 (6.1)	1 (5.6)	0.677
患者発見の情報源(ﾄﾞｸﾀｰｼｮｯﾋﾟﾝｸﾞ患者)*1						
服薬指導	14 (41.2)	7 (41.2)	10 (66.7)	5 (29.4)	2 (40.0)	0.401
薬剤服用歴管理簿	7 (20.6)	5 (29.4)	6 (40.0)	6 (35.3)	2 (40.0)	0.288
お薬手帳	10 (29.4)	6 (35.3)	7 (46.7)	6 (35.3)	2 (40.0)	0.662
情報共有(薬局内)	7 (20.6)	5 (29.4)	0 (0.0)	5 (29.4)	1 (20.0)	0.272
情報共有(薬局間)	10 (29.4)	4 (23.5)	1 (6.7)	3 (17.6)	1 (20.0)	0.654
情報共有(医療機関)	4 (11.8)	1 (5.9)	2 (13.3)	1 (5.9)	0 (0.0)	0.722
服薬指導に対する満足度(過量服薬患者)*1						0.015
満足な服薬指導ができた	23 (36.5)	20 (55.6)	9 (40.9)	13 (39.4)	4 (22.2)	
満足な服薬指導ができなかった	40 (63.5)	16 (44.4)	13 (59.1)	20 (60.6)	14 (77.8)	
服薬指導に対する満足度(ﾄﾞｸﾀｰｼｮｯﾋﾟﾝｸﾞ患者)*1						0.618
満足な服薬指導ができた	9 (26.5)	6 (35.3)	6 (40.0)	7 (41.2)	3 (60.0)	
満足な服薬指導ができなかった	25 (73.5)	11 (64.7)	9 (60.0)	10 (58.8)	2 (40.0)	
服薬指導の質を高めるために必要な条件						
向精神薬乱用・依存に関する知識	123 (65.8)	64 (64.0)	55 (77.5)	55 (65.5)	17 (63.0)	0.320
服薬指導に対する経験や自信	75 (40.1)	42 (42.0)	35 (49.3)	39 (46.4)	12 (44.4)	0.325
患者の手助けをしたい気持ち	59 (31.6)	37 (37.0)	30 (42.3)	35 (41.7)	12 (44.4)	0.493
患者との良好な信頼関係	133 (71.1)	71 (71.0)	53 (74.6)	60 (71.4)	19 (70.4)	0.761
処方医との良好な信頼関係	107 (57.2)	62 (62.0)	45 (63.4)	53 (63.1)	19 (70.4)	0.594
医療機関との良好な信頼関係	84 (44.9)	57 (57.0)	33 (46.5)	41 (48.8)	13 (48.1)	0.376
薬局内での情報共有	89 (47.6)	56 (56.0)	39 (54.9)	36 (42.9)	11 (40.7)	0.004
他機関との連携	81 (43.3)	43 (43.0)	26 (36.6)	34 (40.5)	11 (40.7)	0.597
その他	22 (11.8)	8 (8.0)	9 (12.7)	13 (15.5)	3 (11.1)	0.693
処方医への疑義照会の積極度(過量服薬患者)*1						0.936
積極的にできた	36 (57.1)	20 (54.1)	13 (56.5)	17 (51.5)	8 (44.4)	
積極的にできなかった	27 (42.9)	17 (45.9)	10 (43.5)	16 (48.5)	10 (55.6)	
処方医への疑義照会の積極度(ﾄﾞｸﾀｰｼｮｯﾋﾟﾝｸﾞ患者)*1						0.950
積極的にできた	21 (61.8)	11 (64.7)	9 (60.0)	8 (47.1)	3 (60.0)	
積極的にできなかった	13 (38.2)	6 (35.3)	6 (40.0)	9 (52.9)	2 (40.0)	
処方医への疑義照会を積極的にできない背景						
向精神薬乱用・依存に関する知識が十分ではない	42 (22.5)	23 (23.0)	20 (28.2)	12 (14.3)	4 (14.8)	0.389
医師への疑義照会に十分な自信がない	33 (17.6)	18 (18.0)	16 (22.5)	10 (11.9)	2 (7.4)	0.426
業務が忙しく、時間・ゆとりがない	27 (14.4)	11 (11.0)	14 (19.7)	13 (15.5)	6 (22.2)	0.196
向精神薬乱用者の手助けをしたいとは思わない	0 (0.0)	2 (2.0)	1 (1.4)	3 (3.6)	0 (0.0)	0.476
医療機関との連携が上手くとれていない	23 (12.3)	15 (15.0)	8 (11.3)	9 (10.7)	3 (11.1)	0.274
処方医とのトラブルを避けたい	59 (31.6)	37 (37.0)	22 (31.0)	24 (28.6)	8 (29.6)	0.387
医療機関とのトラブルを避けたい	38 (20.3)	25 (25.0)	13 (18.3)	15 (17.9)	6 (22.2)	0.801
処方医は患者の状況を理解していると思う	80 (42.8)	49 (49.0)	20 (28.2)	38 (45.2)	10 (37.0)	0.180
患者(あるいは家族)とのトラブルを避けたい	57 (30.5)	26 (26.0)	30 (42.3)	38 (45.2)	16 (59.3)	<0.001
処方医への疑義照会を患者に断られた	36 (19.3)	22 (22.0)	15 (21.1)	19 (22.6)	8 (29.6)	0.035
その他	32 (17.1)	14 (14.0)	11 (15.5)	14 (16.7)	5 (18.5)	0.653

*1当該患者との面談経験を有する者を分母とする

向精神薬の乱用・依存に関するアンケート

実施機関：国立精神・神経医療研究センター　協力機関：埼玉県薬剤師会職能対策委員会

- このアンケートは、薬局薬剤師が向精神薬の適正使用のゲートキーパーとして、その職能をさらに発揮するために、向精神薬の乱用・依存が疑われる患者との『服薬指導』や、処方医への『疑義照会・情報提供』の実態を調べることを目的としています。所要時間は5分程度です。
- アンケート用紙は各薬局に1枚ずつ配布していますので、薬局を代表して、薬剤師お一人がご回答ください（回答者は管理薬剤師や薬局開設者でなくても構いません）。
- 複数の薬剤師が勤務する場合は、薬局内で回答者を決めてください。若手薬剤師の参加も歓迎いたします。

あなたは、調剤を通じて向精神薬の乱用・依存が疑われる患者に出会った経験はありますか？過去 1 年間を振り返り、当てはまる番号に○をつけてください。

Q1.過去1年間において、向精神薬の過量服薬が疑われる患者に出会ったことがありますか？

※ここでいう「過量服薬が疑われる患者」とは、自己判断による増量や、薬剤のまとめ飲み（自殺意図の有無は問わず）など医師に指示された量や回数を超えて向精神薬を服用することを指します。

1.はい（以下 Q2～4 をお答えください）　　2. いいえ（Q5 にスキップしてください）

以下の質問は、Q1 で「はい」と回答した方におたずねします。

Q2. 何をきっかけに向精神薬の過量服薬を疑うようになりましたか？（当てはまるものすべてに○）

1. 服薬指導（患者および患者家族）
2. 薬歴簿
3. お薬手帳
4. 薬局内での情報共有
5. 薬局間での情報共有
6. 医療機関との情報共有
7. その他（具体的に＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

Q3. 当該患者の服薬指導は、どの程度満足できるものでしたか？複数事例の経験がある場合は総合的にお答えください。

1. おおむね満足な服薬指導ができた
2. どちらかと言えば満足な服薬指導ができた
3. どちらかと言えば満足な服薬指導ができなかった
4. ほとんど満足な服薬指導ができなかった

Q4. 当該患者について、処方医への情報提供・疑義照会をどのくらい積極的に行えましたか？

1. おおむね積極的にできた
2. どちらかと言えば積極的にできた
3. どちらかと言えば積極的できなかった
4. ほとんどできなかった

Q5.過去１年間において、向精神薬のドクターショッピングが疑われる患者に出会ったことがありますか？
※ここでいう「ドクターショッピングが疑われる患者」とは、特定の向精神薬を大量に入手するために複数の医療機関を掛け持ちで受診している患者を指します。

1.はい（以下 Q6～8 をお答えください）　　2. いいえ（Q9 にスキップしてください）

以下の質問は、Q5 で「はい」と回答した方におたずねします。

Q6. 何をきっかけに向精神薬のドクターショッピングを疑うようになりましたか？（当てはまるものすべてに○）

1. 服薬指導（患者および患者家族）
2. 薬歴簿
3. お薬手帳
4. 薬局内での情報共有
5. 薬局間での情報共有
6. 医療機関との情報共有
7. その他（具体的に＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

Q7. 当該患者の服薬指導は、どの程度満足できるものでしたか？複数事例の経験がある場合は総合的にお答えください。

1. おおむね満足な服薬指導ができた
2. どちらかと言えば満足な服薬指導ができた
3. どちらかと言えば満足な服薬指導ができなかった
4. ほとんど満足な服薬指導ができなかった

Q8.当該患者について、処方医への情報提供・疑義照会をどのくらい積極的に行えましたか？

1. おおむね積極的にできた
2. どちらかと言えば積極的にできた
3. どちらかと言えば積極的できなかった
4. ほとんどできなかった

Q9 過量服薬やドクターショッピングなど、向精神薬の乱用・依存が疑われる患者について、より質の高い服薬指導を行うために必要な条件は何でしょうか？（当てはまるものすべてに○）

1. 向精神薬の乱用・依存に関する知識があること
2. 服薬指導に対する経験や自信があること
3. 患者の手助けをしたいという気持ちがあること
4. 患者との良好な信頼関係
5. 処方医との良好な信頼関係
6. 医療機関との良好な信頼関係
7. 薬局内において事前に情報共有が行われていること
8. 他機関（他の薬局、情報センター、行政機関など）との連携
9. その他

具体的にあなたの考えをお聞かせください。

Q10 向精神薬の乱用・依存が疑われる患者について、処方医への情報提供・疑義照会を積極的にできない背景要因として、どのようなことが考えられますか？あなたの本音をお聞かせください。（当てはまるものすべてに○）

1. 向精神薬の乱用・依存に関する知識が十分ではないため
2. 医師への情報提供・疑義照会に十分な自信がないから
3. 業務が忙しく、時間・ゆとりがないから
4. 向精神薬を乱用する患者の手助けをしたいとは思わないから
5. 日頃から医療機関との連携が上手くとれていないから
6. 処方医とのトラブルを避けるため（薬剤師と医師の関係性）
7. 医療機関とのトラブルを避けるため（薬局と医療機関との関係性）
8. 処方医は患者の状況を理解していると思ったので
9. 患者（患者家族）とのトラブルを避けるため
10. 処方医への情報提供・疑義照会を患者に断られたため
11. その他の理由

具体的にあなたの考えをお聞かせください。

最後に、このアンケートの回答者（あなた）のことや、あなたが勤務されている薬局についておたずねします。

Q11.薬局におけるあなたのお立場

1. 管理薬剤師
2. 勤務薬剤師（常勤）
3. 勤務薬剤師（非常勤・パートタイム）

Q12.あなたの性別

1. 女性
2. 男性

Q13.あなたの年齢は、どの年代に当てはまりますか？

1. ～29 歳
2. 30～39 歳
3. 40～49 歳
4. 50～59 歳
5. 60～69 歳
6. 70 歳～

Q14. あなたの薬剤師としての実務経験は合計何年でしょうか？　計（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿年）

※パートタイムも含めて、調剤に従事している期間をご記入ください。

※現在お勤めの薬局だけなく、これまでの合計年数をお答えください。

Q15.勤務薬局の薬剤師数（常勤・非常勤あわせて）　計（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿名）

Q16.勤務薬局の平均処方箋枚数（月あたり）はどれに当てはまりますか？

1. ～100 枚
2. 101～500 枚
3. 501～1000 枚
4. 1001～1500 枚
5. 1501～2000 枚
6. 2001～2500 枚
7. 2501～3000 枚
8. 3001～5000 枚
9. 5001 枚～

Q17.勤務薬局の経営環境はどれに当てはまりますか？

1. 主に特定の病院からの処方箋を受けている
2. 主に特定の診療所・クリニックからの処方箋を受けている
3. 特定の医療機関ではなく、複数の医療機関からの処方箋を幅広く受けている

記入漏れがないことを再度ご確認の上、返信用封筒にてご返送ください。ご協力ありがとうございました。

集計結果は、埼玉県薬剤師会ホームページおよび県薬雑誌で公開させていただく予定です。

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

様々な依存症における医療・福祉の回復プログラムの策定に関する研究
（研究代表者　宮岡　等）

平成23年度分担研究報告書
病的ギャンブリング（いわゆるギャンブル依存）の概念の検討と各関連機関の適切な連携に関する研究

研究代表・分担者　宮岡　等　北里大学医学部精神科学主任教授

研究要旨
われわれは国内の精神科医療機関や行政機関において、併存する精神疾患（障害）やその種類により、病的ギャンブリングへの治療や回復支援の取り組みの工夫がなされていると仮定し、類型分類を作成した。それぞれの分類タイプにおける国内の医療機関における治療状況等を把握することを目的に、北里大学東病院及び協力医療機関（北海道立精神保健福祉センター、東北会病院、成増厚生病院、雷門メンタルクリニック、独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター、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）で、病的ギャンブリングと診断された患者47名を対象として、患者背景〔年齢、性別、生活歴、現病歴、通院頻度、入院歴、家族歴、治療内容、支援機関の利用状況、併存する精神障害等〕とその回復経過との関係について後方視的に調査検討を行った。
得られたデータをもとに、類型分類のタイプ別に治療や回復支援のあり方について考察し、依存症や嗜癖問題を専門とする医療機関だけでなく、それ以外の精神科医療機関においても用いることが可能な対応フローチャート（マニュアル）を作成した。

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	独立行政法人　国立精神・神経医療研究センター　精神保健研究所
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	独立行政法人　国立病院機構久里浜アルコール症センター
真栄里仁	独立行政法人　国立病院機構久里浜アルコール症センター
神村栄一	新潟大学
岡崎直人	さいたま市こころの健康センター
岩崎正人	岩崎メンタルクリニック
稲村　厚	稲村厚事務所
田中克俊	北里大学大学院　医療系研究科
佐藤　拓	横浜市こころの健康相談センター
村井俊哉	京都大学大学院　医学研究科
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．研究目的

病的ギャンブリング（いわゆるギャンブル依存症）は、世界保健機構（WHO）の国際疾病分類（ICD-10）の精神および行動の分類に記載されており、疫学研究[1)2)3)4)5)]も広く行われている。国内では、ギャンブリングへの過度なのめり込みにより、様々な深刻な問題を抱えて医療機関を受診する方々がいることが報告[6)7)]されており、わが国でも早急な対応が必要である。

諸外国では、ギャンブリングの問題からの回復を目指す当事者により構成された相互援助（自助）グループであるGA（Gamblers Annonymus）によるグループミーティング等の取り組みの他に、認知行動療法[8)]、薬物療法[9)10)]等が試みられている。国内でもGAによる取

り組みの他に、集団精神療法[11]、内観療法[12]、認知行動療法[13]等が行われている。

国内でこのような取り組みが行われる中で、グループミーティング等の対応では適応が困難な群がいることが報告[14]されている。「ギャンブリングにのめり込んでしまう」ことは、一つの症状であると考えられ、ギャンブリングの問題に併存する他の精神障害[15]の種類によっては、グループミーティング、集団精神療法等に加えて、薬物療法や地域医療資源の活用など異なった対応が必要となるケースもあると推測される。

今回われわれは、病的ギャンブリングの類型分類（図 1、図 2）を作成し、病的ギャンブリングの診断がなされた患者の背景〔年齢、性別、生活歴、現病歴、通院頻度、入院歴、家族歴、治療内容、支援機関の利用状況、併存する精神障害等〕とその回復経過の関係について後方視的に調査検討を行うことによって症例集積報告を行うこととした。

B．研究方法

1．研究のアウトライン

病的ギャンブリング類型分類を作成（作成者：宮岡等、2011）した。ギャンブリングの問題により二次的に生じた抑うつや不安症状は除く、他の精神疾患（障害）が併存しない群をタイプⅠとし、他の精神疾患（障害）が併存する群をタイプⅡ、タイプⅢとした（図 1）。併存する精神疾患（障害）に対して、医療機関での治療対応が比較的明確に考えられる（薬物療法が効果的等）群をタイプⅡ、医療機関の治療のみでは対応が困難と考えられる群をタイプⅢとした（図 2）。

この分類に基づき、病的ギャンブリングの診断を受けた患者のカルテに記載された情報を収集した。倫理委員会の承認を受けた時点から情報の収集を開始し、診療録情報について平成 23 年 12 月 31 日までに収集した。

2．対象

①セッティング

北里大学東病院、および、協力医療機関（北海道立精神保健福祉センター、東北会病院、成増厚生病院、雷門メンタルクリニック、独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター、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）

②選択基準

病的ギャンブリングの診断を受け、6 ヶ月以上の治療継続があり、受診前と比較してギャンブリングの実施頻度の減少が認められた患者

③目標対象数

目標対象数は 30 例（各施設 3～5 例）を目標としたが、目標症例数に達した後も、12 月 31 日まで調査を続行した。

3．調査項目

- 施設名
- 調査日
- 研究用 ID
- 初診日
- 年齢
- 性別
- 最終学歴
- 年収
- 債務金額
- 債務整理や家族らによる肩代わり返済の回数
- 本人の就労状況
- 家族等の就労状況
- 本人の受診のきっかけ
- 家族らの来院のきっかけ
- 本人の外来通院頻度
- 家族らの来院頻度
- 入院歴
- 家族歴

・ 身体疾患
・ 病的ギャンブリングの診断ツール
（DSM-Ⅳの病的賭博の診断基準、SOGS 等）
・ のめり込んだギャンブリングの種類
・ 医療機関受診前のギャンブリングの頻度
（毎日、週○回、月○回等）
・ 精神科的治療内容
・ ＧＡの利用
・ リハビリ施設の利用
・ カウンセリングルーム等の利用
・ 債務問題相談窓口の利用
・ 家族らへの疾病教育等
・ 家族らのギャマノンの利用
・ 家族らのカウンセリングルームの利用
・ 併存する他の精神障害
・ 回復状況・・・
治療開始6カ月後のギャンブリングの頻度
治療開始１年後のギャンブリングの頻度
（1 年後は可能であれば記載）
および文書記載

４．研究デザイン
後方視的研究。 症例集積報告、記述的解析、質的研究。

５．データの管理
①データの流れ
北里大学東病院、および北里大学関連病院（9つの病院）において、本研究の対象となるカルテを各施設で選抜し、カルテ情報をもとに、個人の特定に結びつく個人情報は資料から削除し資料には新たな符号をつけ、連結可能匿名化してデータ票を作成した。データ票の作成は、患者の主治医のみが行うこととした。協力施設にて作成したデータ票は、USB メモリーに保存の上、書留で北里大学東病院精神神経科宛に送付することとした。対応表は、研究終了後処分した。

＜倫理委員会等を有する協力施設＞
本研究が北里大学医学部・病院倫理委員会における承認を得られた後、各施設宛に書類を送付した。各施設の倫理委員会もしくは、それに相当する委員会にて実施の可否を検討し、その結果実施が決定した場合に、各施設からデータ管理者等の情報をご報告いただいた。その上で、研究代表者から北里大学医学部・倫理委員会宛に各施設のデータ管理者等の情報をとりまとめたものを提出することとした。

＜倫理委員会等を有しない協力施設＞
事前に、各施設の施設長から北里大学医学部・倫理委員会へ倫理審査の依頼文を提出していただいた。

②データの保管方法
調査を担当する主治医は、情報を一度、紙のデータシートに転記してからデータベースに入力し、USB に保存して PC への保存は行わないこととした。データを取り扱う北里大学東病院精神科医局居室および協力機関の居室は施錠管理とし、居室内の PC を保管する部屋も施錠管理とした。
データが保管される PC は、インターネット非接続とし、起動時の管理者パスワードを設定し、指紋認証およびパスワードの入力を必要とするものとした。また、PC 不使用時には鍵付きの保管庫に保管した。

③研究終了後のデータ処分
紙のデータシートは、北里大学東病院の宮岡および他の協力機関の主治医がUSBデータを作成後、シュレッダーにかけ処分した。USB 内のデータは、北里大学内情報管理者が PC にデータを保存後、速やかに消去した。

６．副作用・有害事象
本研究は、情報のみ扱う研究のため、患者の身体的リスクは存在しない。副作用・有害事象は特に発生しないと考えられる。

7．研究の中止基準

研究対象の中止基準：患者が自分自身のカルテを使用しないように、各医療機関の主治医に直接申し出た場合は、当該カルテの使用を中止することとした。また、他の協力機関の患者から北里大学窓口へ電話連絡があった場合には、該当する協力機関主治医へ連絡し、当該カルテの使用を中止することとした。

（倫理面への配慮）

倫理的事項

① 患者の保護

本研究は、厚生労働省「疫学研究に関する倫理指針」並びにヘルシンキ宣言に従って行い、北里大学医学部・病院B倫理委員会の審査および承認を受け研究を行った。

② 患者への説明と同意

本研究は、患者の個別のインフォームドコンセントを得ずに行った。その理由は、「疫学研究に関する倫理委指針」（文部科学省・厚生労働省）の第3インフォームドコンセント等の既存資料等のみを用いる観察研究に該当するためである。なお、本研究は北里大学東病院精神神経科、および研究を実施する協力機関にてポスター（添付資料1）の掲示を行った。このポスターは、北里大学東病院および他の協力施設に共有で用いるものとした。

③ 個人情報の保護について

北里大学病院では、「個人情報の保護に関する法律」、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」および「北里大学病院における患者様の個人情報保護に関する基本規定」に基づき、医療情報の管理を行い、患者様の個人情報に厳重な注意を払っており、さらに今回の研究では、研究倫理の観点で「疫学研究に関する倫理指針」等を順守して倫理的配慮を行い、個人情報の保護に努めた。

④ 被検者への謝礼について

本研究の対象者には謝礼は支払わないこととした。

⑤ 研究成果の公表

結果を論文や学会等に公表する場合は、集団としてデータを公表する。なお、患者情報は連結可能匿名化されているため、個人が特定されることはない。

⑥利益相反について

利益相反に関しては、「北里大学利益相反委員会」のマネージメントを受けるよう申請を行った。

C．研究結果

タイプⅠ:27 症例、タイプⅡ:10 症例、タイプⅢ:10 症例の計 47 症例のデータが回収された。タイプⅡ、タイプⅢについては、併存する精神疾患（障害）ごとに、いくつかに細分化した結果を示した。

＜タイプⅠ：27 症例＞

初診から調査終了時までの期間

半年以上1年未満	2名
1年以上2年未満	6名
2年以上3年未満	6名
3年以上4年未満	4名
4年以上5年未満	1名
5年以上6年未満	0名
6年以上7年未満	3名
7年以上8年未満	2名
8年以上9年未満	0名
9年以上10年未満	0名
10年以上	3名

年齢構成

20代　2名

30代　6名
40代　6名
50代　9名
60代　4名

男女比
男20名、女7名

最終学歴の構成
中学卒　1名
高校卒　8名
短大卒　2名
大学卒　11名
大学中退　1名
大学院卒　1名
専門学校卒　2名
不詳　1名

年収
0円（配偶者収入のみ等）　2名
～200万円　4名
～400万円　11名
～600万円　4名
～800万円　2名
～それ以上　1名
年金生活　2名
不詳　1名

債務金額
0円　2名
～100万円　1名
～500万円　4名
～1000万円　9名
～2000万円　5名
～5000万円　2名
～1億円　2名
～それ以上　1名
不詳　1名

債務整理や家族らによる肩代わり返済の回数
0回　2名
1回　7名
～2回　7名
～5回　5名
～10回　1名
それ以上　2名
自己破産　2名
不詳　1名

本人の就労状況
正社員　19名
パート、アルバイト　2名
無職　2名
年金生活　2名
その他（季節職員等）2名

家族らの就労状況
正社員　13名
パート、アルバイト　6名
無職　7名
年金生活　1名

本人の受診のきっかけ（重複可）
繰り返す借金　10名
他院、嘱託医等からの紹介　6名
家族からの勧め　5名
自殺企図　3名
GAでの情報提供　2名
自らの希望　2名
自己破産　1名
離婚話の浮上　1名
講演会の受講　1名

家族らの来院のきっかけ（重複可）
繰り返す借金　17名
他院、嘱託医等からの紹介　3名
自殺企図　3名
自己破産　1名
離婚話の浮上　1名
講演会の受講　1名

家族の精神不調　1名
家族に知識があった　1名
インターネット検索　1名
家族のお金を勝手に使う　1名
主治医からの要請に応じて　1名

本人の外来通院頻度
2か月に1回　2名
月1回　18名
月2回　3名
初回のみ　2名
※初期のみ月4回→後に月1回、初期は月1回→長期中断後は月2回というケースもみられた。

家族らの来院頻度
なし　6名
初回のみ　10名
初期2、3回のみ　5名
月1回　6名
※運転付き添いのみも含まれる。

入院歴
なし　18名
1回　8名
2回　0名
3回　1名
※うつ病の診断で入院中に、ギャンブリングの問題が発覚したケースや、ギャンブリングの問題への治療のための入院、自殺企図時の緊急入院のみといったケースなどがみられた。

家族歴
なし　19名
家族がギャンブリング好き　4名
家族が病的ギャンブリング　2名
家族がアルコール依存症　3名
※家族にアルコール依存症と病的ギャンブリングの両方の問題があったケースもみられた。

治療中の身体疾患
なし　24名
あり　3名
糖尿病、脊柱管狭窄症、椎間板ヘルニア、腎障害、閉塞性動脈炎などがみられた。

既往歴
なし　25名
あり　2名
肺結核、大腸ポリープなどがみられた。

病的ギャンブリングの診断ツール
DSM-Ⅳ、SOGS、ICD-10、オリジナル診断ツール等による診断ツールが用いられていた。

のめり込んだギャンブリングの種類（重複可）
パチンコ　21名
パチスロ　11名
競馬　4名
競輪　1名
競艇　1名
オートレース　1名
麻雀　2名

医療機関受診前のギャンブリングの頻度
ほぼすべてのケースが、最低週1回以上～ほぼ毎日であった。

精神科的治療内容
通院（個人）カウンセリング
集団精神療法
認知行動療法
集団認知行動療法
入院内観療法
動機づけ面接法
精神科作業療法
ドラマセラピー

GAの利用
なし　5名
短期間　2名

継続　20名

リハビリ施設の利用
なし　25名
あり　2名

カウンセリングルーム等の利用
なし　25名
あり　2名

債務問題相談窓口の利用
なし　18名
あり　9名

家族らへの疾病教育等
なし　8名
初回のみ　7名
初期数回のみ　6名
同伴受診時毎回　6名

家族らのギャマノン利用
なし　25名
あり　2名

家族らのカウンセリングルームの利用
なし　25名
あり　2名

ギャンブリングにのめり込んだことが原因で生じた借金や対人トラブル等により引き起こされた二次的な精神症状
抑うつ、自責感、悲観的思考、自殺念慮、自殺企図

回復経過
治療開始6か月後のギャンブリングの頻度
なし　20名
1回のみ　3名
月に1，2回　3名
週に1，2回　1名

治療開始1年後のギャンブリングの頻度
なし　22名
月に1，2回　1名
週に1，2回　2名
※初診後1年未満2名

効果的と考えられた治療内容について
（導入）
・ 通院（個人）カウンセリング
・ 動機づけ面接
・ 他の関連機関についての情報提供
（家族らへ）
・ 疾病教育、説明
・ ギャマノン、カウンセリングルームへの紹介
（金銭管理）
・ ほとんどのケースで、家族等による金銭管理が行われていた。
・ 安易に借金の問題を解決することは、スリップを引き起こすリスクと考えられた。
（維持療法のいくつかの形態）
・ 週1回のGA通所、月1回の通院（個人）カウンセリング
・ 週1回以上のGA通所、家族教育
・ リハビリ施設入所、家族教育
・ 月2回の集団精神療法、月1回の通院（個人）カウンセリング
・ 月1回の通院（個人）カウンセリングのみ
・ 月1回の集団精神療法のみ

＜タイプⅡ：10症例＞
併存する主疾患(障害)
①統合失調症（3名）
初診から調査終了時までの期間
半年以上1年未満　1名
1年以上2年未満　2名

年齢構成

20代　1名
30代　1名
40代　1名

男女比
男3名、女0名

最終学歴の構成
大学生　1名
大学卒　2名

年収
なし　1名
～200万円（障害年金含む）　1名
不詳　1名

債務金額
0円　2名
～100万円　1名

債務整理や家族らによる肩代わり返済の回数
なし　2名
3～5回　1名

本人の就労状況
パート、アルバイト　2名
無職　1名

家族らの就労状況
家族らなし　1名
正社員　2名

本人の受診のきっかけ
他院からの紹介　2名
GAでの情報提供　1名

家族らの来院のきっかけ
家族らなし　1名
他院からの紹介　1名
GAでの情報提供　1名

本人の外来通院頻度
月1回　2名
月2回　1名

家族らの来院頻度
家族らなし　1名
月1回　1名
時々　1名

入院歴
なし　2名
1回　1名

家族歴
なし　2名
家族がアルコール乱用

治療中の身体疾患
なし　3名

既往歴
なし　3名

病的ギャンブリングの診断ツール
SOGS、ICD-10

のめり込んだギャンブリングの種類（重複可）
パチンコ　3名
パチスロ　2名

医療機関受診前のギャンブリングの頻度
最低週1回以上　2名
ほぼ毎日　1名

精神科的治療内容
薬物療法
通院（個人）カウンセリング

GAの利用

短期間　1名
時々　1名
継続　1名

リハビリ施設の利用
なし　3名

カウンセリングルーム等の利用
なし　3名

債務問題相談窓口の利用
なし　3名

家族らへの疾病教育等
家族らなし　1名
同伴受診時毎回　2名

家族等のギャマノン利用
なし　3名

家族等のカウンセリングルームの利用
なし　3名

回復経過
治療開始6か月後のギャンブリングの頻度
なし　2名
時々　1名

治療開始1年後のギャンブリングの頻度
なし　2名
時々　1名

効果的と考えられた治療内容について
（薬物療法）
・抗精神病薬による治療
（金銭管理）
・ 家族らによる金銭管理が望ましい。
・ 借金の問題は、本人の状態に応じて整理することを検討。
（維持療法のいくつかの形態）
・ 週1回のGA通所、月1回の通院（個人）カウンセリングのケースでは、スリップなし。
・ 月1回の通院（個人）カウンセリングのみのケースでは、1名がスリップなし、1名が時々のスリップがみられた。

②反復性うつ病（2名）、双極性感情障害（1名）
初診から調査終了時までの期間
5年以上6年未満　1名
2年以上3年未満　2名

年齢構成
20代　1名
40代　1名
50代　1名

男女比
男性3名、女性0名

最終学歴の構成
大学卒　3名

年収
～200万　0名
～400万　1名
～600万　1名
～800万　1名

債務金額
0円　1名
～100万　0名
～500万　0名
～1000万　2名

債務整理や家族らによる肩代わり返済の回数
0回　1名
1回　2名

本人の就労状況
正社員　3名

家族らの就労状況
無職　1名
正社員　2名

本人の受診のきっかけ
他院からの紹介　1名
家族からの勧め　2名

家族らの来院のきっかけ
繰り返す借金　2名
他院からの紹介　1名

本人の外来通院頻度
月1回　2名
不規則　1名

家族らの来院頻度
なし　1名
初回のみ　1名
初期2、3回のみ　1名

入院歴
なし　3名

家族歴
なし　3名

治療中の身体疾患
なし　3名

既往歴
なし　3名

病的ギャンブリングの診断ツール
DSM-Ⅳ、オリジナル診断ツール等

のめり込んだギャンブリングの種類（重複可）
パチンコ　2名
パチスロ　1名
競馬　1名

医療機関受診前のギャンブリングの頻度
週3回　2名
毎日（しない時期もあり）　1名

精神科的治療内容（重複可）
薬物療法　3名
個人カウンセリング　3名
集団精神療法　1名

GAの利用
短期間　1名
継続　2名

リハビリ施設の利用
なし　3名

カウンセリングルーム等の利用
なし　3名

債務問題相談窓口の利用
なし　3名

家族らへの疾病教育等
なし　1名
初回のみ　2名

家族らのギャマノン利用
なし　3名

家族らのカウンセリングルームの利用
なし　3名

回復経過
治療開始6か月後のギャンブリングの頻度
なし　2名
1回のみ　1名

治療開始1年後のギャンブリングの頻度

なし　　2名
1回のみ　1名

効果的と考えられた治療内容について
（薬物療法）
・　反復性うつ病に、抗うつ薬
・　双極性感情障害に、気分安定薬
（導入）
・　通院（個人）カウンセリング
・　他の関連機関についての情報提供
（家族らへ）
・　疾病教育、説明
（金銭管理）
・　家族らによる金銭管理
（維持療法のいくつかの形態）
・　週1回のGA通所、月1回の通院（個人）カウンセリング
・　集団精神療法への不規則参加、月1回の通院（個人）カウンセリング

③不安障害（1名）、解離性障害（1名）
初診から調査終了時までの期間
1年以上2年未満
7年以上8年未満

年齢構成
30代
60代

男女比
男性1名、女性1名

最終学歴
高校卒
専門学校卒

年収
0円　　1名
～200万円　1名

債務金額
0円　　1名
～2000万円　1名

債務整理や家族らによる肩代わり返済の回数
0回　　1名
～11回以上　1名

本人の就労状況
パート、アルバイト　1名
無職　　1名

家族らの就労状況
正社員　1名
不詳　1名

本人の受診のきっかけ
リハビリ施設からの紹介　1名
繰り返す借金　　1名

家族らの来院のきっかけ
来院なし　1名
繰り返す借金　1名

本人の外来通院頻度
週1回　1名
月1回　1名

家族らの来院頻度
来院なし　1名
初期数回　1名

入院歴
2回　1名
3回　1名

家族歴
家族がアルコール依存症　1名
なし　1名

治療中の身体疾患
なし　2名

既往歴
なし　　1名
胃手術後　1名

病的ギャンブリングの診断ツール
DSM-Ⅳ

のめり込んだギャンブリングの種類（重複可）
パチンコ　2名
（ゲームセンター）　1名

医療機関受診前のギャンブリングの頻度
毎日　2名

精神科的治療内容
薬物療法
支持的精神療法
通院（個人）カウンセリング
認知行動療法
精神科作業療法

GAの利用
継続　　2名

リハビリ施設の利用
あり　1名
なし　1名

カウンセリングルーム等の利用
なし　2名

債務問題相談窓口の利用
あり　1名
なし　1名

家族らへの疾病教育等
あり　1名
なし　1名

家族らのギャマノン利用
なし　2名

家族らのカウンセリングルームの利用
なし　2名

回復経過
治療開始6か月後のギャンブリングの頻度
2回のみ　1名
時々　　1名

治療開始1年後のギャンブリングの頻度
なし　2名

治療内容と回復の結果について
（薬物療法）
・　抗うつ薬
・　抗不安薬
（精神療法）
・　支持的精神療法
（家族らへ）
・　疾病教育、説明
（金銭管理）
・　事情により家族らによる金銭管理はできていなかった。
（維持療法のいくつかの形態）
・　週1回のGAへの通所、月1回の通院（個人）カウンセリング
・　週1回のGAへの通所、週1回の通院による支持的精神療法
※支持的精神療法、薬物療法による精神症状の改善により、相互援助（自助）グループでの対人関係がよくなり効果的であった。

④アルコール依存症（1名）、アルコール乱用（1名）
初診から調査終了時までの期間
半年以上1年未満　　1名

1年以上2年未満　1名

年齢構成
40代　2名

男女比
男1名、女1名

最終学歴の構成
高校卒　1名
大学中退　1名

年収
～200万円　2名

債務金額
なし　1名
～2000万円　1名

債務整理や家族らによる肩代わり返済の回数
なし　1名
1回　1名

本人の就労状況
正社員　2名

家族らの就労状況
なし　1名
無職　1名

本人の受診のきっかけ
AAでの情報提供　1名
家族からの勧め　1名

家族らの来院のきっかけ
消費者センターからの紹介　1名
本人の希望により　1名

本人の外来通院頻度
2か月に1回　1名
月1回　1名

家族らの来院頻度
なし　1名
月1回　1名

入院歴
なし　1名
3回　1名

家族歴
なし　1名
家族がアルコール依存症　1名

治療中の身体疾患
なし　2名

既往歴
肝機能障害　2名

病的ギャンブリングの診断ツール
DSM-Ⅳ
SOGS

のめり込んだギャンブリングの種類（重複可）
パチンコ　2名
パチスロ　1名
スクラッチ宝くじ　1名

医療機関受診前のギャンブリングの頻度
最低週1回以上　1名
ほぼ毎日だが、しばらくしないことあり　1名

精神科的治療内容
通院（個人）カウンセリング

GAの利用
短期間　1名
継続　1名

リハビリ施設の利用
なし　1名
あり　1名

カウンセリングルーム等の利用
なし　2名

債務問題相談窓口の利用
なし　2名

家族らへの疾病教育等
なし　1名
同伴受診時毎回　1名

家族らのギャマノン利用
なし　2名

家族らのカウンセリングルームの利用
なし　2名

回復経過
治療開始6か月後のギャンブリングの頻度
1回のみ　1名
月に1，2回（連続することあり）　1名

治療開始1年後のギャンブリングの頻度
なし　1名
月に1，2回（連続することあり）　1名

効果的と考えられた治療内容について
（導入）
・ 入院治療
（家族らへ）
・ 疾病教育、説明
（金銭管理）
・家族らによる金銭管理
（維持療法のいくつかの形態）
・ 週1回のGA通所、月1回の通院（個人）カウンセリング
・ GAへの通所は数回のみで、AAへの通所と月1回の通院（個人）カウンセリングの継続

＜タイプⅢ：10症例＞
併存する主疾患(障害)
①認知症（1名）、老年期精神障害（1名）、精神発達遅滞（1名）
初診から調査終了時までの期間
1年以上2年未満　2名
2年以上3年未満　1名

年齢構成
30代　1名
60代　1名
70代　1名

男女比
男3名、女7名

最終学歴の構成
高校卒　1名
大学卒　2名

年収
～200万円　1名
年金生活　2名

債務金額
0円　3名

債務整理や家族らによる肩代わり返済の回数
0回　3名

本人の就労状況
パート、アルバイト　1名
年金生活　2名

家族らの就労状況
正社員　1名
無職　2名

本人の受診のきっかけ
家族からの勧め　3名

家族らの来院のきっかけ
家族のお金を勝手に使う　1名
貯金を使い込む　1名

本人の外来通院頻度
月1回　3名

家族らの来院頻度
月1回　3名

入院歴
なし　3名

家族歴
なし　2名
家族がギャンブリング好き　1名

治療中の身体疾患
なし　1名
糖尿病　1名

既往歴
なし　3名

病的ギャンブリングの診断ツール
DSM-Ⅳ

のめり込んだギャンブリングの種類（重複可）
パチンコ　3名

医療機関受診前のギャンブリングの頻度
毎日　3名

精神科的治療内容
通院（個人）カウンセリング
薬物療法

GAの利用
なし　2名
短期間　1名

リハビリ施設の利用
なし　2名
あり　1名

カウンセリングルーム等の利用
なし　2名
あり　1名

債務問題相談窓口の利用
なし　3名

家族らへの疾病教育等
同伴受診時毎回　3名

家族らのギャマノン利用
なし　3名

家族らのカウンセリングルームの利用
なし　3名

回復経過
治療開始6か月後のギャンブリングの頻度
なし　1名
月に1，2回　2名

治療開始1年後のギャンブリングの頻度
なし　3名

効果的と考えられた治療内容について
（薬物療法）
・ 認知症・・・ドネペジル
・ 老年期精神障害・・・抗精神病薬
（家族らへ）
・ 家族の負担を減らす方策についての説明
・ ギャンブリングを完全に止めることが難しければ、害を減らす方向で検討