

**厚生労働科学研究費補助金
障害者政策総合研究事業（精神障害分野）**

**様々な依存症の実態把握と
回復プログラム策定・推進のための研究**

平成26年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 宮岡 等

平成27(2015)年 3月

目 次

I . 総括研究報告

- 様々な依存症の実態把握と回復プログラム策定・推進のための研究..... 7
宮岡 等 北里大学医学部精神科学主任教授

. 分担研究報告

- 1 . 薬物依存症に対する包括的治療プログラムの開発と普及・均てん化に関する研究 15
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
薬物依存研究部 診断治療開発研究室長
自殺予防総合対策センター 副センター長
- 2 . インターネット依存の実態解明と治療法開発に関する研究 43
樋口 進 国立病院機構久里浜医療センター院長
- 3 . 病的ギャンブリングと債務問題等との関連および
病的ギャンブラーの家族らの実態調査と回復支援のための研究..... 89
宮岡 等 北里大学医学部精神科学主任教授
- 4 . 薬物依存症支援における精神保健福祉センターと保健所の連携に関する研究..... 135
保健所の薬物関連事業実施状況調査
小泉 典章 長野県精神保健福祉センター

- . 研究成果の刊行に関する一覧表 151

- . 研究成果の刊行物・別刷 155

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

平成 26 年度総括研究報告書
様々な依存症の実態把握と回復プログラム策定・推進のための研究

研究代表者 宮岡 等
北里大学医学部精神科学 主任教授

研究要旨

依存症が当事者、家族、社会に与える苦悩は大きい。しかしわが国の依存症回復支援の普及・均てん化は十分とは言えず、実態の把握に至っていない領域もある。そこで本研究では、1) 薬物依存回復支援のための包括的治療プログラムの開発と普及・均てん化、2) インターネット依存の診断・治療ガイドラインの策定、3) 病的ギャンブリングの回復プログラム策定、4) 薬物依存回復支援のための行政機関間連携の構築、以上4つの柱を目的とする研究班を構成し、平成25年度から研究を開始した。平成26年度の研究により1) 開発された薬物依存に対する包括的治療プログラムの普及・均てん化を図りながらデータ収集を継続し、SMARPPが覚せい剤依存に対して効果的であることが明らかになるとともに、より効果的なものにする上で追加すべきセッションが明らかにされるなど示唆に富む結果が得られた、2) インターネット依存の詳細な実態を明らかにするための若年者対象大規模縦断調査が開始されるとともに、WHOとの共同による診断・治療ガイドライン策定に着手した、3) 病的ギャンブリング当事者の家族を対象とする調査により家族が実感するに至るステップ、家族の精神健康度、関与する要因が明らかになり、家族への心理教育プログラム開発上示唆に富む結果が得られた、4) 薬物依存回復支援における全国精神保健福祉センター、保健所からの意見集約、対応ガイドライン運用に基づく連携意識調査結果から職員研修プログラム策定上、示唆に富む結果が得られた。以上より平成27年度の研究実施に向けて重要な知見を得ることができたと考えられる。

研究協力者

大石智 北里大学医学部精神科学

A. はじめに

依存症は当事者、家族、社会に多くの影を落とす。薬物依存がもたらす急性中毒や離脱症状は、その症状による苦痛が大きいというだけではなく、放置されれば死に至る危険性をもたらす。初回使用であっても酩酊状態がもたらされれば、自殺や他害行為にいたることも少なくない。特にわが国では危険ドラッグが関連した有害事象報告が2010年以降急増し、心停止、自殺、暴力、危険運転といった報道も今日においては珍しいものではなくなりつつある。薬物依存が当事者にもたらすものは、こうした急性の事象のみならず、慢性的な使用は確実に心身を蝕み新たな精神障害の併存を生む。それはあたかも慢性的な自殺と呼べるものかもしれない。実際、薬物の使用と自殺の関連が強いことはかねてより指摘されている通りである。また薬物依存は家族にも多くの苦

悩をもたらす。薬物依存が関連し失職や逮捕にいたれば、家族には社会的な孤立が待ち受けている。また家族の理解が当事者の回復において重要であることもアルコール依存と同様に指摘されている。こうした観点から薬物依存の回復支援においては、当事者のみならず家族も含めた、より効果的で普及されやすい包括的な回復プログラムが求められている。

急速に広がるインターネットは社会に恩恵をもたらす一方であらたな行動嗜癖を生んでいる。インターネットを利用したゲーム、ソーシャルネットワークサービスを利用した対人交流、さらにそれらの複合サービスなどといったものは、様々なデバイスを介して人々の生活に浸透するだけでなく、「業務に支障が生じるとわかっているのに夜中のゲームがやめられない」、「勉強に支障が生じるとわかっているのに即レスをやめられない」などといった状況を生み、そうした行動はインターネット依存として社会的に

認知されるようになっている。しかし一方でインターネット依存は国際的な診断基準も確立しておらず、わが国におけるその特徴も整理されていないという現状にあり、回復プログラムの策定のためには実態解明と診断ガイドラインの策定が求められている。

病的ギャンブルが横領をはじめとする犯罪や自殺と関連していることはかねてより指摘されている。わが国ではかねてよりパチンコを介した病的ギャンブルの問題が指摘されている。2010年代に入ってから統合リゾート推進法案の検討のなかで取り上げられているカジノに関する議論においても、病的ギャンブルへの対応がその俎上に載せられている。病的ギャンブルは他の依存症と同様に当事者がその問題に気づくよりも、多重債務、借金の肩代わりといったことから家族や多重債務関連機関が先に気づくことが多く、彼らの対応や家族への援助が当事者援助の入り口になることが予想される。しかし病的ギャンブルのある人の家族や多重債務関連機関における実態は明らかにされていない。

2013年6月に公布された「薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部の執行猶予に関する法律」が2016年6月までに施行される。これまで薬物事犯は再使用を防ぐ上で、社会的援助を受けるために十分な仮釈放期間を得難い状況が続いていた。このため仮に収監中に回復プログラムを受けたとしても再使用に至りやすい状況にあった。その結果、再使用すなわち再犯が繰り返されることは彼らの自己肯定感をさらに減じ自殺や他害の危険性をたかめることにつながっている。

このように依存症は当事者、家族、社会に大きな苦悩をもたらしている。したがって依存症の回復支援の普及には大きな意義がある。だが、わが国の依存症回復支援は十分とは言えない。医療の中には、治療に難渋する方の背景に依存症が潜んでいることが少なくない。しかし依存症に苦手意識を持つ精神科医も多く、依存症の存在が見過ごされ適切な対応が行われていないことも少なくない。保健師やケースワーカーなど、地域の援助職と話していると、彼らが最も難渋しているのは依存症であることに気付かされる。医療においても地域においても、依存症の援助は標準化、均てん化が十分とはい

ない現状にある。さらに病的ギャンブル、インターネット依存といった行動嗜癖においては、診断基準や実態把握すら十分とはいえない状況にある。

B. 研究の目的と方法

1. 研究班全体の目的と構成

本研究では依存症当事者と家族の回復のために、援助の手法を標準化、均てん化することを目的とする。概念の整理と実態把握がどちらかというところ十分とは言えない行動嗜癖に関しては実態把握を行い、援助の手法を検討する。

そこで本研究班は 依存症の中では援助の普及、均てん化のための取り組みを先駆的に実践している、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所の松本らによる、薬物依存症を対象とした包括的治療プログラムの開発と普及・均てん化に関する研究、

わが国では数少ないインターネット依存専門外来を設置し先駆的な取り組みを実践している、久里浜アルコール症センターの樋口らによる、インターネット依存を対象とした、実態解明と治療法開発に関する研究、平成22～24年度の研究班で診断、類型分類、援助の基礎について整理した、北里大学医学部精神科学の宮岡らによる、病的ギャンブルの家族や債務問題関連機関を対象とした実態調査と回復支援のための研究、行政機関において薬物依存症支援では先駆的な取り組みを実践している、長野県精神保健福祉センターの小泉らによる、依存症当事者や家族にとって最初の窓口になることが多く、薬物事犯においては出所前からの援助の入り口になる精神保健福祉センター、保健所の連携に関する研究、以上の4つの研究で構成する。

2. 各分担研究の目的と方法

薬物依存症に対する包括的治療プログラムの開発と普及・均てん化に関する研究

松本らは再乱用防止プログラムSMARPP(Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program)を開発し、保健医療機関・民間リハビリ施設への普及に努め、成果を確認してきた。本研究の目的は、SMARPPに加え、動機づけ面接・再発分析・併存障害治療のための個人療法、薬物使用モニタリング、回復者メッセージ、CRAFT(Community Reinforcement and

Family Training)に準拠した家族介入コンポーネントを加えた包括的治療プログラムを開発し、治療効果の検証をするとともに、国内各地への普及・均てん化をはかることである。

平成26年度は平成21年9月～平成25年6月に国立精神・神経医療研究センター病院薬物専門外来を初診し、何らかの依存性薬物に関してDSM-5使用障害に該当した全患者231名のうち、初診後ただちにSMARPPに少なくとも1回以上参加した者79例を対象候補者とし、ここからさらに、SMARPP初回クール終了から1年経過時点における通院継続者37名(対象候補者の46.8%: 男性28名、女性9名: 平均年齢[標準偏差]; 36.4[7.2]歳)を対象とした。この対象に関して、診療録にもとづく後方視的な情報収集を行い、SMARPP初回クール終了から1年経過時点の転帰に影響を与える要因について検討した。

インターネット依存の実態解明と治療法開発に関する研究

インターネット依存傾向にあるわが国成人は270万人と推計され(2008)、今後さらに増加すると推測されている。専門治療は、わが国で唯一久里浜医療センターにおいて開始されたばかりで、その対策は大幅に遅れている。こうした背景を踏まえ、本研究では1) わが国における実態を明らかにする。本研究では医療機関や教育機関等に対して調査を行う。2) 臨床データを蓄積、公表し、診断ガイドラインの確立に向け資料を蓄積し、そのための国際会議等を開く。さらに治療ガイドラインを作成する。

平成26年度は1) 横浜市内47校の中学校に在籍する9,005名の中学1年生を対象に自記式調査票による調査を実施した。調査票を作成し調査方法について横浜市と協議した。2) 国際的に認められた診断ガイドライン策定のためWHOと協議を重ね、診断ガイドライン作成のための工程検討し着手した。

病的ギャンブリングと債務問題等との関連および病的ギャンブラーの家族らの実態調査と回復支援のための研究

本研究では1) 治療・回復過程において、家族は重要な役割を果たしているかと推測されている。しかし

家族の関わりと影響に関しては調べられておらず家族らを対象に調査を実施する。さらに得られた成果をもとに、早期介入手法や回復プログラムを策定する。2) 問題が顕在化する重要なきっかけは債務問題である。債務問題関連機関において病的ギャンブリングについては調べられた報告はまだなく、これらの実態調査を行う。以上二点を目的に研究を実施する。

平成26年度は1) 家族の病的ギャンブリングに関する認識と、変化のプロセスを明らかにすることで、変化の時期に合わせた介入方法を検討することを目的とし、病的ギャンブラーの家族に対して面接調査を行った。分析にはグラウンデッド・セオリー・アプローチを用いた。また家族関係とギャンブル問題の関係や、家族と当事者の意識の違いについて明らかにすることを目標に、当事者と家族に対してアンケート調査を行った。調査内容には、ギャンブルの状況、SOGS、ギャンブルの動機・結果・対処に関する質問票、FACESKG-8(家族機能システム評価)、K6を含み、当事者のアンケート調査を実施した。2) 関東圏内の債務問題への支援を行っている関連機関、司法書士会に協力を依頼し、日本語版SOGSを用いた調査を行った。

薬物依存症支援における精神保健福祉センターと保健所の連携に関する研究

厚生労働省では「依存症者に対する医療及びその回復支援に関する検討会」が開催される等、依存症に対する医療体制や行政を含む関係機関の連携の整備が求められている。本研究では精神保健福祉センターと保健所の連携体制の現状を明らかにし、その整備のために必要なセンター及び保健所職員対象研修を実施しその効果を評価することを目的とする。

平成26年度は全国都道府県・政令指定都市の保健所に対して、保健所における平成25年度の薬物依存症関連事業について、薬物関連事業実施状況をアンケート方式で調査した。

(倫理面への配慮)

本研究は各研究班の所属機関における倫理委員会の承認を得て実施された。

C. 研究結果

1. 薬物依存症に対する包括的治療プログラムの開発と普及・均てん化に関する研究

対象 37 例のうち、SMARPP 終了後 1 年経過時点で断薬していた者は 25 例(67.6%)であり、その 60% は 1 年以上の断薬を継続していた。対象の SMARPP 終了後 1 年経過時点での断薬に影響している要因は、「無職」($p=0.046$)、「危険ドラッグの乱用歴がない」($p=0.029$)、SMARPP 終了後 1 年までのあいだに、「精神保健福祉センターのプログラムを利用している」($p=0.001$)であった。また、薬物使用頻度が「改善」していると見なされた者は 26 例(70.3%)であり、対象の SMARPP 終了後 1 年経過時点での断薬に影響している要因は、「SMARPP 初回クール参加回数が多い」($p=0.040$)ということだけであった。一方、対象 37 例中、多剤乱用者も含む覚せい剤使用障害に該当する者 23 例のうち、SMARPP 初回クール終了後 1 年経過時点で断薬をしていた者は 15 例(65.2%)であり、そのうちの 60%が 1 年以上の断薬を継続していた。覚せい剤使用障害症例の SMARPP 初回クール終了後 1 年経過時点における断薬に影響を与える要因は、「危険ドラッグの乱用歴がない」($p=0.011$)、「SMARPP 初回クール参加回数が多い」($p=0.034$)であった。また、薬物使用頻度が改善していた見なされた者は 16 例(69.6%)であり、対象の SMARPP 終了後 1 年経過時点での「改善」に影響する要因としては、「学歴が高校卒業以上」($p=0.025$)、「危険ドラッグの乱用歴がない」($p=0.005$)、「睡眠薬・抗不安薬の乱用歴がない」($p=0.025$)、「SMARPP 終了後 1 年経過時点で仕事に就いている」($p=0.016$)、「SMARPP 初回クール参加回数が多い」($p=0.006$)であった。

2. インターネット依存の実態解明と治療法開発に関する研究

若年者対象大規模縦断研究に関しては、研究協力者と検討し人口統計学的データ、学校生活、インターネット使用状況、Internet Addiction Test 邦訳版、Diagnostic Questionnaire 邦訳版、睡眠に関する質問、健康状態に関する質問、主に Kessler Psychological

Distress Scale-10 の邦訳版、および General Health Questionnaire-12 の邦訳版からなる質問票を作成した。さらに 2015 年 2 月末から 3 月の初めに学校に調査票等を送付した。回収の締め切りは、2015 年 3 月 31 日とし、回収調査票の目標数を 4,000 名とした。なお、調査は今後毎年 1 回、向こう 5 年間にわたって追跡調査を実施することとした。

診断ガイドライン策定に関しては、平成 26 年 8 月 27~29 日に東京で WHO 会議を開催した。また、その翌日の 30 日には、東京でネット依存啓発のための市民公開講座を開いた。この会議の議論を踏まえ、行動嗜癖の専門家によるワーキンググループを作り、インターネット使用障害の臨床既述および診断ガイドラインの草稿作成に着手した。今後、この草稿に対する関係各所での意見を踏まえ、最終版を作成することとした。さらに、マニュアル作成を経て、本ガイドラインの実地試験に向けた研修を 2015 年 8 月に韓国のソウルで行う予定とした。実地試験は、2016 年末まで続け、結果をまとめて ICD-11 の Advisory group に報告し、ICD-11 への収載を目指すこととした。

3. 病的ギャンプリングと債務問題等との関連および病的ギャンブラーの家族らの実態調査と回復支援のための研究

家族を対象とする調査の結果、家族のギャンブル問題認識には 4 つのステップがあり、理想のパートナーを追い求める、青天の霹靂の如く借金に遭遇する、怒りと不安が交錯する、追い込まれ、治療や施設に結びつくというプロセスを経ることが明らかとなった。家族は突然多額の借金に直面し、心理的・社会的に大きなダメージを受けることとなる。一方、ギャンブラー本人が治療や施設に繋がる直前まで、本人・家族ともに「ギャンブル依存症」であることを受け入れられない現状があることが明らかになった。また、当事者のアンケート結果によれば、FACESKG -8 の「きずな得点」が低い群ほど、現実逃避や気晴らしを目的にしてギャンブルを行う傾向が強く、ギャンブルした結果としてかえって虚無感を味わっており、ギャンブル対処において否認・責任転嫁の方法を用いる傾向が強い

ことが明らかになった。また「きずな得点」の低い群は、それ以外の群より、K6得点が有意に高く精神健康状態が低下していた。一方、家族アンケートでは、FACESKG-8の「かじ取り得点」が高い群（家族役割が硬直している群）では、ギャンブラーの自己コントロールが不足し、精神健康の低下を生じているという結果であった。

4. 薬物依存症支援における精神保健福祉センターと保健所の連携に関する研究

全国582すべての都道府県・政令指定都市の保健所に対して、保健所における平成25年度の薬物依存症関連事業について、薬物関連事業実施状況調査をアンケート方式で行った結果、回収率は317/490で、64.7%だった。薬物依存症対策に関して、技術支援活動は1割強、教育研修活動は4分の1、組織育成活動は1割強、普及啓発活動は5割強も保健所が実施していた。相談援助活動は、8割近くの保健所が実施していた。治療回復プログラムは3保健所が実施していた。刑の一部執行猶予に対しても15%の保健所が相談可能だと考えられていた。危険ドラッグは4割の保健所が相談の経験があると回答していた。半分の保健所が、精神保健福祉センターと連携があると回答があった。65%の保健所は薬物依存症関連の地域資源を把握していた。

D. 考察

1. 薬物依存症に対する包括的治療プログラムの開発と普及・均てん化に関する研究

SMARPPは覚せい剤使用障害患者に対する効果は明確であり、初回クールを7割以上参加し、その後も1年間の通院を継続していることが、断薬もしくは薬物使用頻度の改善、および、社会的機能の改善に影響する可能性が示唆された。逆に、SMARPPによる薬物使用頻度の改善を阻害する要因としては、学歴が低いことと、危険ドラッグや睡眠薬・抗不安薬といった「捕まらない薬物」の使用があげられた。SMARPPには危険ドラッグや睡眠薬・抗不安薬に関するセッションが含まれておらず、より効果的なプログラムを考える上で、これらの要素を取り入れる必要性が明らかとなった。

2. インターネット依存の実態解明と治療法開発に関する研究

若年者対象大規模縦断研究においては平成27年3月18日現在で約300の回答を得ており、わが国のインターネット依存の実態を明らかにする上で示唆に富む結果を得ることが期待される。また診断ガイドライン策定においてはWHOと共同することで国際的に認められたガイドラインの策定に寄与することが期待できる。

3. 病的ギャンプリングと債務問題等との関連および病的ギャンブラーの家族らの実態調査と回復支援のための研究

家族を対象とする調査の結果から、家族における絆の喪失や膠着した関係性が、ギャンブル問題や精神健康の悪化に関係していることが確かめられた。さらに家族と当事者の認識を比べると、家族は当事者よりもギャンブル問題や当事者の精神健康の悪化を深刻にとらえており、当事者はギャンブルをしても望んだ効果を得ていると考える傾向が強く、家族は当事者の現実否認の態度を当事者よりも強く意識していた。こうした認識のずれを埋めていく介入が必要であることが示唆された。以上の質的・量的研究を通して、病的ギャンプリングの進行と家族問題の結びつきが明らかになったといえる。こうした家族や本人のダメージの深刻化を食い止め回復を促進するためには、家族と当事者双方がギャンブル問題に適切に理解・対応できるための情報伝達や情緒的な援助を行うとともに、当事者と家族のコミュニケーションを助けていくことが重要であると思われた。当事者・家族を含む支援のためには、自助グループと医療保健福祉が統合的な支援体制を組むことや、CRAFT（Community Reinforcement and Family Training：コミュニティ強化と家族訓練）などの家族への心理教育プログラムの提供などが必要であるといえる。

多重債務処理機関における調査結果から、調査参加者104名のうち9名に病的ギャンプリングの可能性があるとの結果を得た。このことから、債務問題を扱う担当者は、ギャンプリングを含め、どのよう

な問題が生活を困難にさせているかということと相談者とともに考えていくために、詳細な情報収集や問題整理を行うことが必要と考えられる。

4. 薬物依存症支援における精神保健福祉センターと保健所の連携に関する研究

いまだ全国規模での保健所における薬物依存症対策に関する調査はなく、その現状と課題も把握されているとは言えなかったが、現在の保健所における薬物依存症対策の現況を初めて調査することができた。薬物依存症対策に関して、個別相談指導は、8割の保健所で実施されていることは重要だと思われる。普及啓発の薬物依存症対策事業には、5割以上の保健所が取り組んでいることが判明した。4割の保健所が危険ドラッグの相談もしており、また、薬物依存症の地域資源を6割強の保健所が把握しており、今後、地域保健のかなめである保健所への薬物依存症対策は現状でも十分に果たされていることがわかった。さらに、要請は高まっていくと思われる。また、半分の保健所が、精神保健福祉センターと連携があると回答があったが、精神保健福祉センターは積極的に保健所との連携をもっと進めるべきであると思われる。危険ドラッグへの対策や、「刑の一部執行猶予制度」の刑法改正の成立を受け、来年度予定されている保健所への薬物依存症対策の研修会は以上のアンケート結果から効果的なものにできることが期待される。

E. 結論

薬物依存症に対する包括的治療プログラムの開発と普及・均てん化のための研究、インターネット依存の実態解明と治療法開発のための研究、病的ギャングリングの家族支援プログラム、回復支援プログラム開発のための研究、薬物依存症支援における精神保健福祉センターと保健所の連携に関する研究の二年目が終了した。最終年度の三年目に向けて、ほぼ予定通りの研究を実施することができた。三年間の研究目的に向けて結果を得るとともに、日々の診療で活かすことのできる示唆に富む研究結果をえることができたと考えられる。

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

様々な依存症の実態把握と回復プログラム策定・推進のための研究
（研究代表者 宮岡 等）

平成 26 年度分担研究報告書

薬物依存症に対する包括的治療プログラムの開発と普及・均てん化に関する研究

研究分担者 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
薬物依存研究部 診断治療開発研究室長
自殺予防総合対策センター 副センター長

研究要旨

【目的】 研究班 2 年度にあたる今年度は、SMARPP による介入を受けた後の比較的長期の効果について検証し、プログラムの特性を明らかにするとともに、その問題点を明らかにし、今後の SMARPP 改良の方向性を検討することを目的とした。

【方法】 本研究では、平成 21 年 9 月～平成 25 年 6 月に国立精神・神経医療研究センター病院薬物専門外来を初診し、何らかの依存性薬物に関して DSM-5 使用障害に該当した全患者 231 名のうち、初診後ただちに SMARPP に少なくとも 1 回以上参加した者 79 例を対象候補者とし、ここからさらに、SMARPP 初回クール終了から 1 年経過時点における通院継続者 37 名（対象候補者の 46.8%：男性 28 名、女性 9 名；平均年齢 [標準偏差]；36.4 [7.2] 歳）を対象とした。この対象に関して、診療録にもとづく後方視的な情報収集を行い、SMARPP 初回クール終了から 1 年経過時点の転帰に影響を与える要因について検討した。

【結果】 対象 37 例のうち、SMARPP 終了後 1 年経過時点で断薬していた者は 25 例（67.6%）であり、その 60% は 1 年以上の断薬を継続していた。対象の SMARPP 終了後 1 年経過時点での断薬に影響している要因は、「無職」（ $p=0.046$ ）、「危険ドラッグの乱用歴がない」（ $p=0.029$ ）、SMARPP 終了後 1 年までのあいだに、「精神保健福祉センターのプログラムを利用している」（ $p=0.001$ ）であった。また、薬物使用頻度が「改善」していると見なされた者は 26 例（70.3%）であり、対象の SMARPP 終了後 1 年経過時点での断薬に影響している要因は、「SMARPP 初回クール参加回数が多い」（ $p=0.040$ ）ということだけであった。一方、対象 37 例中、多剤乱用者も含む覚せい剤使用障害に該当する者 23 例のうち、SMARPP 初回クール終了後 1 年経過時点で断薬をしていた者は 15 例（65.2%）であり、そのうちの 60% が 1 年以上の断薬を継続していた。覚せい剤使用障害症例の SMARPP 初回クール終了後 1 年経過時点における断薬に影響を与える要因は、「危険ドラッグの乱用歴がない」（ $p=0.011$ ）、「SMARPP 初回クール参加回数が多い」（ $p=0.034$ ）であった。また、薬物使用頻度が改善していた見なされた者は 16 例（69.6%）であり、対象の SMARPP 終了後 1 年経過時点での「改善」に影響する要因としては、「学歴が高校卒業以上」（ $p=0.025$ ）、「危険ドラッグの乱用歴がない」（ $p=0.005$ ）、「睡眠薬・抗不安薬の乱用歴がない」（ $p=0.025$ ）、「SMARPP 終了後 1 年経過時点で仕事に就いている」（ $p=0.016$ ）、「SMARPP 初回クール参加回数が多い」（ $p=0.006$ ）であった。

【考察と結論】 SMARPP は覚せい剤使用障害患者に対する効果は明確であり、初回クールを 7 割以上参加し、その後も 1 年間の通院を継続していることが、断薬もしくは薬物使用頻度の改善、および、社会的機能の改善に影響する可能性がある。逆に、SMARPP による薬物使用頻度の改善を阻害する要因としては、学歴が低いことと、危険ドラッグや睡眠薬・抗不安薬といった「捕まらない薬物」の使用があげられる。

研究協力者

今村扶美 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院 臨床心理室 室長

谷淵由布子 同和会千葉病院 精神科医師

若林朝子 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院 医療相談室 ソーシャルワーカー

和知彩 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院 医療相談室 ソーシャルワーカー

川地 拓 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院 臨床心理室 心理療法師

山田美紗子 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院 臨床心理室 心理療法師

引土絵未 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薬物依存研究部 外来研究員

高野歩 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻 博士課程

米澤雅子 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薬物依存研究部 科研費

研究員

小林直人 神奈川県立こども医療センター 心理療法師

加藤隆 八王子ダルク 施設長

山崎明義 八王子ダルク 職員

吉田精次 社会医療法人あいざと会藍里病院 副院長

和田清 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薬物依存研究部 部長

A. 研究目的

わが国における薬物問題対策は、ともすれば「供給断絶」(取り締まり)に偏り、「需要低減」(薬物依存者に対する再乱用防止とアフターケア)のための対策はきわめて不十分な状況であり、医療的な資源は深刻に不足している。精神科医療機関における薬物依存患者に対する忌避的感情は依然として強く、薬物依存者の地域内支援はともすれば民間回復施設や自助グループに頼らざるを得ない状況にある。しかし、平成25年6月に「刑の一部執行猶予」法案が可決され、平成25年8月に閣議決定された「第四次

薬物乱用防止対策五ヶ年計画」では、「目標2 薬物乱用者に対する治療・社会復帰の支援及びその家族への支援の充実強化による再乱用防止の徹底」が謳われている。平成28年に刑の一部執行猶予制度の施行を控える現在、薬物依存症治療プログラムの開発と各地への拡充は、わが国における喫緊の課題となっている。

このような状況のなかで、研究分担者は、2006年より米国のMatrix Model (Matrix Institute) を参考にした薬物依存症治療プログラム (Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program: SMARPP) を開発するとともに、国内の精神科医療機関、保健機関、司法機関への普及に尽力してきた(松本, 2012)。このSMARPPは、認知行動療法的なワークブックを用いたグループ療法に、随伴性マネジメントや薬物使用モニタリング(尿検査)を組み合わせた治療プログラムである。その効果については、すでに本プログラムは従来の外来治療に比べて治療継続性に優れ、他の社会資源へのアクセスを高める可能性(松本ら, 2013)ならびに、SMARPPを実施することで医療者の薬物依存に関する知識、および薬物依存患者に対する苦手意識が軽減する可能性が明らかにされている(高野ら, 2014)。しかしこれまでのところ、断薬や薬物使用状況の改善をアウトカムとした治療終了後の転帰調査は存在せず、SMARPPの治療効果に関してある種の不明瞭さを残していた。

そこで、分担研究班2年度にあたる今年度は、SMARPPによる介入を受けた後の比較的長期の効果について検証し、プログラムの特性を明らかにするとともに、その問題点を明らかにし、今後のSMARPP改良の方向性を検討することを目的とした。よって、ここにその結果を報告するとともに、SMARPPの効果と課題について若干の考察を試みたい。

B. 研究方法

1. 対象

本研究では、対象候補者として、平成21年9月1

日～平成 25 年 6 月 31 日に国立精神・神経医療研究センター病院(以下、当院)薬物専門外来を初診し、何らかの依存性薬物に関して DSM-5 使用障害に該当した全患者 231 名のうち、初診後ただちに集団薬物再乱用防止プログラム(以下、SMARPP; Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program)に少なくとも 1 回以上参加した者を抽出した。なお、この SMARPP は、初診時点で担当医が SMARPP への参加が必要と判断し、患者も担当医からの提案に同意した場合、初診日もしくは初診の翌週より参加してもらうことを原則としている。このプログラムは、オープングループとして週 1 回実施され、1クール 16 セッションから構成されているが、1クール終了後も患者自身が希望すれば、何クールでも継続して参加できるかたちで運営されている。

上記の条件を満たす対象候補者は 79 名いた(男性 57 例、女性 22 例)。その平均年齢[標準偏差]は、35.3 [8.2] 歳であった。対象候補者の主たる乱用薬物は、覚せい剤 38 名(48.1%)、大麻 3 名(3.8%)、危険ドラッグ 13 名(16.5%)、睡眠薬・抗不安薬 4 名(5.1%)、市販鎮咳薬 2 名(2.5%)、その他の薬物 4 名(5.1%)、多剤 16 名(20.3%)であった(表 1 参照)。この対象候補者のうち、SMARPP の終了予定日(初回参加から 16 週後)から 1 年後(=SMARPP 参加から 1 年 4 ヶ月後)の時点で、当院薬物依存症外来への通院を継続していた者が 37 名(49%)、逮捕されていた者が 10 名(12.7%)、民間リハビリ施設入所中の者が 2 名(2.5%)、死亡した者が 1 名(1.3%)、転医もしくは終結した者が 9 名(11.4%)、通院中断により転帰不明者 20 名(25.3%)であった(表 1 参照)。

本研究では、このなかで、SMARPP 初回クール終了予定日から 1 年経過時点まで当院への通院を継続しており、それまでの診療録、および担当医から直接情報を収集できる、通院継続者 37 名を対象とした。この 37 名は男性 28 名、女性 9 名から構成されており、平均年齢[標準偏差]は 36.4 [7.2] 歳であった。

2. 調査項目

本研究では、対象者の診療録からの個人特定困難な情報転記、ならびに、各担当医からのインタビュー

という後方視的な方法によって、以下の情報を収集した。

1) 初診時における情報

人口動態的変数: 年齢、性別を調べた。

学歴: 高校卒業以上、もしくは高校卒業未満か調べた。

就労状況: 何らかの職に就いているか(有職)、無職かを調べた。

主乱用薬物: 対象者の主乱用薬物については、原則として覚せい剤、有機溶剤、大麻、危険ドラッグ、睡眠薬・抗不安薬、市販鎮咳薬、その他の薬物のいずれか一つに分類することとした。しかし、初診時点において複数の薬物に関する使用障害が同程度と判断される場合には、多剤と分類した。

過去に乱用歴のある薬物: 主乱用薬物も含め、これまで乱用歴のある依存性薬物について調べ、覚せい剤、有機溶剤、大麻、危険ドラッグ、睡眠薬・抗不安薬、市販鎮咳薬、その他の薬物に分類した。

アルコールに関する DSM-5 使用障害: アルコール使用障害に関する併存の有無を調べた。

併存する他の精神障害: DSM-5 に準拠して併存精神障害を調べた。

犯罪歴: 薬物関連犯罪、ならびに、薬物関連犯罪以外の犯罪歴を調べた。

初診前 1 ヶ月間における依存性薬物の使用頻度: 初診前 1 ヶ月間における主乱用薬物の使用日数を、「週 3 日以上」、「週 1~2 日」、「月 1~3 回」、「なし(断薬)」のいずれか最も近いカテゴリーに分類し、使用状況が判然としない場合には、「不明」とした。

DAST-20(Drug Abuse Screening Test, 20 items): これは、違法薬物および医療用薬物などの乱用をスクリーニングする目的から作成された、20 項目からなる自記式評価尺度である(Skinner, 1982)。当院薬物依存症外来では、薬物問題の重症度を評価するために、全初診患者に対して、肥前精神医療センターで作成された日本語版(鈴木ら, 1999)を実施して

いる。この日本語版はまだ標準化の手続きはなされていないものの、各項目は、薬物に関連した心理社会的障害の有無に関する質問文となっている、明らかな表面的妥当性（各項目が測定する概念が字義通りの内容であること）を持つ尺度であり、すでに国内で汎用されている。日本語版 DAST-20 では、20点満点のうち、0点で「薬物問題なし」、1～5点で「軽度の問題あり」、6～10点で「中等度の問題あり」、11～15点で「やや重い問題あり」、16～20点で「非常に重い問題あり」と、5段階で判定がなされる。本研究では、DAST-20 の得点を診療録から転記して分析に用いた。

SOCRATES-8D (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, 8th version for Drug dependence) : これは、Miller と Tonigan (1996) によって、薬物依存に対する問題意識と治療に対する動機付けの程度を評価するために開発された、19項目からなる自記式評価尺度である。原語版では、各質問は「病識 recognition」、「迷い ambivalence」、「実行 taking-step」という3つの因子構造を持つことが確認されている。「病識」が高得点の場合には、「自分には薬物に関連した問題があり、このまま薬物を続けていけば様々な弊害を生じるので、自分を変えていく必要がある」と認識していることを示し、「迷い」が高得点の場合には、「自分は薬物使用をコントロールできていない、周囲に迷惑をかけている、依存症かもしれないと考えている」ことを、そして「実行」が高得点の場合には、「自分の問題を解決するために何らかの行動を起こし始めている、あるいは、誰かに援助を求めようと考えている」ことを示すとされている。事実、SOCRATES 総得点は治療準備性の高まりと正の相関関係を示し (Mitchell et al, 2007) 動機付けの乏しい薬物乱用者に対する短期介入の場合には、高得点の者ほど治療継続率が高いという報告がある (Mitchell et al, 2006) 。当院薬物依存症外来では、我々が逆

翻訳などの手続きを経て作成した日本語版 SOCRATES-8D を全初診患者に実施している。本尺度はまだ標準化の手続きを終えてはいないものであるが、個々の項目には十分な表面的妥当性が認められ、すでに全項目に関する高い内的一貫性 (Cronbach α =0.798) 、さらには、薬物問題の重症度を反映する DAST や、薬物渴望に対処する自信を反映する SSDD とのあいだにおける併存性妥当性が確認されている (松本ら, 2010; 2011; 小林ら, 2011) 。また、少年鑑別所における自習ワークブックによる介入や、入院患者に対する物質使用障害治療プログラムによる介入によって総得点が上昇することも確認されている (松本ら, 2009; 2010; Matsumoto et al. 2011; 2014) 。本研究では、この尺度の総得点、ならびに「病識」、「迷い」、「実行」の3因子得点について、診療録から転記して分析に用いた。

2) SMARPP 終了から1年経過時点の情報

初診後に SMARPP に参加し、SMARPP 全16セッションの終了予定日から1年経過した時点までの経過について情報収集した。

SMARPP 初回クール参加回数: SMARPP 初回クール全16セッションにおける、出席セッション回数について調べた。

SMARPP 終了から1年経過時点における薬物使用頻度: SMARPP 終了から1年経過時点を中間点として前後の2週間 (= 計約1ヶ月) において、主乱用薬物に限らない、すべての依存性薬物の使用状況について調べた。収集された情報については、初診時1ヶ月前と同様に、使用日数を「週3日以上」、「週1~2日」、「月1~3回」、「なし(断薬)」のいずれか最も近いカテゴリーに分類し、使用状況が判然としない場合には、「不明」とした。

SMARPP 終了から1年経過時点における薬物使用状況の変化: 薬物使用頻度について、初診時1ヶ月前と SMARPP 終了から1年経過時点とで比較し、後者において使用頻度が少なくなっている場合を「改善」とした。一方、薬物使用頻度が初診時1ヶ月前よりも

SMARPP 終了から 1 年経過時点で増えている場合には「悪化」に分類した。また、使用頻度カテゴリーが初診前 1 ヶ月間と SMARPP 終了後 1 年経過時点で同じ場合には「不変」としたが、初診時 1 ヶ月前の時点で「なし」の者が SMARPP 終了後 1 年経過時点でも「なし」の場合に限っては、断薬維持に成功しているを見なし、「改善」に分類した。なお、初診前 1 ヶ月間もしくは SMARPP 終了 1 年後時点のいずれかの薬物使用状況が「不明」の場合には、薬物使用状況の変化も「不明」とした(ただし、SMARPP 終了 1 年後時点が「なし」の場合には、「改善」とした)。

SMARPP 終了から 1 年経過時点までの最長断薬期間: 対象者に関して、1 年間の経過のなかで最も長く断薬を維持していた期間について、「1 ヶ月未満」、「1 ヶ月以上 3 ヶ月未満」、「3 ヶ月以上 1 年未満」、「1 年以上」というカテゴリーのなかで最も近いものに分類した。薬物使用状況に関する正確な情報が得られなかった場合には、「不明」とした。

SMARPP 終了から 1 年経過時点における SMARPP 参加: SMARPP 終了から 1 年経過時点においても、対象者が SMARPP に参加しているかどうかを調べた。

SMARPP 終了から 1 年経過時点における就労状況: SMARPP 終了から 1 年経過時点において、何らかの職に就いているか(有職)、無職かを調べた。

SMARPP 終了から 1 年経過時点まで他の社会資源の利用: 初診から、SMARPP 終了 1 年経過時点までのあいだに、少なくとも 1 回は自助グループに参加したか、民間リハビリ機関を通所利用したか、あるいは、精神保健福祉センターで実施している薬物再乱用防止プログラムに参加したかを調べた。

3. 分析手続き

1) 対象(薬物使用障害患者)に関する分析

対象 37 例を以下の二つの方法で各 2 群に分類し、

初診時ならびに SMARPP 終了後 1 年経過時点における変数について比較を行った。その分類方法とは、一つは、対象を SMARPP 終了 1 年後の時点で断薬していた者(断薬群)と断薬していなかった者(非断薬群)の 2 群に分類する方法であり、もう一つは、SMARPP 終了 1 年経過時点で薬物使用頻度が改善としていた者(改善群)と悪化・不変・不明であった者(非改善群)の 2 群に分類する方法である。

2) 覚せい剤使用障害患者に関する分析

対象のなかで覚せい剤の使用障害を有する者(=主乱用薬物が覚せい剤であるもの、および、多剤乱用者のなかで覚せい剤の乱用が認められた者)について、上記 1 と同様、SMARPP 終了 1 年後の時点における薬物使用頻度から、「断薬群」/「非断薬群」、および「改善群」/「非改善群」に分類する。そのうえで、これらの各 2 群間において、初診時ならびに SMARPP 終了後 1 年経過時点における変数を比較した。

3) 統計学的解析

本研究では、年齢、ならびに DAST-20 や SOCRATES-8D の得点などの連続量と見なしうる変数の 2 群間比較には Student-t 検定を、SMARPP 初回クール参加回数のように連続量とは見なしえない変数の比較には Mann-Whitney の U 検定を用いた。また、質的変数の比率に関する 2 群間比較には Pearson の χ^2 検定を用いた。統計学的解析には、IBM SPSS ver. 19.0 for Windows を用い、いずれの解析においても両側検定で 5%未満の水準を有意とした。

(倫理面への配慮)

本研究は、独立行政法人国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得て実施された(承認番号 A2014-024)。

C. 研究結果

1. 対象 37 例のプロフィール(表 1)

対象 37 例における主乱用薬物の内訳は、覚せい剤 17 名(45.9%)、危険ドラッグ 7 名(18.9%)、睡眠薬・

抗不安薬3名(8.1%)、市販鎮咳薬2名(5.4%)、その他の薬物2名(5.4%)であり、6名(16.2%)については複数の薬物を同程度乱用していた(「多剤」と分類)。なお、この多剤に分類された6名は、全員が覚せい剤の乱用に加えて、危険ドラッグ(2名)、その他の薬物、睡眠薬・抗不安薬、大麻、市販鎮咳薬(各1名)のいずれかの乱用を呈していた。

表2に、対象群と、転医や逮捕、民間リハビリ施設入所、死亡、通院中断による転帰不明などの理由から対象から除外された者(非対象群)とのあいだで、初診時点における各種変数、ならびにSMARPP初回クール参加回数について比較した結果を示す。

表から明らかなように、年齢、DAST-20得点、SOCRATES-8D総得点および各3因子得点、性比率(男性の割合)、学歴(高卒未満者の割合)、就労状況(無職率)、主乱用薬物、過去に乱用歴のある薬物の種類、アルコール使用障害、薬物関連犯罪歴およびその他の犯罪歴に関して、両群間で有意差は認められなかった。

その一方で、有意差が認められた項目もあった。何らかの他の精神障害の併存率については両群間で差は認められなかったものの、うつ病性障害の併存率については、対象群では非対象群に比べて有意に高かった(16.2% vs. 0.0%, $p<0.007$)。また、SMARPP初回クールの参加回数についても両群間で有意差が認められ、対象群は非対象群よりも有意に参加回数が多かった(8.5±5.7回 vs. 5.1±4.6回, $p<0.005$)。

2. 対象37例に関する分析

対象である薬物使用障害患者37例のうち、SMARPP終了後1年経過時点で断薬していた者は25例(67.6%)であり、薬物使用頻度が「改善」と見なされた者は26例(70.3%)であった。

1) 断薬群と非断薬群の検討(表3)

初診時点における変数の比較では、断薬群で無職者の割合が非断薬群に比べて有意に高く(68.0% vs. 33.3%, $p=0.046$)、危険ドラッグの乱用歴を持つ者の割合が有意に低かった(16.0% vs. 50.0%, $p=0.029$)。しかし、初診時年齢、初診時DAST-20得点、初診時SOCRATES-8D総得点および各因子得点、性比率、学歴、主乱用薬物の分布、アルコール使用障害や他

の精神障害の併存率、各種犯罪歴、初診前1ヶ月前の薬物使用頻度について、両群間で差は認められなかった。

SMARPP初回クール終了1年後の時点における変数の比較では、SMARPP初回クール終了1年後1ヶ月の薬物使用頻度($p<0.001$)、SMARPP初回クール終了1年間の最長断薬期間($p=0.001$)には有意差が認められ、断薬群では、最長断薬期間が長く、60%の者(全薬物使用障害患者の40.5%)が1年以上の断薬期間を示した。また、非断薬群では、精神保健福祉センターのプログラム利用者が有意に多く認められた($p=0.001$)。しかし、SMARPP参加継続率、無職率、自助グループや民間リハビリ施設の利用、SMARPP初回クール参加回数について、両群間で差は認められなかった。

2) 改善群と非改善群の比較(表4)

初診時点における変数の比較では、初診時年齢、初診時DAST-20得点、初診時SOCRATES-8D総得点および各因子得点、性比率、学歴、無職率、主乱用薬物の分布、乱用歴のある薬物の種類、アルコール使用障害や他の精神障害の併存率、各種犯罪歴、初診前1ヶ月前の薬物使用頻度など、すべての変数に関して有意差は認められなかった。

SMARPP初回クール終了1年後の時点における変数の比較では、SMARPP初回クール終了1年後1ヶ月の薬物使用頻度($p<0.001$)、SMARPP初回クール終了1年間の最長断薬期間($p=0.001$)には有意差が認められ、いずれの項目でも、改善群では非改善群に比べて薬物使用頻度が少なく、断薬期間が長いカテゴリーに該当者が多く集中している傾向が認められた。また、SMARPP初回クール参加回数については、改善群は非改善群よりも有意に多かったが(9.7±5.4 vs. 5.6±5.2, $p=0.040$)、SMARPP参加継続率には両群間で差は認められなかった。さらに、他の社会資源の利用については、自助グループ、民間リハビリ施設、精神保健福祉センターのいずれについても両群間で差は認められなかった。

3. 覚せい剤乱用患者23症例に関する分析

本研究の対象37例中、覚せい剤を主乱用物質とする症例は17例であったが、これに多剤乱用症例6

例はいずれも、他の薬物とともに覚せい剤を乱用していた。この総計 23 症例の覚せい剤使用障害患者のうち、SMARPP 初回クール終了後 1 年経過時点で断薬をしていた者は 15 例 (65.2%) であり、薬物使用頻度が改善していた見なされた者は 16 例 (69.6%) であった。

1) 断薬群と非断薬群の比較 (表 5)

初診時点における変数の比較では、断薬群では非断薬群に比べて危険ドラッグの乱用歴を持つ者が有意に少なかった (0.0% vs. 37.5%, $p=0.011$)。それ以外の変数——初診時年齢、初診時 DAST-20 得点、初診時 SOCRATES-8D 総得点および各因子得点、性比率、学歴、無職率、主乱用薬物の分布、アルコール使用障害や他の精神障害の併存率、各種犯罪歴、初診前 1 ヶ月前の薬物使用頻度——については、いずれも両群間で差は認められなかった。

SMARPP 初回クール終了 1 年後の時点における変数の比較では、SMARPP 初回クール終了 1 年後 1 ヶ月の薬物使用頻度 ($p<0.001$)、SMARPP 初回クール終了 1 年間の最長断薬期間 ($p=0.010$) について両群間で有意差が認められ、特に断薬の 60% の者 (全覚せい剤使用障害患者の 39.1%) が 1 年以上の断薬期間を示した。また、SMARPP 初回クール参加回数については、断薬群は非断薬群よりも有意に多かった (12.0 ± 3.7 vs. 6.5 ± 5.9 , $p=0.034$)。SMARPP 参加継続者の割合には差が認められなかった。さらに、他の社会資源の利用については、自助グループ、民間リハビリ施設、精神保健福祉センターのいずれについても両群間で差は認められなかった。

2) 改善群と非改善群の比較 (表 6)

初診時点における変数の比較では、改善群では非改善群に比べて高卒未満の学歴の者が有意に少なく (12.5% vs. 57.1%, $p=0.025$)、危険ドラッグ (0.0% vs. 42.9%, $p=0.005$) および睡眠薬・抗不安薬 (12.5% vs. 57.1%, $p=0.025$) の乱用歴を持つ者が有意に少なかった。それ以外の変数——初診時年齢、初診時 DAST-20 得点、初診時 SOCRATES-8D 総得点および各因子得点、性比率、学歴、無職率、主乱用薬物の分布、アルコール使用障害や他の精神障害の併存率、各種犯罪歴、初診前 1 ヶ月前の薬物使用頻度——に

ついては、いずれも両群間で差は認められなかった。

SMARPP 初回クール終了 1 年後の時点における変数の比較では、SMARPP 初回クール終了 1 年後 1 ヶ月の薬物使用頻度 ($p<0.001$)、SMARPP 初回クール終了 1 年間の最長断薬期間 ($p=0.008$) には有意差が認められ、いずれの項目でも、改善群では非改善群に比べて薬物使用頻度が少なく、断薬期間が長いカテゴリーに該当者が多く集中している傾向が認められた。また、改善群では非改善群に比べて有意に無職者の割合が少なかった (31.2% vs. 85.7%, $p=0.016$)。さらに、SMARPP 初回クール参加回数については、改善群は非改善群よりも有意に多かった (12.2 ± 3.7 vs. 5.3 ± 5.2 , $p=0.006$)。やはり SMARPP 参加継続者の割合には差が認められなかった。なお、他の社会資源の利用については、自助グループ、民間リハビリ施設、精神保健福祉センターのいずれについても両群間で差は認められなかった。

4. 追加の分析 (表 7)

全薬物使用障害患者と覚せい剤使用障害患者とのあいだで、SMARPP 参加回数と断薬、もしくは薬物使用頻度の改善に多少の違いが見られた。このことは、覚せい剤以外の薬物を乱用する患者のなかには、SMARPP に対する反応性が乏しい一群が存在する可能性を示唆する。

そこで、覚せい剤以外の乱用薬物として最も多い危険ドラッグを取り出し、対象において覚せい剤を主乱用薬物とする症例 17 例 (覚せい剤群) と危険ドラッグを主乱用薬物とする 7 例 (危険ドラッグ群) について、本研究において収集した初診時点、ならびに SMARPP 初回クール終了 1 年経過時点の変数を比較した。

表 7 はその比較の結果を示したものである。初診時点における変数では、覚せい剤群は危険ドラッグ群に比べてその他の薬物の乱用歴を持つ者が有意に多かった (58.8% vs. 0.0%, $p=0.008$)。また、覚せい剤群は薬物関連の犯罪歴を持つ者も有意に多かった (82.4% vs. 0.0%, $p<0.001$)。それ以外の変数——初診時年齢、初診時 DAST-20 得点、初診時 SOCRATES-8D 総得点および各因子得点、性比率、学歴、無職率、主乱用薬物の分布、アルコール使用障害や他の精神

障害の併存率、その他の犯罪歴、初診前1ヶ月前の薬物使用頻度——については、いずれも両群間で差は認められなかった。

SMARPP 初回クール終了1年後の時点における変数の比較では、覚せい剤群では危険ドラッグに比べて SMARPP 初回クール参加回数が有意に多かった (10.0±5.2 vs. 4.9±4.8, $p<0.035$)。また、有意とはいえなかったが、覚せい剤群では、危険ドラッグ群に比べて SMARPP 参加を継続している者が多い傾向が認められた (70.6% vs. 28.6%, $p=0.058$)。しかし、SMARPP 初回クール終了1年後1ヶ月の薬物使用頻度、SMARPP 初回クール終了1年間の最長断薬期間、ならびに、他の社会資源の利用については両群間で差は認められなかった。

D. 考察

1. SMARPP 終了1年後の転帰

本研究は、SMARPP に1回でも参加した薬物使用障害患者の終了予定時期から1年後における転帰を評価した最初の調査である。薬物使用障害患者全体では、SMARPP 参加者の初回クール終了予定日から1年経過時点における前後1ヶ月間の断薬者は67.6%であり(このうち終了後から1年間断薬を継続していた者は40.5%)、薬物使用頻度が「改善」していた者は70.3%であった。この結果は覚せい剤を乱用していた患者だけに限定しても同様に、SMARPP 初回クール終了後1年経過時点での断薬者は65.2%(このうち終了後から1年間断薬を継続していた者は39.1%)、薬物使用頻度が改善していた見なされた者は69.6%であった。

わが国には、薬物使用障害患者における治療終了後1年後の転帰に関して信頼できる先行研究がないために比較は困難であるが、アルコール使用障害であれば、わが国にも治療1年後の転帰を調べた研究がある。澤山ら(2004)は、「新久里浜方式」と呼ばれる、認知行動療法を軸とした入院アルコール依存症治療プログラム参加患者の転帰調査を行い、退院1年後における転帰として断酒・準断酒を含めて40.1%という数値を報告している。その数値と比較し

た場合、1年後の完全断薬だけでもすでに4割前後、使用頻度改善事例を含めると7割前後に達するという SMARPP は、新久里浜方式に少なくとも「勝るとも劣らない」治療効果があると考えられる。しかも、SMARPP は外プログラムとして提供され、転帰調査の対象が「1回でも参加した患者」であること考慮すると、SMARPP の治療効果は十分なものといえるであろう。

2. 断薬・薬物使用頻度改善に影響する要因

しかし、こうした治療終了1年後の断薬や薬物使用頻度改善に対して SMARPP が与える影響については、全薬物使用障害患者を対象にした場合と覚せい剤使用障害患者乱用薬物を対象にした場合で、多少の相違点が認められた。まず、薬物使用障害患者全体では、SMARPP の参加回数の多さが SMARPP 終了後1年経過時点での使用頻度の改善には影響していたが、断薬に関係しているとはいえなかった。一方、覚せい剤使用障害患者の場合には、SMARPP の参加回数の多さは1年後の断薬や薬物使用頻度改善のいずれにも影響を与えており、断薬群と改善群のいずれも、SMARPP の初回クール16セッション中、平均約12セッション(約75%)に参加していた。このことは、SMARPP の初回クールを75%以上の高い出席率で終了することが、覚せい剤使用障害患者の良好な転帰をもたらす可能性があることを示唆する結果といえるであろう。

本研究では、SMARPP 終了1年後の良好な転帰に影響する要因としては、他にも、全薬物使用障害患者の場合、無職であることと精神保健福祉センターのプログラムを利用することが同定された。無職についていえば、就労していないがためにプログラムに集中できたり、収入がなく自由になるお金が少ないために薬物購入ができなかったりしたことが関係している可能性がある。また、精神保健福祉センターのプログラムを利用していないことについては、断薬ができない、あるいは薬物使用状況が改善しない患者に対する、治療上の対応が結果に反映されたと考えるべきであろう。

一方、覚せい剤使用障害患者の場合、危険ドラッグの乱用歴がないこと、睡眠薬・抗不安薬の乱用歴

がないこと、学歴が高校卒業以上であること、SMARPP 終了後1年経過時点で就労していることが良好な転帰に係る要因として同定された。危険ドラッグや睡眠薬・抗不安薬の乱用歴がないことは、覚せい剤をやめた後にこれらの「捕まらない薬物」の乱用に移行し、不良な転帰となった一群の存在を反映したものと考えられる。また、高校卒業以上の学歴については、認知行動療法的なプログラムが治療的な効果を発揮するには一定の知的能力が必要である、という SMARPP 自体の限界を示している可能性がある。さらに、SMARPP 終了1年後における就労は、断薬ないしは薬物使用頻度減少により、社会的機能が改善したことを反映した結果と考えるべきであろう。

なお、本研究で最も注目すべき結果は、全薬物使用障害患者と覚せい剤使用障害患者のいずれの検討でも、SMARPP 終了1年後における良好な転帰には、SMARPP 参加時点における薬物使用頻度や DAST 得点、SOCRATES の総得点や各下位因子得点は関係しない、というものであろう。このことは、SMARPP の治療転帰には、薬物関連問題の重症度や、患者の問題意識や治療動機は関係がないことを意味している。また、薬物関連犯罪以外の犯罪歴や併存する精神障害も SMARPP 終了1年後の転帰には関係していなかった。

むしろ本研究は、覚せい剤使用障害の治療においては、初回クールで75%以上の出席率を維持させ、危険ドラッグや睡眠薬・抗不安薬といった「捕まらない薬物」への移行を防ぐことで、1年後の良好な転帰を得ることができる可能性を示している。その意味では、患者の経歴や抱えている問題に対して先入観を持つことなく、いかにしてプログラム参加を維持し、他薬物への移行を防ぐかに努力を傾注することが大切なのかもかもしれない。

3. 覚せい剤使用障害に比べて全薬物使用障害に対する SMARPP の効果が劣る理由

すでに述べたように、本研究では、終了1年後における良好な転帰に対する SMARPP の効果は、覚せい剤使用障害には大きな影響が認められたが、薬物使用障害全体では限定的であった。われわれはその

理由として、対象の主乱用薬物の中で覚せい剤に続いて多かった危険ドラッグの使用障害患者の影響があるのではないかと考え、追加の分析を行った。その結果、危険ドラッグ使用障害患者は、覚せい剤使用障害患者に比べて、SMARPP の初回クールへの平均参加数が著しく少ないことが判明した。この結果は、危険ドラッグ使用障害患者では SMARPP 出席率が低く、結果的に転帰に対する SMARPP 出席率の寄与が低くなっていることを示唆し、このことが薬物使用障害全体の転帰に対する SMARPP 出席率の影響を限定的なものとした可能性がある。

危険ドラッグ使用障害患者で SMARPP 出席率が低い原因は何であろうか？ 危険ドラッグ使用障害患者では、覚せい剤使用障害患者に比べて、薬物関連問題の重症度や動機づけ、あるいは、治療経過中の自助グループや民間リハビリ施設といった他の社会資源の利用に関して差がなかったことを考えると、治療や援助の継続性そのものが乏しいとはいえない。むしろ SMARPP の内容自体が危険ドラッグ使用障害患者のニーズに合っていない可能性の方が高いと考えられる。確かに、現行の SMARPP では、16セッション中、危険ドラッグを扱ったセッションはなく、主に覚せい剤を想定した内容となっている。その意味では、危険ドラッグを扱ったセッションを追加することで、危険ドラッグ使用障害患者の出席率を高められる可能性がある。

本研究の結果を踏まえ、今年度、われわれは危険ドラッグを扱ったセッションを追加した（巻末資料参照）。この追加セッションは睡眠薬・抗不安薬についても扱っている。というのも、本研究では、覚せい剤使用障害患者の良好な転帰には危険ドラッグや睡眠薬・抗不安薬の乱用歴への移行がないことを示唆する結果が得られており、その意味で、この追加セッションは、覚せい剤使用障害患者の治療に対しても効果的であると考えられるからである。今後、この「取り締まれない薬物」に関するセッションを追加した効果を検証する必要がある。

4. 本研究の限界

本研究の限界はいくつかあるが、その主なものは以下の3点である。第1に、本研究は単一施設の患

者を対象としており、また、サンプル数も少ない。したがって、本研究の結果を一般化することには一定の慎重さが必要であろう。第2に、対研究の対象は、包含条件を満たす対象候補者の半数以下にすぎない。評価尺度上では、薬物関連問題の重症度、ならびに問題意識と治療動機の水準に差は認められないものの、教育歴や併存精神障害（対象においてうつ病性障害の併存率が高かった）に関する差異は認められた。これは、通院治療やSMARPP参加を継続するにあたっては、認知行動療法的にワークブックの内容を理解するための知的能力や、うつ病性障害など精神医学的治療に対するニーズが必要である可能性を示唆している。その意味では、本研究における対象の代表性に一定のバイアスが混入し手いる可能性を完全に除外することはできない。

そして最後に、本研究における薬物使用状況に関する情報は、その多くを患者の自己申告によっている。覚せい剤使用に関しては毎回のプログラム参加時に尿検査を実施しているが、他の薬物使用については自己申告によって収集している。また、プログラム不参加の時期が長く続いた場合には、覚せい剤に関してもその間の薬物使用状況は自己申告に頼らざるを得ず、想起バイアスの混入を完全に防ぐことはできない。

以上の限界にもかかわらず、本研究はSMARPP終了1年後の治療転帰、ならびに転帰に影響を与える要因を明らかにした最初の研究として、一定の臨床的意義があると思われる。

E. 結論

今年度の本分担研究では、平成21年9月～平成25年6月に国立精神・神経医療研究センター病院薬物専門外来においてSMARPPに少なくとも1回以上参加した薬物使用障害患者を対象として、SMARPP初回クール終了から1年経過時点の転帰に影響を与える要因について検討した。その結果、SMARPP終了後1年経過時点で断薬していた者は67.6%であり、40.5%は1年以上の断薬を継続していた。対象中、多剤乱用者も含む覚せい剤使用障害患者を抽出して同

様の検討をした場合 SMARPP 初回クール終了後 1 年経過時点で断薬をしていた者は 65.2%であり、39.1%が1年以上の断薬を継続していた。また、覚せい剤使用障害症例の SMARPP 初回クール終了後 1 年経過時点における断薬や薬物使用状況の改善に与える要因として、SMARPP 初回クールの参加回数が多いことが抽出されるとともに、SMARPP による薬物使用頻度の改善を阻害する要因としては、危険ドラッグや睡眠薬・抗不安薬の乱用歴が同定された。以上より、覚せい剤使用障害に対する SMARPP の効果が確認されるとともに、覚せい剤以外の薬物なかでも危険ドラッグの使用障害に対する効果については課題があることが示唆された。

F. 研究発表

1. 論文発表

高野 歩, 川上憲人, 宮本有紀, 松本俊彦: 物質使用障害患者に対する認知行動療法プログラムを提供する医療従事者の態度の変化. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 49 (1) : 28-38, 2014.

近藤あゆみ, 井手美保子, 高橋郁絵, 谷合知子, 三浦香澄, 山口亜希子, 四辻直美, 松本俊彦: 精神保健福祉センターにおける薬物依存症再発予防プログラム「TAMARPP」の有効性評価. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 49 (2): 119-135, 2014.

谷合知子, 四辻直美, 奥田秀実, 苅部春夫, 三浦香澄, 平賀正司, 近藤あゆみ, 松本俊彦: 薬物等再発予防プログラム「TAMARPP」の質的効果評価 担当職員の振り返りから . 日本アルコール・薬物医学会雑誌 49 (6): 305-317, 2014.

引土絵未, 松本俊彦, 和田清, 谷淵由布子, 高野 歩, 今村扶美, 川地拓, 若林朝子, 加藤隆: いわゆる「脱法ドラッグ」使用障害患者の集団薬物再乱用防止プログラム (SMARPP) への治療反応性 覚せい剤使用障害患者との比較. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 49 (6): 318-329, 2014.

松本俊彦: 物質依存当事者の求助行動促進. 精神科 24 (6): 676-681, 2014.

松本俊彦: 精神療法としての助言や指導 私はどう

しているか . 臨床精神医学 3(8): 1161-1166, 2014.
松本俊彦: 2. HIV 感染症/AIDS で問題となる長期合併症 9. 薬物乱用・依存, 味澤 篤 編 長期療養時代の HIV 感染症/AIDS マニュアル, pp118-126, 日本医事新報社, 東京, 2014.

松本俊彦: 覚せい剤乱用受刑者に対する自習ワークブックとグループワークを用いた薬物再乱用防止プログラムの介入効果. 精神神経学雑誌 117(1): 3-9, 2015.

2. 学会発表

松本俊彦: 教育講演 9 専門家の要らない薬物依存治療 ~ワークブックを用いた治療プログラム「SMARPP」~. 第 110 回日本精神神経学会学術総会, 2014. 6. 26, 横浜.

松本俊彦: 基調講演 自己治療としてのアディクション .日本アディクション看護学会第 13 回学術大会, 愛知, 2014.9.20.

松本俊彦: 特別講演 人はなぜ依存症になるのか? 第 36 回日本アルコール関連問題学会, 神奈川, 2014.10.3.

引土絵未, 岡崎重人, 山崎明義, 松本俊彦: 日本型治療共同体モデル開発に向けた予備的調査 グループインタビューを通して .第 36 回日本アルコール関連問題学会, 神奈川, 2014.10.3.

津田多佳子, 多田利光, 木下優, 佐野由美, 東田奈緒美, 大山樹, 勝野淳, 伊藤真人, 松本俊彦: 川崎市精神保健福祉センターにおけるアルコール依存症支援の認知行動療法的プログラム「だるま〜ぷ」の取組 .第 36 回日本アルコール関連問題学会, 神奈川, 2014.10.3

G . 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし

2. 実用新案登録
なし

3. その他
なし

H. 引用文献

松本俊彦 (2012) 薬物依存症に対する新たな治療プログラム「SMARPP」: 司法・医療・地域における継続した支援体制の構築を目指して. 精神医学 54: 1103-1110.

松本俊彦 (2013) 薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究 .平成 22 年度~平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業(精神障害分野)「薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究(研究代表者 松本 俊彦)」総合報告書, pp1-10.

Miller, W.R. and Tonigan, J.S. (1996) Assessing drinkers' motivation for change: The Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). Psychology of Addict Behav 10: 81-89.

Mitchell, D. and Angelone, D.J. (2006) Assessing the validity of the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale with treatment-seeking military service members. Mil Med 171: 900-904.

Mitchell, D., Angelone, D.J. and Cox, S.M. (2007) An exploration of readiness to change processes in a clinical sample of military service members. J Addict Dis 26: 53-60.

森田展彰, 末次幸子, 嶋根卓也, ほか (2007) 日本の薬物依存症者に対するマニュアル化した認知行動療法プログラムの開発とその有効性の検討. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 42: 487-506, 2007.

National Institute of Drug Abuse (NIDA): <http://www.drugabuse.gov/PODAT/PODAT1.html>

Prochaska, J.O. and DiClemente, C.C. (1983) Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J. Consult. Clin. Psychol. 51: 390-395.

澤山 透, 米田順一, 白川教人, ほか (2004) 認知行動療法を中心としたアルコール依存症の新入院治

療プログラム精神神経学雑誌, 106, 161-174 .

Skinner, H.A.(1982)The drug abuse screening test. *Addict. Behav.* 7: 363-371.

鈴木健二, 村上 優, 杠 岳文, ほか (1999) 高校生における違法性薬物乱用の調査研究. *日本アルコール・薬物医学会雑誌*, 34: 465-474, 1999

高野 歩, 川上憲人, 宮本有紀, ほか (2014) 物質使用障害患者に対する認知行動療法プログラムを提供する医療従事者の態度の変化. *日本アルコール・薬物医学会雑誌* 49: 28-38.

National Institute of Drug Abuse (NIDA):
<http://www.drugabuse.gov/PODAT/PODAT1.html>

表1: 対象候補者(N=79)のプロフィール

		平均値	標準偏差
初診時年齢(歳)		35.3	8.2
		人数	百分率
男性数(男性率%)		57	72.2%
主乱用薬物	覚せい剤	38	48.1%
	大麻	3	3.8%
	危険ドラッグ	13	16.5%
	睡眠薬・抗不安薬	4	5.1%
	市販鎮咳薬	2	2.5%
	その他の薬物	4	5.1%
	多剤	16	20.3%
SMARPP初回クール終了 1年後の転帰	通院継続	37	46.8%
	民間リハビリ施設入所	2	2.5%
	転医・終結	9	11.4%
	逮捕	10	12.7%
	死亡	1	1.3%
	不明(通院中断)	20	25.3%

表2: 対象と非対象群の比較

	対象群 N=37		非対象群 N=42		t 値	p 値	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差			
初診時年齢(歳)	36.4	7.2	34.2	8.9	1.181	0.241	
初診時DAST-20	10.7	3.4	11.6	4.3	1.007	0.318	
初診時SOCRATES-8D	総得点	76.9	9.5	79.6	8.9	1.186	1.863
	SOCRATES 病識	30.7	4.5	30.6	3.9	1.125	0.265
	SOCRATES 迷い	15.7	3.2	15.6	3.0	0.088	0.931
	SOCRATES 実行	30.6	5.6	32.6	5.0	1.495	0.140
		人数	百分率	人数	百分率	χ^2 値	p 値
男性数(男性率%)		28	75.7%	29	69.0%	0.430	0.512
高卒未満の学歴		7	18.9%	17	40.5%	4.322	0.038
無職		21	56.8%	19	45.2%	1.044	0.307
主乱用薬物	覚せい剤	17	45.9%	21	50.0%	8.465	0.206
	有機溶剤	0	0.0%	0	0.0%		
	大麻	0	0.0%	2	4.8%		
	危険ドラッグ	7	18.9%	6	14.3%		
	睡眠薬・抗不安薬	3	8.1%	1	2.4%		
	市販鎮咳薬	2	5.4%	0	0.0%		
	その他の薬物	2	5.4%	1	2.4%		
	多剤	6	16.2%	11	26.2%		
覚せい剤以外に乱用歴のある薬物	覚せい剤	24	64.9%	32	76.2%	1.223	0.269
	有機溶剤	7	18.9%	11	26.2%	0.591	0.442
	大麻	23	62.2%	28	66.7%	0.174	0.676
	危険ドラッグ	10	27.0%	13	31.0%	0.147	0.702
	睡眠薬・抗不安薬	13	35.1%	21	50.0%	1.773	0.183
	市販鎮咳薬	3	8.1%	1	2.4%	1.342	0.247
	その他	17	45.9%	23	54.8%	0.612	0.434
アルコール使用障害の併存		25	67.6%	31	73.8%	0.371	0.542
併存する他の精神障害(DSM-5)	いずれかの精神障害	17	45.9%	14	33.3%	1.312	0.252
	神経発達障害	0	0.0%	2	4.8%	1.808	0.179
	統合失調症スペクトラムと他の精神病的障害	3	8.1%	7	16.7%	1.303	0.254
	双極性障害	1	2.7%	2	4.8%	0.228	0.633
	うつ病性障害	6	16.2%	0	0.0%	7.371	0.007
	不安障害	4	10.8%	1	2.4%	2.358	0.125
	強迫と関連障害	2	5.4%	1	2.4%	0.493	0.483
	トラウマ関連障害	2	5.4%	1	2.4%	0.493	0.483
	解離性障害	2	5.4%	3	7.1%	1.000	0.752
	身体症状と関連障害	2	5.4%	0	0.0%	2.329	0.127
	哺育と摂食の障害	5	13.5%	1	2.4%	3.474	0.062
	神経認知障害	0	0.0%	0	0.0%		
初診時点における犯罪歴	薬物関連犯罪	16	43.2%	24	57.1%	1.533	0.465
	その他の犯罪	5	13.5%	2	4.8%	1.891	0.388
初診前1ヶ月間における薬物使用頻度	週3日以上	10	27.0%	11	26.2%	1.966	0.742
	週1, 2日	4	10.8%	3	7.1%		
	月1~3回	10	27.0%	8	19.0%		
	なし	12	32.4%	17	40.5%		
	不明	1	2.7%	3	7.1%		
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	z 値	p 値
初回クール参加回数(全16回)		8.5	5.6	5.1	4.6	2.902	0.005

表3: 対象37例の薬物使用障害患者における断薬に関する検討

	断薬群 N=25		非断薬群 N=12		t 値	p 値	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差			
初診時年齢(歳)	37.0	7.8	35.1	6.1	0.765	0.450	
初診時DAST-20	10.9	3.0	10.3	4.3	0.349	0.730	
初診時SOCRATES-8D	総得点	77.6	9.4	75.3	10.1	0.587	0.562
	SOCRATES 病識	30.9	4.6	30.2	4.4	0.338	0.738
	SOCRATES 迷い	16.1	2.8	14.8	4.0	0.965	0.344
	SOCRATES 実行	30.7	5.7	30.3	5.8	0.181	0.858
		人数	百分率	人数	百分率	χ^2 値	p 値
男性数(男性率%)		18	72.0%	10	83.3%	0.566	0.452
高卒未満の学歴		3	12.0%	4	33.3%	2.406	0.121
無職		17	68.0%	4	33.3%	3.970	0.046
主乱用薬物	覚せい剤	11	44.0%	6	50.0%	2.942	0.709
	有機溶剤	0	0.0%	0	0.0%		
	大麻	0	0.0%	0	0.0%		
	危険ドラッグ	4	16.0%	3	25.0%		
	睡眠薬・抗不安薬	2	8.0%	1	8.3%		
	市販鎮咳薬	2	8.0%	0	0.0%		
	その他の薬物	3	12.0%	0	0.0%		
	多剤	3	12.0%	2	16.7%		
乱用歴のある薬物	覚せい剤	36	72.0%	20	69.0%	0.082	0.775
	有機溶剤	3	12.0%	4	33.3%	2.406	0.121
	大麻	15	60.0%	8	66.7%	0.153	0.695
	危険ドラッグ	4	16.0%	6	50.0%	4.752	0.029
	睡眠薬・抗不安薬	7	28.0%	6	50.0%	1.722	0.189
	市販鎮咳薬	2	8.0%	1	8.3%	0.001	0.972
	その他の薬物	11	44.0%	6	50.0%	0.118	0.732
	アルコール使用障害の併存	15	60.0%	10	83.3%	2.014	0.156
他の精神障害(DSM-5)の併存	11	44.0%	6	50.0%	0.118	0.732	
初診時点における犯罪歴	薬物関連犯罪	10	40.0%	6	50.0%	0.330	0.565
	その他の犯罪	2	8.0%	2	25.0%	2.005	0.157
初診前1ヶ月間における薬物使用頻度	週3日以上	7	28.0%	3	25.0%	2.243	0.691
	週1, 2日	2	8.0%	2	16.7%		
	月1~3回	8	32.0%	2	16.7%		
	なし	7	28.0%	5	41.0%		
	不明	1	4.0%	0	0.0%		
SMARPP初回ケール終了1年後の1ヶ月間における薬物の使用頻度	週3日以上	0	0.0%	3	25.0%	37.000	<0.001
	週1, 2日	0	0.0%	0	0.0%		
	月1~3回	0	0.0%	5	41.7%		
	なし(断薬)	25	100.0%	0	0.0%		
	不明	0	0.0%	4	33.3%		
SMARPP初回ケール終了後1年間の最長断薬期間	1ヶ月未満	2	8.0%	5	41.7%	18.502	0.001
	1ヶ月以上3ヶ月未満	5	20.0%	3	25.0%		
	3ヶ月以上1年未満	3	12.0%	1	8.3%		
	1年以上	15	60.0%	0	0.0%		
	不明	0	0.0%	3	25.0%		
SMARPP初回ケール終了1年後におけるSMARPP参加継続	14	56.0%	6	50.0%	0.118	0.732	
SMARPP初回ケール終了1年後における無職	9	36.0%	4	44.4%	0.200	0.655	
SMARPP初回ケール終了1年後までの他の社会資源の利用	自助グループ参加	8	32.0%	2	16.7%	0.967	0.326
	民間リハビリ施設の利用	4	16.0%	1	8.3%	0.408	0.523
	精神保健福祉センターの利用	2	8.0%	5	41.7%	5.991	0.014
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	z 値	p 値
SMARPP初回ケール参加回数(全16回)		9.5	5.4	6.4	5.6	1.552	0.121

表4: 対象37例の薬物使用障害患者における薬物使用頻度の改善に関する検討

		改善群 N=26		非改善群 N=11		t 値	p 値
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
初診時年齢 (歳)		37.3	7.7	34.3	5.9	1.171	0.250
初診時DAST-20		10.7	3.0	10.4	4.6	0.210	0.836
初診時SOCRATES-8D							
	総得点	77.4	9.1	75.3	11.7	0.459	0.651
	SOCRATES 病識	30.9	4.5	30.0	4.6	0.432	0.669
	SOCRATES 迷い	16.1	2.9	14.2	4.0	1.321	0.198
	SOCRATES 実行	30.4	5.6	31.2	6.1	0.298	0.768
		人数	百分率	人数	百分率	χ^2 値	p 値
男性数 (男性率%)		19	73.1%	9	81.8%	0.321	0.571
高卒未満の学歴		3	11.5%	4	36.4%	3.106	0.078
無職		16	61.5%	5	45.5%	0.815	0.367
主乱用薬物							
	覚せい剤	13	50.0%	4	36.4%	5.217	0.390
	有機溶剤	0	0.0%	0	0.0%		
	大麻	0	0.0%	0	0.0%		
	危険ドラッグ	4	15.4%	3	27.3%		
	睡眠薬・抗不安薬	1	3.8%	2	18.2%		
	市販鎮咳薬	2	7.7%	0	0.0%		
	その他の薬物	3	11.5%	0	0.0%		
	多剤	3	11.5%	2	18.2%		
乱用歴のある薬物							
	覚せい剤	17	65.4%	7	63.6%	0.010	0.919
	有機溶剤	3	11.5%	4	36.4%	3.106	0.078
	大麻	17	65.4%	6	54.5%	0.386	0.534
	危険ドラッグ	5	19.2%	5	45.5%	2.695	0.101
	睡眠薬・抗不安薬	7	26.9%	6	54.5%	2.588	0.108
	市販鎮咳薬	2	7.7%	1	9.1%	0.020	0.887
	その他の薬物	13	50.0%	4	36.4%	0.579	0.447
アルコール使用障害の併存		17	34.6%	3	27.3%	0.190	0.663
他の精神障害 (DSM-5) の併存		12	46.2%	5	45.5%	0.002	0.969
初診時点における犯罪歴							
	薬物関連犯罪	12	46.7%	4	36.3%	0.302	0.583
	その他の犯罪	3	11.5%	2	18.2%	0.292	0.589
初診前1ヶ月間における薬物使用頻度							
	週3日以上	8	30.8%	2	18.2%	4.131	0.389
	週1, 2日	0	0.0%	0	0.0%		
	月1~3回	3	11.5%	1	9.1%		
	なし	0	0.0%	1	9.1%		
	不明	7	26.9%	5	45.5%		
SMARPP初回ケール終了1年後の1ヶ月間における薬物の使用頻度							
	週3日以上	0	0.0%	3	7.2%	25.384	<0.001
	週1, 2日	0	0.0%	4	36.0%		
	月1~3回	1	3.8%	4	36.0%		
	なし (断薬)	25	96.2%	0	0.0%		
	不明	0	0.0%	0	0.0%		
SMARPP初回ケール終了後1年間の最長断薬期間							
	1ヶ月未満	3	11.5%	4	36.4%	16.229	0.003
	1ヶ月以上3ヶ月未満	5	19.2%	3	27.3%		
	3ヶ月以上1年未満	3	11.5%	1	9.1%		
	1年以上	15	57.7%	0	0.0%		
	不明	0	0.0%	3	27.3%		
SMARPP初回ケール終了1年後におけるSMARPP参加継続		16	61.5%	4	36.4%	1.973	0.160
SMARPP初回ケール終了1年後における無職		9	34.6%	4	50.0%	0.613	0.434
SMARPP初回ケール終了1年後までの他の社会資源の利用							
	自助グループ参加	9	34.6%	1	9.1%	2.553	0.110
	民間リハビリ施設の利用	4	15.4%	1	9.1%	0.262	0.609
	精神保健福祉センターの利用	4	15.4%	3	27.3%	0.712	0.399
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	t 値	p 値
SMARPP初回ケール参加回数 (全16回)		9.7	5.4	5.6	5.2	2.058	0.040

表5: 覚せい剤乱用患者23症例における断薬に関する検討

	断薬群 N=15		非断薬群 N=8		t 値	p 値	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差			
初診時年齢(歳)	37.3	9.2	36.8	4.7	0.167	0.869	
初診時DAST-20	10.6	3.1	9.3	4.1	0.749	0.464	
初診時SOCRATES-8D	総得点	78.2	10.7	72.2	9.0	1.110	0.283
	SOCRATES 病識	30.5	5.1	30.4	5.3	0.051	0.960
	SOCRATES 迷い	15.7	2.7	14.2	3.7	0.947	0.358
	SOCRATES 実行	15.7	2.7	14.2	3.7	1.596	0.130
	人数	百分率	人数	百分率	χ^2 値	p 値	
男性数(男性率%)	12	80.0%	6	75.0%	0.770	0.782	
高卒未満の学歴	2	13.3%	4	50.0%	3.638	0.056	
無職	9	60.0%	3	37.5%	1.059	0.304	
覚せい剤以外に乱用歴のある薬物	有機溶剤	3	20.0%	3	37.5%	0.829	0.363
	大麻	12	80.0%	6	75.0%	0.770	0.782
	危険ドラッグ	0	0.0%	3	37.5%	6.469	0.011
	睡眠薬・抗不安薬	2	13.3%	4	50.0%	3.638	0.056
	市販鎮咳薬	1	6.7%	1	12.5%	0.224	0.636
	その他の薬物	9	60.0%	6	75.0%	0.518	0.472
アルコール使用障害の併存	10	66.7%	8	100.0%	3.407	0.065	
他の精神障害(DSM-5)の併存	4	26.7%	4	50.0%	1.252	0.263	
初診時点における犯罪歴	薬物関連犯罪	10	66.7%	6	75.0%	0.171	0.679
	その他の犯罪	2	13.3%	2	25.0%	0.494	0.482
初診前1ヶ月間における薬物使用頻度	週3日以上	2	13.3%	2	25.0%		
	週1, 2日	0	0.0%	1	12.5%		
	月1~3回	7	46.7%	2	25.0%	2.918	0.405
	なし	6	40.0%	3	37.5%		
	不明	0	0.0%	0	0.0%		
SMARPP初回クール終了1年後の1ヶ月間における薬物の使用頻度	週3日以上	0	0.0%	1	12.5%		
	週1, 2日	0	0.0%	0	0.0%		
	月1~3回	0	0.0%	4	50.0%	23.000	<0.001
	なし(断薬)	15	100.0%	0	0.0%		
	不明	0	0.0%	3	37.5%		
SMARPP初回クール終了後1年間の最長断薬期間	1ヶ月未満	2	13.3%	3	37.5%		
	1ヶ月以上3ヶ月未満	2	13.3%	2	25.0%		
	3ヶ月以上1年未満	2	13.3%	0	0.0%	13.302	0.010
	1年以上	9	60.0%	0	0.0%		
	不明	0	0.0%	3	37.5%		
SMARPP初回クール終了1年後におけるSMARPP参加継続	11	73.3%	4	50.0%	1.252	0.236	
SMARPP初回クール終了1年後における無職	5	33.3%	6	75.0%	3.630	0.057	
SMARPP初回クール終了1年後までの他の社会資源の利用	自助グループ参加	4	26.7%	1	12.5%	0.615	0.433
	民間リハビリ施設の利用	3	20.0%	0	0.0%	1.840	0.175
	精神保健福祉センターの利用	1	6.7%	3	37.5%	3.453	0.063
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	z 値	p 値	
SMARPP初回クール参加回数(全16回)	12.0	3.7	6.5	5.9	2.115	0.034	

表6: 覚せい剤使用障害患者23症例における薬物使用頻度の改善に関する検討

	改善群 N=16		非改善群 N=7		t 値	p 値	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差			
初診時年齢(歳)	37.4	8.9	36.6	5.1	0.220	0.827	
初診時DAST-20	10.3	3.1	9.8	4.4	0.301	0.767	
初診時SOCRATES-8D	総得点	77.7	10.5	72.5	10.3	0.879	0.392
	SOCRATES 病識	30.3	5.0	31.3	5.7	0.334	0.743
	SOCRATES 迷い	15.5	2.7	14.5	4.2	0.579	0.571
	SOCRATES 実行	31.9	5.1	26.8	5.6	1.771	0.096
	人数	百分率	人数	百分率	χ^2 値	p 値	
男性数(男性率%)	13	81.2%	5	71.4%	0.276	0.599	
高卒未満の学歴	2	12.5%	4	57.1%	5.033	0.025	
無職	9	56.2%	3	42.9%	0.350	0.554	
覚せい剤以外に乱用歴のある薬物	有機溶剤	3	18.8%	3	42.9%	1.468	0.226
	大麻	13	81.2%	5	71.4%	0.276	0.599
	危険ドラッグ	0	0.0%	3	42.9%	7.886	0.005
	睡眠薬・抗不安薬	2	12.5%	4	57.1%	5.033	0.025
	市販鎮咳薬	1	6.2%	1	14.3%	0.396	0.529
	その他の薬物	10	62.5%	5	71.4%	0.171	0.679
アルコール使用障害の併存	11	61.1%	7	100.0%	2.795	0.095	
他の精神障害(DSM-5)の併存	4	25.0%	4	57.1%	2.218	0.136	
初診時点における犯罪歴	薬物関連犯罪	11	68.8%	5	71.4%	0.017	0.898
	その他の犯罪	2	12.5%	2	28.6%	0.875	0.349
初診前1ヶ月間における薬物使用頻度	週3日以上	2	12.5%	2	28.6%		
	週1, 2日	1	6.2%	0	0.0%		
	月1~3回	7	43.8%	2	28.6%	1.483	0.686
	なし	6	37.5%	3	42.9%		
	不明	0	0.0%	0	0.0%		
SMARPP初回クール終了1年後の1ヶ月間における薬物の使用頻度	週3日以上	0	0.0%	1	14.3%		
	週1, 2日	0	0.0%	0	0.0%		
	月1~3回	1	6.2%	3	42.9%	19.458	<0.001
	なし(断薬)	15	93.8%	0	0.0%		
	不明	0	0.0%	0	0.0%		
SMARPP初回クール終了後1年間の最長断薬期間	1ヶ月未満	2	12.5%	3	42.9%		
	1ヶ月以上3ヶ月未満	3	18.8%	1	14.3%		
	3ヶ月以上1年未満	2	12.5%	0	0.0%	13.790	0.008
	1年以上	9	56.2%	0	0.0%		
	不明	0	0.0%	3	42.9%		
SMARPP初回クール終了1年後におけるSMARPP参加継続	12	75.0%	3	42.9%	2.218	0.136	
SMARPP初回クール終了1年後における無職	5	31.2%	6	85.7%	5.789	0.016	
SMARPP初回クール終了1年後までの他の社会資源の利用	自助グループ参加	4	25.0%	1	14.3%	0.329	0.567
	民間リハビリ施設の利用	3	18.8%	0	0.0%	1.509	0.219
	精神保健福祉センターの利用	2	12.5%	2	28.6%	0.875	0.349
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	t 値	p 値	
SMARPP初回クール参加回数(全16回)	12.2	3.7	5.3	5.2	2.728	0.006	

表7: 覚せい剤と危険ドラッグ群の初診時情報・治療転帰に関する比較

	覚せい剤群 N=17		危険ドラッグ N=7		t 値	p 値	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差			
年齢(歳)	38.2	7.9	34.6	7.5	1.051	0.305	
初診時DAST	10.3	3.2	11.0	3.2	0.413	0.684	
初診時SOCRATES-8D	総得点	76.8	11.2	81.0	11.2	0.664	0.516
	SOCRATES 病識	30.2	5.2	30.8	4.6	0.190	0.851
	SOCRATES 迷い	15.3	2.9	15.3	5.5	0.042	0.967
	SOCRATES 実行	31.3	5.4	35.0	3.7	1.285	0.216
		人数	百分率	人数	百分率	χ^2 値	p 値
男性数(男性率%)	12	70.6%	7	100.0%	2.601	0.107	
高卒未満の学歴	5	29.4%	1	14.3%	0.605	0.437	
無職	8	47.1%	3	42.9%	0.035	0.851	
他の乱用歴のある薬物	覚せい剤	17	100.0%	1	14.3%	19.429	<0.001
	有機溶剤	4	23.5%	1	14.3%	0.257	0.612
	大麻	12	70.6%	3	42.9%	1.627	0.202
	危険ドラッグ	2	11.8%	7	100.0%	16.471	<0.001
	睡眠薬・抗不安薬	4	23.5%	1	14.3%	0.257	0.612
	市販鎮咳薬	0	0.0%	0	0.0%	—	—
	その他	10	58.8%	0	0.0%	7.059	0.008
アルコール使用障害の併存	13	76.5%	3	42.9%	2.521	0.112	
併存する他の精神障害(DSM-5)	いずれかの精神障害	4	23.5%	3	42.9%	0.897	0.334
	神経発達障害	0	0.0%	0	0.0%	—	—
	統合失調症スペクトラムと他の精神病性障害	0	0.0%	1	14.3%	2.534	0.111
	双極性障害	1	5.9%	0	0.0%	0.430	0.512
	うつ病性障害	1	5.9%	1	14.3%	0.458	0.498
	不安障害	1	5.9%	0	0.0%	0.430	0.512
	強迫と関連障害	1	5.9%	0	0.0%	0.430	0.512
	トラウマ関連障害	2	11.8%	0	0.0%	0.898	0.343
	解離性障害	1	5.9%	0	0.0%	0.430	0.512
	身体症状と関連障害	0	0.0%	1	14.3%	2.534	0.111
	哺育と摂食の障害	3	17.6%	0	0.0%	1.412	0.235
神経認知障害	0	0.0%	0	0.0%	—	—	
初診時点における犯罪歴	薬物関連犯罪	14	82.4%	0	0.0%	13.835	<0.001
	その他の犯罪	3	17.6%	0	0.0%	1.412	0.235
初診前1ヶ月間における薬物使用頻度	週3日以上	3	17.6%	3	42.9%		
	週1, 2日	1	5.9%	0	0.0%		
	月1~3回	5	29.4%	1	14.3%	2.145	0.543
	なし	8	47.1%	3	42.9%		
	不明	0	0.0%	0	0.0%		
SMARPP初回クール終了1年後の1ヶ月間における依存性薬物の使用頻度	週3日以上	1	5.9%	1	14.3%		
	週1, 2日	0	0.0%	0	0.0%		
	月1~3回	3	17.6%	1	14.3%	0.524	0.914
	なし(断薬)	11	64.7%	4	57.1%		
不明	2	11.8%	1	14.3%			
SMARPP初回クール終了1年後の1ヶ月間における薬物使用状況の変化	改善	13	76.5%	4	57.1%	0.897	0.334
	非改善(不変・悪化・不明)	4	23.5%	3	42.9%		
SMARPP初回クール終了1年後の1ヶ月間における断薬	11	64.7%	4	57.1%	0.121	0.728	
SMARPP初回クール終了後1年間の最長断薬期間	1ヶ月未満	3	17.6%	1	14.3%		
	3ヶ月未満	2	2.0%	2	28.6%		
	1年未満	3	17.6%	1	14.3%	1.734	0.784
	1年以上	7	41.2%	3	42.9%		
	不明	2	11.8%	2	0.0%		
SMARPP初回クール終了1年後におけるSMARPP参加	12	70.6%	2	28.6%	3.601	0.058	
SMARPP初回クール終了1年後における無職	6	40.0%	1	14.3%	1.455	0.228	
SMARPP初回クール終了1年後までの社会資源の利用	自助グループ参加	4	23.5%	2	28.6%	0.067	0.795
	民間リハビリ施設の利用	2	11.8%	2	28.6%	1.008	0.315
	精神保健福祉センターの利用	4	23.5%	2	28.6%	0.067	0.795
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	z 値	p 値
SMARPP初回クール参加回数(全16回)	10.0	5.2	4.9	4.8	2.108	0.035	

厚生労働科学研究費補助金 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）

様々な依存症の実態把握と回復プログラム策定・推進のための研究
（研究代表者 宮岡 等）

平成 26 年度分担研究報告書
インターネット依存の実態解明と治療法開発に関する研究

研究分担者 樋口 進 国立病院機構久里浜医療センター院長

研究要旨

インターネット依存（ネット依存）は、深刻な健康・社会問題である。2008 年および 2013 年に実施された厚労科研によると、この 5 年間にわが国成人でネット依存傾向にある者の割合は約 1.5 倍に増加し、2013 年の推計数は 421 万人に上ったとのことである。また、2012 年に実施された厚労科研では、ネット依存が強く疑われる中高生が、男子の 6.2%、女子の 9.8% に認められ、中高生だけでもその数は 52 万に達すると推計された。しかし、わが国では、この依存に対する対策がほとんど進んでいない。以上の背景を踏まえ、本研究では以下の 3 つの課題に取り組む。1) ネット依存患者の臨床的特性の明確化、2) ネット依存の疾患概念の確立および診断・治療ガイドラインの作成、3) 若年者のネット使用の縦断的調査研究。この中で、1) については、昨年度の研究で報告した。ネット依存の診断ガイドラインについては、現在、国際的に認められたガイドラインは存在しないので、まず、その確立に向けた取り組みが必要である。そのための第一歩として、平成 26 年 8 月 27～29 日に東京で WHO 会議を開催した。また、その翌日の 30 日には、東京でネット依存啓発のための市民公開講座を開いた。この会議の議論を踏まえ、現在、行動嗜癖の専門家がワーキンググループを作り、ネット使用障害の臨床既述および診断ガイドラインの草稿作成に着手している。今後、この草稿に対する関係各所での意見を踏まえ、最終版を作成する。さらに、マニュアル作成を経て、本ガイドラインの実地試験に向けた研修を 2015 年 8 月に韓国のソウルで行う。実地試験は、2016 年末まで続け、結果をまとめて ICD-11 の Advisory group に報告し、ICD-11 への収載を目指す。縦断調査については、横浜市教育委員会の協力のもと、現在、横浜市立中学校 47 校に在籍する中学 1 年生約 9,000 名に対してベースライン調査を実施しているところである。調査の内容は、a) 人口統計学的データ、b) 学校生活、c) ネット使用状況、d) ネット依存スクリーニングテスト、e) 睡眠に関する質問、f) 健康状態に関する質問である。調査は現在進行しており、3 月 18 日現在で約 300 の回答を得ている。最終的には 4,000 の回答を目指す。今回の調査結果は次年度の報告書に記載する。追跡調査は、今後、向こう 5 年間にわたり毎年実施していく。

研究分担者

樋口 進

国立病院機構久里浜医療
センター

研究協力者

尾崎米厚

鳥取大学医学部環境

中山秀紀	予防医学 国立病院機構久里浜医療 センター
三原聡子	国立病院機構久里浜医療 センター
佐久間寛之	国立病院機構久里浜医療 センター

A. 研究目的

インターネット（以後ネットと略）の利用者は年々増え続けている。総務省の通信利用動向調査によると、平成 25 年のネット使用者の推計値は 1 億 44 万人で、わが国の 6 歳以上の人口の 82.8%にあたるという¹⁾。また、この数も割合も依然として伸び続けている。

ネット依存者もこのネット使用者の増加とともに増加していると推定される。我々は 2008 年に実施したわが国成人の飲酒実態調査に、自記式のネット依存スクリーニングテストである「Internet Addiction Test, IAT」の邦訳版を組み入れた²⁾。IAT は米国の Young 博士によって作成された 20 項目からなる自記式テストである³⁾。このテストでネット依存傾向(点数が 40 点以上)にある者の割合は、2008 年人口で補正した場合、男性 3.1%、女性 2.2%で、約 275 万人の成人がこれに該当すると推計した⁴⁾。この調査の 5 年後の 2013 年にもほぼ同じ手法でネット依存の推計がなされた。それによると、2012 年人口で補正した場合、成人男性の 4.5%、女性の 3.6%、合計で 4.0%の者がネット依存傾向にあることがわかった⁴⁾。また、その数は合計で 421 万に上り、5 年間に約 1.5 倍に増加していると推計された⁴⁾。

ネット依存は若者に多いことが知られている。未成年者の実態について、筆者も含めた研究グループは、2012 年秋に無作為に抽出した中学校 140 校、高校 124 校の生徒約 10 万人に対する調査を実施した⁵⁾。ネット依存のスクリーニングには、「Diagnostic Questionnaire, DQ」の邦訳版を使用した⁶⁾。DQ も同じく Young 博士によって作成された 8 項目からなる

テストである。その結果、中高生男子の 6.2%、女子の 9.8%、全体で 7.9%の若者がネット依存の疑いが強く、中高生だけでもその数は 52 万人に上ると推計された⁷⁾。

ネット依存はこのように大きな社会・健康問題であるが、その対策はまだ緒についたばかりである。まず、何より、ネット依存に関する疾患の定義や診断ガイドラインがまだ確立されていない。我々が日常の臨床で使用している精神科疾患に関する診断ガイドラインは、ICD-10 である⁸⁾。しかし、この中にはネット依存という診断項目は存在しないので、現在のところ、ネット依存の診断には、「F63.8 その他の習慣および衝動の障害」を使用せざるをえない状態である。

2013 年 5 月に米国精神医学会が作成した診断ガイドラインである DSM-4 が DSM-5 に改定された⁹⁾。その中には、「Internet Gaming Disorder、インターネットゲーム障害」という診断項目が初めて収載された。しかし、これは正式な収載ではなく、「Conditions for Further Study」の章に属しており、現時点では使用できないが、将来エビデンスの蓄積された段階で正式収載になる見込みの項目に含まれている。

以上のような背景を踏まえて、本研究では以下のような研究を行う。

- 1) ネット依存患者の臨床的特性を明らかにする。
- 2) ネット依存の疾患概念の確立および診断・治療ガイドラインの作成
- 3) 若年者のネット使用の縦断的調査研究

この中で 1) の臨床特性については、昨年度の報告書でまとめた。

2) の診断ガイドラインについては、わが国の中だけで使用するガイドラインを作成するより、まず、国際的に認められたものを作成し、それをわが国で使用するのが適切と考えられる。我々は、このプロジェクトを進めるために、主に久里浜医療センターが厚生労働省等の協力を得て、WHO に協力する形で、

ガイドライン作成を進めている。本研究もこのプロジェクトに協力してきており、本報告書でその進捗状況を記載する。

3) の縦断的研究は今年度から本調査が実施されている。本報告書を書いている時点は、丁度ベースライン調査の進行中の段階なので、今年度の報告書は、本調査の概要を記載するにとどめることになる。追跡期間は向こう 5 年間になる予定である。

B. 研究方法

1. ネット依存の疾患概念・診断ガイドラインの確立

既述のとおり、ネット依存の疾患概念や診断ガイドラインについて国際的に認められたものは存在しない。我々は、わが国独自のガイドラインを作成するより、まず、国際的に認められたガイドライン作成に寄与するのが先決と考えた。そこで、世界保健機関 (WHO) に働きかけて、平成 26 年 1 月から 12 月にかけて、”Reviewing public health implications of behavioural addictions associated with the use of internet, computers and smart phones” というプロジェクトを WHO と久里浜医療センターが共同で行うことにした。その一環として、平成 26 年 8 月 27 日から 29 日まで、国立がん研究センター (東京) で専門家会議を実施した。8 月 30 日には、この会議の参加者の一部に協力を求めて、ネット依存に関する市民公開講座を行った。

上記 WHO 会議を受け、ネット依存も含めた行動嗜癖の専門家がワーキンググループを作ってネット使用障害の臨床既述および診断ガイドラインの草稿作成に着手している。この草稿が出来上がると、関係各所に送付して意見を求め、最終版を作成する。さらに、このガイドラインを使った実地試験を今年秋から実施する。実施施設は地理学的小および発展途上国・先進国などの代表性を考慮して 10 施設以上選ぶ。これらの施設に対する実地試験の研修は、2015 年 8 月に韓国のソウルで行

う。実地試験は、2016 年末まで続け、結果をまとめて ICD-11 の Advisory group に報告し、ICD-11 への収載を目指す。

2. 中学生のネット使用の縦断的調査研究

横浜市の教育委員会に依頼して調査の協力を依頼した。その結果、横浜市立の中学校 1 年生に調査を実施できることになった。概要は以下の通りである。

1) 調査対象者

横浜市教育委員会が各区から満遍なく 47 校を選んでいただき、この 47 校に在籍する 9,005 名の中学 1 年生が対象である。

2) 調査方法

47 校の校長先生に自記式調査票の他、調査の説明書、両親および本人の同意書、返送用封筒等調査セットを送付し、担任の先生を通じて、調査への協力を依頼した上で 1 年生の生徒に配布頂いた。各生徒は、セットを自宅に持ち帰り両親と相談の上、調査に協力いただける場合には、同意書に署名の上、生徒に調査票に記入いただき、同意書と調査票を、本調査の実施を委託した「中央調査社」に返送いただく。

時間的には、2015 年 2 月末から 3 月の初めに学校に調査票等を送付する。回収の締め切りは、2015 年 3 月 31 日とする。回収調査票の目標数を 4,000 名とした。

なお、調査の説明書には、今後毎年 1 回、向こう 5 年間にわたって追跡調査を実施することについても説明があり (調査はベースライン調査も含めて 6 回) その点についても同意をいただいた上で、調査に協力いただくことになっている。

3) 調査票

「生活習慣に関するアンケート」と題する A4 で 13 ページからなる自記式調査票である。調査では以下のような内容について質問してい

る。a) 人口統計学的データ、b) 学校生活、c) ネット使用状況、d) Internet Addiction Test 邦訳版²⁾、e) Diagnostic Questionnaire 邦訳版⁶⁾、f) 睡眠に関する質問、g) 健康状態に関する質問、主に Kessler Psychological Distress Scale-10 の邦訳版¹⁰⁾、および General Health Questionnaire-12 の邦訳版¹¹⁾。なお、本報告書に以下の資料を添付した。

- a) 調査票（資料 1）
- b) 保護者に対するアンケート依頼書（資料 2）
- c) 縦断調査説明文書（資料 3）
- d) 縦断調査同意書（資料 4）
- e) 教育委員会からの調査依頼書（資料 5）

C. 倫理に対する配慮

中学生の縦断調査については、記名調査なので、ご本人や家族の個人情報の取り扱いに十分注意を払う。また、本研究は、久里浜医療センターの倫理委員会で承認を得て実施している。

D. 結果と考察

1. ネット依存の疾患概念・診断ガイドラインの確立

1) WHO 会議

2014 年 8 月 27 日～29 日に東京の国立がん研究センターで会議を実施した。当日は、厚生労働省、文部科学省、総務省からも代表者に参加をいただいた。会議の内容は以下の通りである。

a) 会議の目的

- i) ネット使用障害の疫学、定義、症状、治療、公衆衛生上の意義等に関する知見の review
- ii) ネット使用障害の臨床既述および診断ガイドラインに関する review
- iii) 世界各地のネット使用障害に関する政策と保健システム上の対策の review
- iv) この分野における今後の WHO 活動に対する示唆の策定

b) Review の中身

以下の 8 分野の review を行った。

- i) ネット使用障害の範囲、正常との境界、健康・社会的問題
- ii) ネット使用障害の疫学
- iii) ネット使用障害の合併症
- iv) 症状および自然経過
- v) 臨床記述および診断ガイドライン
- vi) ICD 中での分類
- vii) ネット使用障害の同定および治療
- viii) 政策と保健システム上の対策、各国での実情

c) 会議の結論および今後の方向性

なお、本会議については WHO が英語版の報告書を作成している。Appendix の資料を除いた報告書の本体を参考資料として本報告書に添付する（参考資料 1）。

その後、本会議の議論を踏まえ、筆者を含む数名でネット使用障害の臨床記述および診断ガイドラインの草稿の作成に着手している。次回の WHO 会議が行われる 8 月までに、上記の最終版と実地試験実施用マニュアルを完成させる予定である。

2) ネット依存に関する市民公開講座

上記の WHO 会議の参加者等にも依頼してネット依存の啓発のための市民講座を開催した。上記会議の参加者以外の日本人演者にも参加を依頼した。その内容は以下の通りである。

a) 日時、場所

平成 26 年 8 月 30 日（土）
東京商工会議所ホール

b) 演者と講演内容

- i) Vladimir Poznyak (WHO, Switzerland)
ICD-11 作成段階における行動嗜癖の取り扱い
- ii) Marc Potenza (Yale University, USA)

ネット依存: 診断、分類、神経生物学的考察
iii) Thomas Chung (Department of Health, Hong Kong)

香港におけるネット依存、他の健康問題の予防
iv) Hans-Jürgen Rumpf (University of Lübeck, Germany)

ネット依存: ドイツにおける研究知見

v) 尾崎米厚 (鳥取大学)

わが国におけるネット過剰使用とその影響

vi) Varoth Chotpitayasunondh (Ministry of Public Health, Thailand)

精神保健に対するソーシャルメディアの新たな役割

vii) Joël Billieux (Catholic University of Louvain, Belgium)

ネット関連障害の心理療法

viii) 佐久間寛之 (久里浜医療センター)

ネットゲーム依存の治療: 治療目標とその方法

ix) 三原聡子 (久里浜医療センター)

ネット依存に対する対策: 日本版「レスキュースクール」の試行

x) 前園真毅 (久里浜医療センター)

ネット依存を抱える家族に対する支援の必要性

なお、当日のプログラムを参考資料 2 として添付する。

2. 中学生のネット使用の縦断的調査研究

現在、ベースラインデータ収集のための調査を実施しているところである。調査対象者は約 9,000 名であり、約 4,000 名から回答があると期待される。平成 27 年 3 月 18 日現在の返信調査票数は、285 である。返信の締め切りは平成 27 年 3 月末であり、調査結果は、次年度の報告書に記載する。

E. 参考文献

1) 総務省. 平成 25 年通信利用動向調査の結果 (概要).

http://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/statistics/data/140627_1.pdf (平成 27 年 2 月アクセス).

ス).

2) 樋口進ほか. 成人の飲酒と生活習慣に関する実態調査研究. 厚生労働科学研究「わが国における飲酒の実態ならびに飲酒に関連する生活習慣病、公衆衛生上の諸問題とその対策に関する総合的研究(主任研究者: 石井裕正)」平成 20 年度報告書.

3) Young KS. Caught in the Net. John Wiley & Sons, New York, 1998.

4) 尾崎米厚. わが国の成人の飲酒行動に関する全国調査 2013 年: 2003 年、2008 年全国調査との比較. 厚生労働科学研究「WHO 世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合的研究(研究代表者: 樋口進)」平成 25 年度報告書.

5) 大井田隆ほか. 厚生労働科学研究「未成年者の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究(研究代表者: 大井田隆)」平成 24 年度報告書.

6) Young KS. Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder. CyberPsychol Behav 1: 237-244, 1998.

7) Mihara S, Osaki Y, Nakayama H, Ikeda M, Itani O, Kaneita Y, Kanda H, Ohida T, Higuchi S. Internet use disorder and associated factors among adolescents in Japan. Addiction, submitted.

8) World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. World Health Organization, Geneva, 1992 (融道男, 中根允文, 小宮山実(監訳) ICD-10 精神および行動の障害, 臨床記述と診断ガイドライン, 医学書院, 東京, 1993).

9) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5™). American Psychiatric Publishing, Washington, DC, 2013.

10) Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, Walters EE,

Zaslavsky AM. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. Psychol Med 32: 959-76, 2002.

11) Goldberg DP, Gater R, Sartorius N et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. Psychol Med 27: 191-197, 1997.

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

Project Title: Reviewing public health implications of behavioural addictions associated with the use of internet, computers and smart phones

Rationale: There is an increasing demand for treatment of addictive behaviours caused by or associated with the use of internet, computers, mobile phones, smart phones and similar platforms and electronic devices. This proposal is triggered by increasing recognition of public health problems associated with such addictive behaviours, particularly among young people, and the need to identify adequate public policy and health service responses.

Period of expected project implementation: 13th January 2014 – 31 December 2014.

Implementing agency: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse, Management of Substance Abuse.

The project will be implemented in collaboration with the Kurihama Medical and Addiction Center (Japan), WHO Collaborating Centre for Research and Training on Alcohol-related Problems, and the International Society for Biomedical Research on Alcoholism (ISBRA).

Project objective:

- (a) identify successful and effective prevention, identification and treatment strategies and interventions for addictive behaviours associated with the use of internet, computers and smart phones;
- (b) develop recommendations for WHO's further work in this area.

Activities: The project will include the following main activities to achieve the above-mentioned objectives.

1. Review the available evidence on epidemiology, nature, phenomenology, outcomes and public health implications of behavioural addictions associated with the use of internet, computers and smart phones;
2. Review the available public policy and health system responses from different parts of the world including their feasibility, effectiveness, costs and public health benefits.
3. Review clinical descriptions and diagnostic guidelines of behavioural addictions, including those associated with the use of internet and computers, in the current classifications systems of mental and behavioural disorders, including draft ICD-11.
4. Prepare and organize WHO technical expert meeting with representation of different WHO regions to be hosted by Kurihama Medical and Addiction Center (Japan);
5. Identify feasible and (potentially) effective public policy and health service responses that could be considered for implementation at different levels.
6. Develop recommendations for WHO's further program activities in this area.

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

様々な依存症の実態把握と回復プログラム策定・推進のための研究
（研究代表者 宮岡 等）

平成 26 年度分担研究報告書
病的ギャンブリングの実態調査と回復支援のための研究

研究代表者 宮岡 等 北里大学医学部精神科学主任教授

研究要旨

アディクションは、当事者のみならず家族を巻き込む病気であるとされ、逆に家族との関係性が、依存行動を助長することも指摘されている。病的ギャンブリング（以下 PG）でも同様の状況があることが予想されるが、アルコール薬物依存症ほど実証的なデータに乏しい。そこで、本研究では、病的ギャンブラーのギャンブル行動や家族関係に対する家族と本人の意識について明らかにすることを目標に「研究 1：病的ギャンブリングに関する家族の認識と、変化のプロセス」と「研究 2：病的ギャンブリングと家族関係に関する家族・当事者のアンケート調査」という 2 つの研究を行った。さらに、ギャンブリングにより引き起こされる問題のひとつに借金のトラブルがある。そこで「研究 3：債務問題支援機関における病的ギャンブリング問題に関する研究」を行い、家族と借金問題の関連について考察した。

研究 1 では、家族の病的ギャンブリングに関する認識と、変化のプロセスを明らかにすることで、変化の時期に合わせた介入方法を検討することを目的とし、病的ギャンブラーの家族に対して面接調査を行った。分析にはグラウンデッド・セオリー・アプローチを用い、継続的比較分析法により理論的飽和に達したと判断された 8 人で分析を終了した。家族のギャンブル問題認識には 4 つのステップがあり、理想のパートナーを追い求める、青天の霹靂の如く借金に遭遇する、怒りと不安が交錯する、追い込まれ、治療や施設に結びつくというプロセスを経ることが明らかとなった。家族は突然多額の借金に直面し、心理的・社会的に大きなダメージを受けることとなる。一方、ギャンブラー本人が治療や施設に繋がる直前まで、本人・家族ともに「ギャンブル依存症」であることを受け入れられない現状があることが明らかになった。

研究 2 では、家族関係とギャンブル問題の関係や、家族と当事者の意識の違いについて明らかにすることを目標に、当事者と家族に対してアンケート調査を行った。調査内容には、ギャンブルの状況、SOGS、ギャンブルの動機・結果・対処に関する質問票、FACESKG -8（家族機能システム評価）、K6 が含まれている。当事者のアンケート結果によれば、FACESKG -8 の「きずな得点」が低い群ほど、現実逃避や気晴らしを目的にしてギャンブルを行う傾向が強く、ギャンブルした結果としてかえって虚無感を味わっており、ギャンブル対処において否認・責任転嫁の方法を用いる傾向が強いことが明らかになった。また「きずな得点」の低い群は、それ以外の群より、K6 得点が有意に高く精神健康状態が低下していた。一方、家族アンケートでは、FACESKG -8 の「かじ取り得点」が高い群（家族役割が硬直している群）では、ギャンブラーの自己コントロールが不足し、精神健康の低下を生じているという結果であった。これらの所見から、家族における絆の喪失や膠着した関係性が、ギャンブル問題や精神健康の悪化に関係していることが確かめられた。さらに家族と当事者の認識を比べると、家族は当事者よりもギャンブル問題や当事者の精神健康の悪化を深刻にとらえており、当事者はギャンブルをしても望んだ効果を得ていると考える傾向が強く、家族は当事者の現実否認の態度を当事者よりも強く意識していた。こうした認識のずれを埋めていく介入が必要であることが示唆された。以上の質的・量的研究を通して、病的ギャンブリングの進行と家族問題の結びつきが明らかになったといえる。こうした家族や本人のダメージの深刻化を食い止め回復を促進するためには、家族と当事者双方がギャンブル問題に適切に理解・対応できるための情報伝達や情緒的な援助を行うとともに、当事者と家族のコミュニケーションを助けていくことが重要であると思われた。当事者・家族を含む支援のためには、自助グループと医療保健福祉が統合的な支援体制を組むことや、CRAFT（Community Reinforcement

and Family Training : コミュニティ強化と家族訓練)などの家族への心理教育プログラムの提供などが必要であるといえる。

研究3では、多重債務に関する相談におけるギャンブル問題の頻度を明らかにすることを目的とし、関東圏内の債務問題への支援を行っている関連機関、司法書士会に協力を依頼した。調査には日本語短縮版 SOGS を用い、調査参加者 104 名のうち 9 名に病的ギャンブルの可能性があると結果を得た。このことから、債務問題を扱う担当者は、ギャンブルを含め、どのような問題が生活を困難にさせているかということと相談者とともに考えていくために、詳細な情報収集や問題整理を行うことが必要と考えられる。

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
森田展彰 筑波大学 医学医療系
新井清美 首都大学東京 健康福祉学部
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
浜医療センター
河本泰信 独立行政法人国立病院機構 久里
浜医療センター
神村栄一 新潟大学 教育学部
岡崎直人 さいたま市こころの健康センター
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
蒲生裕司 こころのホスピタル町田
村井俊哉 京都大学大学院 医学研究科
吉田精次 藍里病院
森山成彬 通谷メンタルクリニック
赤木健利 桜が丘病院
内田恒久 大悟病院
西村直之 あらかきクリニック

A . 研究目的

我が国では、かねてよりアディクション問題
と言えばアルコール問題が論じられてきた。し
かし、近年は、アルコール以外のアディクシ
ョン問題を持つ者が増加してきたことに伴い、
様々なアディクション問題に関する多くの報
告がみられるようになってきている。アディクシ

ョンは、当事者のみならず家族を巻き込む病気
であるとされ、逆に家族との関係性が、依存行
動を助長することも指摘されている。病的ギ
ャンブル(以下 PG)でも同様の状況がある
ことが予想されるが、アルコール薬物依存症
ほど実証的なデータに乏しい。そこで、本研
究では、病的ギャンブラーのギャンブル行
動や家族関係に対する家族と本人の意識につ
いて明らかにすることを目標に、「研究1 : 病的
ギャンブルに関する家族の認識と、変化のプ
ロセス」と「研究2 : 病的ギャンブルと家
族関係に関する家族・当事者のアンケート調
査」という2つの研究を行った。さらに、多
重債務に関する相談におけるギャンブル問
題の頻度を明らかにすることを目的とし、研
究3「債務問題支援機関における病的ギ
ャンブルに関する研究」を行った。

・研究1「病的ギャンブルに関する家族の 認識と、変化のプロセス」の目的:

病的ギャン
ブラーのギャンブル行動が次第に進行し
ていく中で、家族がそれをどのように認識し
ていくかというプロセスについて、質的
分析を用いて明らかにすることである。そ
こで、本研究では、アルコール問題を含
む物質アディクション以外のアディクシ
ョンのうち、生活に密接しており、かつ
違法性がなく誰もが罹患し得る疾患
であり、正常から障害の連続性からそ
れらの境界が曖昧であるがゆえに問
題が表面化しにくい病的ギャンブル
に着目し、家族の病的ギャンブル
に関する認識と、変化のプロセ
スを明らかにすることで、変化の時期
に合わせ

た介入方法を検討することを目的とした。

・研究2「病的ギャンブリングと家族関係に関する家族・当事者のアンケート調査」の目標：

病的ギャンブリングに関する心理行動および家族関係について、家族・当事者の両者に対するアンケート調査から、実証的に明らかにすることである。具体的には、家族関係や精神健康に関する心理テストの得点と当事者のギャンブルの心理行動の関係を調べることおよび、これらの所見に関する家族と当事者の間の違いを明らかにすることに取り組む。これによって、病的ギャンブラーの家族に対する援助の必要性や重要なポイントについて明らかにすることが目標となる。

・研究3「債務問題支援機関における病的ギャンブリング問題に関する調査研究」の目的：

ギャンブリングの問題が深刻化すると、借金の問題が生じることが一般的に知られている。しかしながら、国内の債務問題の支援機関において、病的ギャンブリングの頻度に関する調査は行われていない。今回われわれは、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) の日本語短縮版を用いて、関東圏内の債務問題への支援を行っている関連機関、司法書士会に協力を依頼し、それらの機関におけるギャンブリングの問題の頻度について調査を行った。

B. 研究方法

研究1：病的ギャンブラーの家族に対する面接に基づく質的分析

対象

調査対象は、病的ギャンブラーの家族で、次の2つの条件を満たす者とした；1)SHG (SHG: Self help group 以下、SHG とする) もしくは回復施設に繋がっており、2)自己の経験を振り返って第3者に語ることのできる者。

尚、面接調査中に気持ちの動揺などの状態が見受けられた際には調査を中止し、必要な援助を受けられる点を保障した。これらの条件を満たす対象者に半構造化面接を行い、得られたデータをもとに継続的比較分析法による分析を行った後、理論的飽和に達したと判断された8人で分析を終了した。尚、対象の選定については病的ギャンブラーの回復施設スタッフより紹介を受けた。

研究手法

本研究は、実証的データに関して未だ十分な記述がなされていない病的ギャンブラーの家族を対象とし、家族を取り巻く状況の中でギャンブルに関連する問題が深刻化していくプロセスを家族の視点から記述していくことを目的としている。そのため、研究デザインは質的帰納的研究デザインとし分析手法にグラウンデット・セオリー・アプローチの継続的比較分析法を用いて分析を行った。グラウンデット・セオリーは、社会的プロセスと社会的構造を研究する方法であり、現実に基づいて、現象について包括的な説明を生成することを目的とし、特定の事象やエピソードを特徴づける社会的・心理学的ステージや相(フェーズ)を焦点化する(Polit & Beck, 2010)。本研究では、文脈から病的ギャンブラーとその家族の認識を明らかとしていくことが目的であり、ストラウスとコービンのグラウンデット・セオリー・アプローチを用いるのが適切であると判断した。また、継続的比較分析法とは、データとデータの比較、データとカテゴリーの比較、カテゴリーと概念の比較といった、帰納的過程を通じて、より抽象的な概念と理論を継続的に生成する分析法であり、比較することにより、分析の発展のそれぞれの段階を築く(Charmaz, 2008)。そして、理論的飽和とは、理論的カテゴリーに関して、これ以上データを集めることが何らかの新しいカテゴリー特性を示すこともなく、また創発するグラウンデット・セオリー

に関して、さらなる理論的な洞察を生みださない状態のことである (Charmaz, 2008)。

調査期間は 2013 年 8 月～9 月でギャンブラーの家族個人に面談し、インタビューする形式をとった。質問内容は調査期間全体を通じて以下の 8 項目で、家族から見てどうであったかという視点で研究者の質問に応じて随時語ることを依頼した；1) 1 日のうちギャンブラー本人 (以下、本人とする) と家族が過ごす時間とその時の本人の様子、2) 本人がギャンブルを始めたきっかけと、ギャンブルしている時間や内容、のめりこみ方の変化、3) 本人の精神的状態や症状及び変化とそれに対する本人の認識、4) 社会生活への影響とそれに対する気持ち、5) ギャンブルの状況やギャンブルに対して抱く思い、6) ギャンブルをしている自分に対する捉え方、7) 他者からギャンブルに関する指摘を受けた経験の有無と内容、その後の変化、受け止め、8) 治療経験の有無と内容。尚、これらの 8 項目についてはそれらが出現した時期を確認し、対象者と研究者がともに時間的経過を把握し照合するよう努めた。

さらに、インタビュー終了後に、次に挙げた内容で質問紙調査を行った；1) 対象者の属性、2) 既往、3) 治療経験・SHG 参加・施設入所状況、4) 医療・SHG の情報入手経路、5) ギャンプリング尺度、6) SOGS。尚、SOGS は臨床現場における病的賭博のスクリーニングとして Lesieur と Blume により開発された尺度 (1987) であるが、本尺度の利用において DSM- 診断基準と較べて一般市民における病的ギャンブラー数を過大に評価する傾向が報告されている (Stinchfield, 2002)。しかし、本研究では対象の条件に示した通り、既に SHG もしくは回復施設に繋がっている者を対象としているため、SOGS による過大評価の影響は受けにくいと考え、対象条件を満たすことを確認するための尺度として採用した。

厳密性、真実性の担保

本研究では、研究計画立案から分析に至る全ての過程でアディクション治療に携わり、かつアディクションに関する研究実績のある指導者より専門的知見に関する助言を得た。また、質的研究法を手掛けている研究者から分析内容についてスーパービジョンを受けるとともに、精神科領域の研究に携わる数名の研究者と、データおよび分析結果についてディスカッションした。さらに、対象者に分析結果を提示するメンバーチェックングにより確実性を高めるとともに、論文中に詳細な記述をすることで厳密性、真実性の確保に努めた (麻原ら, 2007)。

倫理的配慮

本研究は筑波大学医の倫理委員会の承認を得て行った。本研究の実施にあたり、施設責任者に研究概要とインタビュー内容を文書及び口頭で説明し承諾を得た。また研究協力者には個人のプライバシーの保護に最大限に留意すると共に、自由意思による参加、同意の撤回等について文書および口頭で説明し、同意書への署名をもって同意を得た。

研究 2 : 病的ギャンプリングと家族関係に関する家族・当事者のアンケート調査

対象

病的ギャンブラー (PG) の家族の自助グループを用いる家族に対して質問紙調査を行った。同時に PG 当事者の (Gamblers Anonymous 以下、GA とする) に通う者、及び依存症回復施設に入所する病的ギャンブラーに質問紙調査を行ったが、当事者は対照として用いた。

手続き

PG 当事者および家族の自助グループの利用者に質問紙を配布した。調査の趣旨や方法、倫理的な配慮を書面で説明し、了承した人に質問紙を記入してもらい、これを返信用封筒に密封の上、郵送にて回収した。家族からは 204 名、当事者からは 176 名から回答が得られた。この

うち欠損値が多かったものを除いた、当事者 165 名、家族 167 名について分析を行った。

評価項目・尺度

・基本属性

年齢、性別、現在の職業、過去の職業、1 週間の平均労働時間、家族構成についての回答を求めた。

・**病的賭博のスクリーニング・テスト SOGS (South Oaks Gambling Screen)** : 臨床現場における病的賭博のスクリーニングとして Lesieur と Blume (1987) により開発された 16 項目で構成される尺度である。

・**ギャンブルの動機・影響・対処の質問票** : 研究者が作成した自作の質問項目で、ギャンブルをする動機、影響、そうした問題への対処行動について、尋ねた。回答は、「1. とても当てはまる」～「5. 全く当てはまらない」の 5 件法により評定を求めた。

・**FACESKG -8** : オルソンが家族機能の測定用具として開発した円環モデル FACESKG -8 を立木研究室が日本の文化に則して、独自の質問紙として作成した第 4 版である。円環モデルは家族の集団凝集性を意味する「きずな (cohesion)」と家族の内的・外的圧力に対する家族の変化の柔軟性を意味する「かじとり (adaptability)」の 2 つの独立する概念から構成されている。「きずな」次元は家族の凝集性の程度によって、低い方から <バラバラ (disengaged)>、<サラリ (separated)>、<ピッタリ (connected)>、<ベッタリ (enmeshed)> に分けられ、「かじとり」次元は <融通なし (rigid)>、<キッチリ (structured)>、<柔軟 (flexible)>、<てんやわんや (chaotic)> に分けられる。「きずな」・「かじとり」の両次元ともに中庸に近づくほど家族機能の健康度が高く、極端に近づくほど病理度が高まるとされている

(西川、2006)。それぞれ、かじとりは -2 未満が「融通なし」、-2 以上 0 未満が「キッチリ」、0 以上 2 未満が「柔軟」、2 以上が「てんやわんや」を示す。また、きずなは -2 未満が「バラバラ」、-2 以上 0 未満が「サラリ」、0 以上 2 未満が「ピッタリ」、2 以上が「ベッタリ」を示す。

・**K6** : Kessler ら (2002) が開発し、古川・大野・宇田・中根 (2003) が日本語版を作成した、気分・不安障害等のスクリーニング・テストである。日本語版の信頼性、妥当性は川上ら (2006) によって評価されている。K6 は 6 項目からなり、「まったくない」(0 点)、「2. 少しだけ」(1 点)、「3. ときどき」(2 点)、「4. たいてい」(3 点)、「5. いつも」(4 点) の 5 件法で回答を求めて得点を取点し、6 項目の合計得点で評価する。川上らは、軽症の気分・不安障害を含めてスクリーニングをする際の最適カットオフ点を 5 点以上としており、本研究では回復途上にあり、精神的に比較的安定している者が対象と考えられるため、5 点以上と気分・不安障害のカットオフ点として採用した。

倫理的配慮

本研究は筑波大学医の倫理委員会の承認を得て行った。本研究の実施にあたり、施設責任者に研究概要とアンケート内容を文書及び口頭で説明し承諾を得た。また研究協力者には個人のプライバシーの保護に最大限に留意すると共に、自由意思による参加、同意の撤回等について文書および口頭で説明し、アンケートの返送をもって同意を得た。

研究 3 : 債務問題支援機関における病的ギャンブル問題に関する調査研究

対象

調査対象は 20 歳以上で、関東圏内の債務問題への支援を行っている関連機関における多重債務問題相談者 104 名とした。

研究手法

多重債務問題相談者に対し、日本語 SOGS 短縮版を用いて調査を行う。

・**質問票の内容:**ギャンブルの深追いの有無、ギャンブルの問題の自覚の有無、ギャンブルが原因による同居者との口論の有無、ギャンブルが原因による借金返済不能の有無、ギャンブルが原因による借金(家計、サラ金・闇金、銀行・ローン会社)の有無に関する質問を行った。

倫理的配慮

本研究は、独立行政法人国立病院機構久里浜医療センターの倫理委員会の承認を得た上で実施した。

・**対象者に対する人権擁護上の配慮:**対象者に対して、書面にて 調査の趣旨、方法、 データは調査目的のみに用いられ、個人情報 は外部に漏らされないこと、 協力は自由意志であり、調査票の提出後であっても、希望があった場合、速やかに調査を中止することを説明した上で、調査協力の同意を得ることとした。

個人情報の保護の方法については、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。協力機関にて作成したデータ票は、USB メモリーに保存の上、書留で郵送することとした。対応表は、研究終了後処分する。

・**対象者に対する不利益・危険性への配慮:** 調査を受けることでの対象者の不利益はないことについて説明を行った。調査に対する質問や意見、万が一何らかの不都合が生じた場合にすぐ連絡できるよう、調査者の連絡先を記した説明書を配布した。

C. 研究結果

研究1の結果

1. 対象の概要

インタビュー当時の平均年齢は 43.6 歳 (SD : 9.7 歳、33-64) であり、対象者全員がギャンブラーの妻であった。また、職業はパート・主婦がそれぞれ 2 名 (各 25%)、会社員・カウンセラー・介護職・教師がそれぞれ 1 名 (各 12.5%) であった。家族が本人を評価する視点で SOGS の回答を求めた結果、平均得点は 16.5 点 (SD : 1.8 点) であった。

既往歴のうち、特にアディクションと関連するものを示す。既往のあるもの、傾向のあるものについて、家族から本人を見るとどうか、という観点から回答を得た。その結果、既往ありの回答があったものは女性のみであった。また、傾向ありの回答を見ると、鬱、アルコールが各 3 名、買い物、タバコ、気分障害が各 1 名であった。

医療機関、もしくは SHG の情報については、インターネットが 6 名、書籍・雑誌が 3 名であり、これらの手段で情報を得た後、クリニックや保健所、依存症セミナーに行き、病的ギャンブリングや SHG の詳細な情報を得ていた。

2. 分析結果

最終的にギャンブル問題に関する認識の変化には 4 つのステップがあり、理想のパートナーを追い求める、青天の霹靂の如く借金に遭遇する、怒りと不安が交錯する、追い込まれ、治療や施設に結びつく というプロセスを経ることが明らかとなった。このプロセスを説明するために、まず全体の要約であるストーリーラインを示し、その概念の説明をしていく。

1) ストーリーライン

厳しい躰、親からの期待等を受け、親の意に沿うよう <自分を抑える> という幼少期を過ごす。両親をはじめとした周囲の大人がギャンブルをする・しないに関わらず、ギャンブルに対する否定的な感情を抱いてはいない。ギャンブラー本人と出会ったときにギャンブラー本

人がギャンブルを知っている場合とそうでない場合があるが、借金をしてまでギャンブルをしているとは思えない。ギャンブルに親和性のある者はギャンブラー本人と「一緒にギャンブルを楽しむ」が、一瞬でお金が消えることに衝撃を受ける、あるいはギャンブル場の環境に不快感を覚え、「ギャンブルに交換を持てない」者もいる。さらに、自分の思うような男性であってほしいとの思いから「相手を支配する」者もいる。

妻は夫が「ギャンブルしているとは思わない」。また、妻自身も仕事や育児に忙しく、夫が「つじつまの合わない言動」しても目を配る余裕がない。このような状況であり、妻は夫から家事や育児の協力を得たいと思い、お願いをするものの、帰宅が遅い、あるいは休日も仕事に出かけてしまい「協力が得られない」。このことから、夫は家にはいない存在となり、妻が「夫の役割を果たす」ことで「家庭を維持する」。日常に翻弄されるため、妻は夫について「何かがおかしい」、浮気をしているのかもしれない等と「別の要因を疑う」ものの、ギャンブルや借金をしていることに「まったく気づかない」。そんな中、ふとした出来事で夫の借金が「不意に発覚する」。妻にとって借金は「恥」や「恐れ」であり、このショッキングな事実を無かったものとするために一括で返済する、あるいは家族が返済計画を立てて本人に返済させる。さらに、借金をした夫に対して「怒り狂う」、ギャンブルを継続していないかと心配で「追い詰める」などして「コントロールを強化する」ことで夫を何とかしようと思うものの、妻が思い描くようにはいかずにいつもイライラした状態になる。このような対応を繰り返すうちに家族は「何かがおかしい」という思いながらも「病気とは思いたくない」という気持ちと葛藤し、インターネット等を用いてSHGの情報を得て、そこにつながることでギャンブル依存症という病気を知る。SHGに通い始めた当初は夫の借金に問題があると思

い、借金を何とかしようということに意識が向く。夫が病気ということも受け入れがたいが、それ以上に妻が借金を返済すると本人は「身軽になる」ためギャンブルを継続することとなる（いわゆる共依存）という事実は受け入れ難いものである。しかし、ギャンブルをして借金を作ることを繰り返し、自分が何をしていても夫にギャンブルとそれに伴う借金を止めさせることができないという事実に直面し、夫がギャンブル依存症という病気であることを「悟る」と同時に、妻自身も落ちていく自分に直面し、心から他者に助けを求める。ここから、SHGの持つ意味が変わっていく。

2) 家族が病的ギャンブリングを実感するに至るステップ

以下に、(1) 幼少期の環境、(2) ギャンブルに関する認識のステップを示す。

尚、【 】はカテゴリー、< > はサブカテゴリー、【 】はコードを、8名の対象者をそれぞれID1~8とし、データをID-Fで示す。

(1) 幼少期の環境

< 自分を抑える >

親からの期待を受け、それに沿うことができるよう努力をする。また、親の意にそぐわない言動をすることで「怒鳴られ」、「気まずい雰囲気になる」という経験を繰り返すことで、そのような状況にならないように振舞っていた。このような振る舞いは自分自身の意に沿うものとは言えないものの、親の期待、あるいは意に沿うことができるよう自分の感情を抑えていたことが語られた。

「中1までは、めっちゃくちゃ優秀で、すごい母親の期待を一心に背負っているような子で(ID3-F)」

「だから父の思いどおりにいけないと、すごく怒られて。父もすごいかんしゃく持ちだったので。自分が似てるなって思ったんですけど

ど、後から。もう、うるさくしてればすごく怒鳴るし。それよりうるさい声で怒鳴って静めさせるし。あと、学生時代に門限とかあって。それを超えると怒られるし。すごい気まずい雰囲気になってしまうので。父と気まずい雰囲気になりたくないっていう思いは。何かにつけて、父が気に入らないと、やっぱり怒られてたので(ID4-F)」

<周囲の大人はギャンブルをしない>

子どもが使用するガチャポンもギャンブルと考え、ギャンブルに対して批判的な捉え方をする家庭で生育した。しかし、後の語りからも、必ずしも親の捉え方をそのまま引き継いでいるとは言えない状況が伺える。

「私の父は賭け事が嫌いな人だったので、孫ができたときにガチャポンってありますでしょう。あれ見たときに、「あれは子供の賭け事だね」って言ったぐらいに、「子供のギャンブルだね」って、欲しいのが出るまでやりたくなっちゃうみたいなのところがありますからね、そんなことを言ってたぐらいの人なんで(ID7-F)」

<狭い世界で生きる>

結婚するにあたり「家庭に収まりたい」という理由から仕事を退職し、家庭という環境が主たる社会生活の場となった。このことで、家族以外の他者との関わりが減少し、結果的に家庭内という空間、つまり<狭い世界で生きる>こととなった。

「結局外の世界を、私は見たことがないので。働いてたといってもトータル5年間だったのでね。そこでこう、それこそ周りと波風立てないように、自分を出さないっていう。それこそ私、結婚するまでの間だからってというようなことを思ってたので。だからちゃんと世間で生きてなかったって

いうか。社会人としての成長はなかったと思うので。で、家庭に収まりたかったんですよ。家庭で威張りたかったんだと思う(ID4-F)」

<心の底に仕舞い込む>

自己表現や他者との関係づくりに課題を抱えていたり、あるいは他者に話すことができない体験をしている。このような課題や体験を抱えつつも相談する、あるいは表現する場を有していなかったために、自分自身の心の中にしまい、感情に蓋をしていた状況があった。

「高校生のとき摂食障害もやってて、そういうこともきっかけ、家族とか仲間とかそういう、ずっとつながり続けてる何かの要因だと思うんですけど(ID8)」

「でも、ちょっと逸れちゃうけど、3人いて、皆ちょっと問題があるというか。私の夫はギャンブル依存症だし、2番目の子は旦那さんがすごい浮気をする人だとか、3番目の子は結婚できないけど赤ちゃんがいたりとかそういう意味では、それこそ私が思い描いていたような、当たり前家庭を築いている人は誰もいない。なんらかの、男運ないよね、私たちとかって言って。最近は3人で喋ることもあまりないですけども、家庭を築くという上では、すごく問題がある。それぞれに問題を抱えている感じで、今生活しています(ID4-F)」

<周囲の大人がギャンブルをする>

周囲の大人、特に、家族にギャンブルが好きな者がいる。その家族とともにギャンブルの予想をしたり、一緒にギャンブルをしたりして育ったためにギャンブルに対する免疫が形成されており、ギャンブルをすることへの疑問や違和感を持たない状況にある。そのため、「ギャンブルに抵抗感が全くなかった」ことが語られた。

「あと私も競馬、うちの父の、父も、私の実の父もパチンコと競馬が好きで、やっぱりうちの中にも若干借金まではしないんですけどそのギャンブルの問題みたいなのは常に、まっパチンコ行って帰ってこないということとはよくあって、競馬なんかも新聞広げて、でもうちの場合は年に1度の有馬記念をみんなでやるみたいな、ちょっとそういう家だったので、何番にする、みたいなのはあって(ID2)」

「私も慣れ親しんだ環境だったので、親も代々家族中がみんなギャンブル好きだったので。はい。なので、ギャンブルに抵抗感が全然なかったので(ID3-F)」

(2) ギャンブルに関する認識のステップ (図1-1)

ステップ1 理想のパートナーを追い求める

元々ギャンブルに抵抗がない、あるいはギャンブルに興味・関心を持っていた者は、本人と一緒にギャンブルを楽しむ。一方、ギャンブルを好まない者は、ギャンブルやそれをする本人に対して抵抗を示したり、自分の意に沿うような方向に事が運ぶよう働きかける等をする。

ここでは、妻(彼女)が付き合い始める前、あるいは付き合い始めた頃から「世話焼き」をする等し、相手を自らの理想に叶うように働きかけることを示す。

<一緒にギャンブルを楽しむ>

ギャンブルに抵抗を示さない、あるいは興味・関心がある者は、本人とギャンブルを一緒にすることで楽しみを共有している。

「お付き合いしてる時から二人でパチンコ屋さんに行って、ということはずっとしてましたね(ID1-F)」

「なんで主人も話をしたりとか、最初に出掛

けたのは有馬記念ですからね。そう。場外馬券場に一緒に遊びに行きたいな。そう、初デートになるのかな、朝から出掛けたのはそこですね(ID2-F)」

<ギャンブルに好感を持ってない>

本人に誘われギャンブルを経験し、「お金があっという間に」なくなっていった体験をする、あるいはギャンブルによりすさんだ生活をしている本人を見て更にギャンブルに対する抵抗感を示す。

「最初、パチンコをやってみようよと誘われて、付き合ってたのどのくらいのときか忘れたんですけど。一回、私、一度もそういうのをやったことなかったんですけど、面白いよと言われて行ったんだけど、タバコとか音と、あの環境と、後は自分が使ったお金があっという間に、何分とかでなくなっちゃったっていうのがショックで、二度とやるまいと思って(ID4-F)」

「でも、付き合ってくださいって言われた時にパチンコする人は嫌だなんて思って。その頃彼の生活は結構ぼろぼろだったんですよ(ID6-F)」

<相手を支配する>

出会った当初は相互にコミュニケーションをとっていたものの、本人と一緒に過ごす期間が長くなるにつれて気になる点が出現し、無意識のうちに「世話焼き」をする等して相手を「コントロール」したいという欲求が出現し、「共依存みたいな形で相手を支配しようとする」ようになる。

「そう、無理矢理主人と私で、私もいわゆる共依存みたいな形で相手を支配しようとする力が多分強くて、子供を一人で育てるみたいなことは出来ないといって、結婚してもらわないと困るとか、戸籍をなんとかしないと

困るみたいなことを言ってなんとか自分の思う通りにしようしようとして、で、やってみましたね(ID2-F)」

「それでとにかく彼をコントロールしたかったし、自分の一部だから、自分の一部がちゃんとなっていないのが、もう。とにかくやる、そこが病的なところで、彼をちゃんとしないと、自分の事ができないから、あなたが早くちゃんとまともになって欲しいとずっと思ってたんですよ(ID4-F)」

結婚後、妻は家事や育児を手伝ってほしいという思いや一緒に過ごす時間を持ちたいという思いから、更に本人への「要求」が強くなる。そのため、【自分の意に沿う夫にしようと手を尽くす】。その結果、「喧嘩しないことのほうがない」状態となる。それに伴い本人は「仕事」という理由から、これまで以上に不在とすることが多くなる。このことが妻は「要求」を強め、結果的に「喧嘩」することとなり、本人は「そこから逃れ」ようとする。

「要求ばかりでしたね。なんでももっとこうしてくれないの、なんでもっとこの子にこうしてくれないのとか。なんで私に対してもっと優しさが無いの、みたいな。そんな追求の仕方をして、なんか気づかせようとしてたんですかね。そうですね。その時はもう、自分の愛でこの人を変える、ぐらいの。後半はですね。 にいる後半は、なんかそんな感じになってたと思います(ID1-F)」

「要求をすると怒る感じで。「仕事なんだからしょうがねえだろう」みたいな感じになって。そういうのがますますひどくなっていった。それで、発覚する1、2年前には子供にもあたるような感じになってて(ID6-F)」

「どんどん私が追いつめていくし、彼を。彼はそこから逃れたいと思ってギャンブルに行くし。(～中略～)それがあつた時というか、気がついたら喧嘩しないことのほうがない

というか、どんどん私は彼をコントロールしていきたくなつたし、彼はそこから逃れたいなつていったし。気がつけば般若のような顔をしてる時があるくらいになつていて、喧嘩の内容というか、なんていうのかな、やつてることつていうか、ほんと病的で(ID4-F)」

ステップ2 青天の霹靂の如く借金に遭遇する

このステップにおいて中核となるカテゴリーは「ギャンブルしていることを知らない・しているとは思わない」、借金発覚後に「ショックを受ける」の2カテゴリーである。

本人がギャンブルの仕事に就いている場合、あるいは仕事上常に帰りが遅く、週末も仕事に出かける場合、ギャンブルをしているのか、あるいは仕事をしているのかわかりにくい状況にある。

また、妻は本人が「ギャンブルしているとは思わない」し、妻自身も家事・育児や仕事に追われて「ギャンブルには意識が向かない」。日常に追われる妻は、本人に対して家庭内の事を少しは手伝ってほしい、少しは話を聞いてほしいと思ひ、そのことを要求する。

このような中、日々の生活において夫が「辻褃の合わない」ことを言つてその場から逃れようとしている印象を受けることがある場合でも、妻は夫の言葉を信じなくてはいけないと思ひ込み、不安・不満を解決するための方策を取ることができない。この時、夫がギャンブルやそれに伴う借金という事実を妻に隠してあり、そのことで更に辻褃の合わない状況となるため夫婦間の関係がゆがむという状態が引き起こされる。これにより妻は、夫には頼ることができないのだという諦めに至り、「家族の事は妻が担う」ことで「家族を保ち続ける(努力をする)」。このような状況下で、不意に「借金が発覚する」。

予期せぬ、多額の借金という事実の不意に直面することとなつた妻は「ショックを受ける」。

借金はなかったものにしたいために「一括返済」し、夫が「病気とは思わない・思いたくない」ために「叱責する」ことで、借金する夫を「何とか更生させようとする」。そして、多額の借金をすることは「二度目はないだろう」とも思うことで日常を取り戻す。並行して、妻は夫が借金の事実をひた隠しにし、辻褄の合わない言動をして嘘をつき続けることに疑問を抱き、その原因を探るために「SHG に繋がる」。SHG に繋がり、これまでの「自分を振り返る」こととなり、借金の尻拭いという選択を取らなくなる。

<ギャンブルに気づきにくい環境>

ギャンブルの仕事に就いている、あるいは週末にも仕事がある場合、家族は本人がギャンブルしていることに気づきにくい。

「いや、もうネットで競艇をやっているの、全然分かんなかったです。タバコ臭いとかもないので、パチンコ行っているわけでもない。なので、インターネットで投票しているので、全然分からないですね(ID3-F)」

「外出して、これがマージャン、これが仕事とか、全然分からないですし(ID5-F)」

また、そもそも【ギャンブルしているとは思わない】のであれば、そのような発想自体をせず、疑念を持つことはない。

「いや、もう全然分かんないので、私はまさか彼がまだギャンブルをやっているというのは全く思っていなかった(ID3-F)」

「全くパチンコはしてないと私は頭の中で決めちゃってたから、パチンコやってるなんていうふうにも思ってなかったし。本当にうそが上手なんですよ、全く分からないんですよ。だから……(ID6-F)」

付き合い始めた当初からギャンブルをして

いることを知らされなければ【ギャンブルしていることを知らない】状態のまま過ごすこととなる。この場合も、ギャンブルをしているという発想自体を持つことはない。

「全く知らなかったです。ただ、今、思えばっていうか、クレジットカードを作ったっていうのは知ってたんですよ。それは誰でもお買い物したりするのに(ID4-F)」

「発覚した時に、10年騙されていたというか知らなかったの、あの時にというか付き合い合う時に、付き合い程度のパチンコがこんなにのめり込んでいたパチンコだと知らなかったし、ずっとやってたというのも知らなかったし、借金まであるなんて知らなかったの、びっくりしちゃって(ID6-F)」

また、結婚・出産というライフイベントに遭遇した場合、家族形態が変わる。子どもが生まれた場合、妻は【子育てに集中する】こととなる。この時、家事や育児に対して周囲からの援助が得にくい場合は更に目の前のある現実に対峙することに「必死」にならざるを得ず、夫に関心が向きにくい状況になる。

「家庭内は今思えば私と子供しかいない、赤ちゃんしかいないという状況で、もう訳分からない、あまり覚えてないんですよ、必死過ぎて。帰ってきてても起きない。(～中略～)もう子供の事しか見ないみたいな感じで、ちょっとノイローゼチックだったんでしょね、きっと(ID2-F)」

「子どもも生まれたので、私は子育てのほうに夢中になっていったので、全く借金問題が出てくるとは、これっぽっちも思っていなかったですね(ID3-F)」

<違和感と信じたい気持ちとの間で葛藤する>

本人の「小さいじつじまが合わない」言動に

何かがおかしいという疑念を持つものの、「何かおかしいのかわからない」ために欲求不満な状態となる。一方、夫の言葉を信じなければいけないという認識となり、自分が夫に対して疑念を抱いているという事実を打ち消して【夫の言葉を信じ疑わない】ようにする。

「お金の面もそうだし、言ってることも、だっって好きって言ってたじゃんって思ったのに嫌いって言うてみたりとか。コロコロ言うことが変わったりとか。全体的におかしいっていう(ID1-F)」

「彼と付き合ってからそういうことをしてはいけないという気にさせられてて、もうずっと彼が言ったことを信じる 私っていうふうになんかさせられるというか、なってるんですよ(ID6-F)」

< 夫のいない家庭で奮闘する >

「仕事」を理由に自宅に帰ってこない夫に対し、自宅に帰ってきてほしいと願う妻はその旨を伝える。しかし、「その度にいつも裏切られ」て「夫婦喧嘩」をすることとなる。また、家にいたとしても「自己中心的な感じ」で家事や育児といった家庭内での仕事に対する【協力を得られない】。このような状況であるため、家庭の役割を妻が全て担わなければならず、妻が【夫の役割も果たす】こととなる。

「帰ってきて欲しかった ですけど、言ったところで帰ってこないから。強制もしないし。週末婚みたいな感じでした(ID1-F)」

「やっと帰ってきて。土日仕事だからって言うて出かけてちゃうんですね。私は彼がギャンブルをするって知らなかったけれども、とにかく帰ってこないから、「もうちょっと早く帰ってきて、帰ってきて」と言うのでいつもいつも闘ってて、その度にいつも裏切られて「どうしたらいいのかな」って。それで夫婦喧嘩というのはずっとしてました

(ID6-F)」

「そうですね。とても自己中心的な感じだし。今でもそうですけど、帰ってきて、ご飯食べてテレビ見てるか、寝てるか、どっちかみたいな感じでしたね。それがやっぱり、不満だったと思う……分らない。分らないですけど(ID1-F)」

「家に帰っても全部一人でやらなきゃいけないので、それも大変だったことで(ID2-F)」

「子どもに対するお父さんの代わりも休みにしなきゃいけないし。休みに、自分は車を運転できたので、車を運転して、二人の子どもと公園行って遊ばせたりとか。たまに母子家庭みたいなおうちもあるので、そのお宅のお母さんとお子さんを乗っけて、皆で公園に、休みの日に遊びに行つて。でもう、平日はお母さんやって、頑張りましたね。そうです(ID5-F)」

< 家族の在り方を考える >

家庭での役割を果たさない夫に対して不満があるものの、「別居とか別れるとかいう発想」は持たずに【家族を維持する】努力をする。一方、すれ違いの生活であり、喧嘩も絶えない状況となると、【離婚を考える】家族もいる。

「その時も、本当にこの人、頭がおかしいと思いましたけど、別居とか別れるという発想は全くなくて(ID3-F)」

「夫はまたギャンブルできてたんでしようけれども。私は私で別のところに向いて。でも家族で頑張っていくんだっていう。もう、当時二人子どもが生まれていたので。やっぱりこの家庭も壊したくないし(ID5-F)」

「でもしばらくそういう状態でしたよね。なんかもう、終わりなんだっていう意識でいたんですけど、回復して、もらえるものだけでもえたらいいや、みたいな感じだったんですけど(ID1-F)」

<ギャンブルしているという発想を持たない>

妻は夫が以前、ギャンブルをしていたことは知っていても、今現在も継続しているとは思っていない。そのため、ギャンブルをし続けていることには【全く気付かない】状況にある。しかし、違和感のある言動に「何か原因があるだろう」という思いを抱いており、「浮気でもしているのかな」と、【別の要因を疑う】。

「そうですね。変わった様子もなく、全く、ほんとに知らなかった。やり続けてるっていうことを。知りませんでした(ID4-F)」

「(ギャンブルをしていることは)全然わかんなかったですね(ID8-F)」

「携帯を見ちゃったんですよ、私が。結婚する前からとしてからと、彼の携帯を見たりかばんの中を見たりとかいうのはいけないことだと思って、ずっとしてなかったんですけども。ずっとそういうすさんだ生活が続いて。でも、なにか原因があるだろうから、なんだろう、なんだろう、とっていて。もしかしたら、私は浮気でもしてるのかなって思ったから携帯を見ようかな、と思ったんですけど。彼がずっと携帯を持っているんですね。だから、見れるすきもないし。別にしょうがないか、と。働きには行ってくれているみたいだし、私ももうちょっとして、子供が大きくなれば、働いたりして気も紛れるかなとか思ってたんですけど(ID6-F)」

<不意に気付く>

妻は夫がギャンブルをし、そのために借金を負っているという発想は持っていない。しかし、「行き詰ってくると、彼が話すわけじゃなくて、たまたまばれるみたいな感じ」で言い尽くされるように、日常生活の中の習慣的な、あるいは何気ない行動の中の思いがけない場面で突然借金の事実が発覚する。

「それはクリーニングを出そうと思って、スーツを、なんか入ってないか、スーツ持った途端重いから、財布が入ってるなと思ったんだけど、やたら重いので。私あまり携帯とかお財布って普段見ないんですけど、なんだこりゃって思って中を見た時に、明細っていうんですか、借りてきたお金の。なんだろうって見たら、見たことない額っていうか。いくら一、十、百、千、万って下から数えていっても、あの時300万とかだったと思うんですけど。なんかもう。なんか、なんか、なんか(ID1-F)」

「それは、1回目は本当にしょうもないんですけど、彼が定期入れを立ち上がった瞬間にバサッと落としたら中が全部出ちゃったんですよ。そしたら、サラ金のカードが十何枚バーっと出てきたんですよ。そうです。それで、「あれ、何これ！」みたいになって分かったんですよ、1回目は(ID3-F)」

「いや、もう全然分かんないので、私はまさか彼がまだギャンブルをやっているというのは全く思っていなかったんで、行き詰まってくると、彼が話すわけじゃなくて、たまたまばれるみたいな感じですね、どっちかという。「あ、借金があるんだって」と、「何に使ったの」と言ったら、「競艇」と言われて、「ええ、まだやってんの」みたいな、そんな感じですね(ID3-F)」

<事実に衝撃を受ける>

妻は、想像もしなかった夫の多額の借金という事実に衝撃を受け、「真っ暗っていうか、真っ白っていうか」、現実を直視するには余りに辛い状況に陥り、「本当に不安定」になる。

「それで出してしまってから、やっぱりそれはそれですごくショックなので、親に泣いてみたりとか。お金出してじゃないんですけど、いろんなお金をガツて失ったことに対してのショックで、本当に不安定になって

(ID5-F)」

「やってたのと思って、涙が止まらないは、その時で350万円ぐらいだったかな借金が。あるって分かった時の感じ、えーって。真っ暗ってというか、真っ白ってというか、なんなんだろうってという感じでショックでしたよね(ID4-F)」

<借金を無いものにする>

妻は、予期せぬ多額の借金発覚に衝撃を受ける。妻にとって家族が負った借金は「恥と恐れ」そのものであり、その受け入れ難い事実を打ち消すためにこれまでの貯蓄や保険を切り崩す等して一括返済をする。

「なんだろうな。お金に関してのことであるとか。やっぱり借金をサラ金から借りたっていうと、本当に恥だっというふうに思ったから、誰かに相談するとか、そういう発想が浮かばないんですよね。もう、とにかく400万って言われたら、それ返して、ないものにしないって。そっちに必死になってしまっ(ID5-F)」

「彼はゴメンとか謝ったり、もう二度としないうって、また同じことを言われるんだけど、でもそうやって言ってる姿が信じられないから、その時はもう。だけでも、誰にも言えないし、私もこんなことを。相談も出来ない、こんな恥ずかしいことって、もちろん思ってたし(ID4-F)」

「まあ、言ってみれば恥と恐れですよ。それで返しちゃったんですね。そうですね。まあ、最初は、私もこのサラ金っていう恥と恐れっていうものがあったので、こんな思いをするのは自分一人がいいと思ったので、娘には言わなかったし、そのときちょうど母が東京から家へ一緒に住むようになっていたので、もう母にも知らせないように、こんな辛い思いをするのは自分だけでいいと思って全然言わなかったんですけど(ID7-F)」

「はい。もうその時は慌てちゃって、もう私が長年かけていた生命保険とか、あとは持っていたブランドのバッグとか全部売り飛ばしたりして、もう一括返済しちゃいましたね。その時は、まだ余裕があったので。きれいに、あっという間に、きれいに、魔法のように(ID3-F)」

「それを全部返してしまおうんです。返させるんです。夫に通帳だけ渡して。それで返ってきて、ゼロにしてきてって言って。夫はその100万を残して返してくるんですけど。自分が貯めてた自分の通帳からも、自分がおろしてきて、その現金を夫に渡しちゃったんですよ。だから、自分もすごい世間を知らないというか(ID5-F)」

「その返し方が、私もギャンブラーと同じでね、保険から借りて(笑)返した。なんだか同じことしてたんだ、って後で気が付きましたけどね、ずいぶん経ってから。そんな感じでした。そう(笑)。保険に積むとか家のローンするとかいうかたちで、いわゆる貯金額っていうのはそんなに多くなかったんで、そういうかたちで貯金をするみたいなかたちだったので、郵便年金とか、生命保険とか、ちょぼちょぼ。そうそう、そうです。融資できるお金の範囲っていうのがいくつかあったので、3、4件かな、そんなかたちで(ID7-F)」

<さすがに次はないだろうと思う>

借金が発覚し、「神妙な感じ」で謝罪する夫を見て妻は「もうこれで終わりだろう」と思いつつ、借金をした事実は消えず、もう二度とこのような受け入れ難い事実に遭遇することは無いよう夫を教育する。

「でも、そういうとき彼は神妙な感じで、「もうしない」みたいな感じになるし、私もこれに懲りて、もうしないだろうとは思いましたよね(ID3-F)」

「その後多分問い詰めたんですね、夫を。大分、叱責するような感じで、あんな借金作っ
といて、ぐらゐの感じのことを言って。そし
たら結構、マージャンの借金がかさんだん
だっていうことを聞いたんですね。あ、違う。
ごめん、2回目だ。1回目は仕事の理由で、
それからまた4年間、もうこんなことないよ
うにしてねって言いながら、4年間また過
したんだ(ID5-F)」

ステップ3 怒りと不安が交錯する

多額の借金をした夫に対して妻は怒りを覚
える。さらに、また夫が借金をするのではな
いかという不安に駆られ、そうならないよう
に夫を教育しようとするが、夫からは妻が
思い描くような反応が得られず、その反
応を見た妻は日常的にイライラとした状
態となる。緊迫した家庭環境は子供にも影
響を与え、親を怒らせないような言動を取
ったり、あるいは親の姿を模倣したりする
ようになる。

妻は怒りをぶつける、あるいは言いくるめ
る等して夫を矯正しようとするが、夫の借
金は繰り返される。その状態に疑問を感じ、
原因を探るために<ギャンノンに繋がる>。
この時、自分の夫は「病気ではない」と思
い、「問題は借金」という認識であるため、
借金をする夫を何とかしようとする一方、
借金ばかりする夫を信じられず、不信感
を募らせる。

ギャンノンでギャンブル依存症についての
情報を得て、夫のギャンブルや借金への
対応方法を知る。その中で、自分の言動
も振り返り、自分の問題にも気付くこと
となる。

ここでは、夫の借金発覚後に怒りと不安
の狭間で夫を更生させるために手を尽く
す。しかし、繰り返される借金に疑問を
持ち、原因を探るためにギャンノンに
繋がったことで妻自身も自己の言動を
振り返ることとなった段階を示す。

<昇華し難い感情と闘う>

借金をした夫に対して、とにかく【怒り狂う】

ことで状況を改善しようとする。

「雰囲気か。考えたことが……自分だけは
イライラしてたのが、すごい覚えてます。
いつでも怒れるっていう。私いつでも怒
るよって感じで(ID5-F)」

「喧嘩していましたね。けんかという
か、私が一方的に「死ね」とか言って
いましたね。「死ね」とか、「本当、あ
んななんか死んで保険金で暮らした
ほうがいい」とか、そんなことを
言っていましたけどね(ID3-F)」

「私も心配になっていろいろ聞くけども、
答えが響かない納得できない、す
ごく微妙につじつまが合わない気が
するなと思って。でも証拠がない
から突き出して言えなくてイ
ライラしててって感じですかね
(ID6-F)」

妻は夫を自分の力で何とかしたいとい
う強い思いから、「追い詰めないと
気が済まないみたいな感じ」にな
り、「必要な色んな追い詰め
方」をし、結果的に夫を【追い
詰める】こととなる。

「それは多分、私の執拗ないろんな
追いつめ方とか、怒りの表し方
だったりとか、それはギャンブル
に行ってたんじゃないのかと、
そういう問い詰めをする時だ
ったりとかするんだけど、と
にかく喧嘩が絶えなくなって
って、どんどん(ID4-F)」

「そう、しょっちゅうですね。で、
子供が第二子が産まれる時も
女性問題ってまたあったん
ですけど、それも私もだめなん
ですけど、携帯をロックして
るんですけど、いつも。なん
か寝落ちしてるんについてん
じゃん、見るとちょうどやり
とりしてるメールがあるん
ですよ。何これ、みたいな。
どうしよう、どうしよう、
追い詰めないと気が済ま
ないみたいな感じ。自分が
(ID2-F)」

借金に直面し、不安と怒りに苛まれるものの、

子育てや買い物、仕事等で気分転換、あるいは他に意識を向けて【意識を分散する】。

「それでもやっぱりなんか一緒に行って買い物したりしてるうちに気が晴れてるとい
うか、自分が多分好きだったんでしょね、
うろろしてるだけで楽しいみたいな。で、
それで子供の用事で児童館に連れて行っ
たり、イオンに行ってフラフラしたり、でも家
帰ってきたらそうですね、自分で家事やって、
一緒に寝るみたいな感じで(ID2-F)」

「母が同居していたので。あと、やっぱり自
分が働いていたので、子どもばかりという
ことも全然なかったですよ。自分も忙しく働
いていたし、うちに帰ってきて、もうご飯食
べさせて、お風呂入って、お風呂入れさせて、
もう寝ちゃうみたいな感じだったし、母も手
伝ってくれていたんで、怒りは夫にはぶつけ
ますが、子どもにはなかったですね
(ID3-F)」

<子供が影響を受ける>

妻は夫に対して日常的に怒りをぶつける。時
に、その怒りは子どもにも向かう。そのような
場面にさらされ続ける子どもは母親の姿を模
倣する、あるいは怒りから身を守る術を身に着
ける。その姿を目の当たりにし、妻は自分の言
動を振り返ることとなる。

「私が支配、コントロールしてたんですよ、
なのでそれを妹にやったりしてますね。片付
けなさいとかいって、片付けないと叩くぞ、
パチーンみたいな。ドキッとします。私じ
ゃん、みたいな。叩くのはやめようね、って
言うんですけど、やってんだな、みたいな
(ID2-F)」

「あれ、怒らなくていいのかって思って。そ
れまで子どもがちっちゃかったりした時に、
怒ると絶対防御するんです、こうやって。ぶ
たれないように。それほどバンバンぶってた

し、怒ってたし。怒ってる？ 怒ってる？
とかって言ったりとか。そういわれることで
また腹立てて怒ってたりしてたんですけど
(ID5-F)」

<コントロールを強化する>

妻は「お父さんにちゃんとなってもらえば」
と、夫を教育する。それと同時に、家計を維持
するためにやりくりしつつ、借金の返済計画を
立ててそれに従って夫に借金を返済させてい
こうとする。

「お父さんにちゃんとなってもらえば。それ
さえうまくいけば、私もやりくり頑張るから
とかって。すごく鬼気迫るものを持ってたん
ですよ (ID5-F)」

「1月はそれぞれに返したのを領収書みた
いなのを持ってきたんですね。で、私ね、ま
た私も病気なんですけど(笑) 今まで返し
た領収書みたいなのを全部夫が出してきた
んです。それを全部ノートに貼り出して、会
社別にね。そんなことしちゃって(笑) あ
といくら残ってるんだとか管理しちゃって
(笑) もう私も病気(笑) 今から思うとね。
そう。で、あといくらぐらいだから、いくら
ぐらいずつ、ちょこっとずつ返していこうね
っていう話を筆談ですっとしてたわけです
よね。で、1月は持って来たんです、領収書。
で、それぞれの会社に貼ったんですよ、ノ
ートにね(笑) (ID7-F)」

<消えない借金問題に疑問を持つ>

手を尽くして借金返済をし、夫を更生させよ
うとするものの、借金は繰り返される。この状
況に【何かがおかしい】と思うようになり、そ
の原因を探るために【ギャマノンに繋がる】。

「なんかそういうことで借金の問題という
のがずっと消えなくてなんかちょっとおか
しいんじゃないかみたいなのがあって

(ID2-F)」

「え？」と思って、これはなんかおかしいなと思って、会社に行ってから、もうずっとネット検索していて、ギャンブルとか借金とか病気 というキーワードを入れたら、ギャンブル依存症ということが引っかかってきて、こんなことが世の中にあるのかなと思ったのが、この病気を知ったきっかけですよ。そうです。それでネットを見たのがギャンブル依存症ということを知ったきっかけなんです(ID3-F)」

「でも、これはちょっとおかしいよなあって思って。いろいろ当てはまることですよ、あれは、ギャンブラーの 20 質問とかに。だから、これは依存症なんだなあってことで、すぐにつながった感じですね(ID8-F)」

「一応私も援助職だったので、ああ、パチンコ依存症なんだなあって、すぐギャンブルと GA につながったという経緯ですね(ID8-F)」

「グループとか行くと、話されてることがみんな一緒なんです、家の夫と。何これって、凄い衝撃でした、グループに行った時に(ID4-F)」

<夫を問題と切り離す>

夫の借金が発覚した当初、ギャンブル依存症という疾患があるということを知らないため、【家族も(夫が)病気とは思わない】。

「病気だなんて、その時にも思ってない(ID4-F)」

「まさかそんな依存症みたいなものがあるというのは、全然思ってなくて(ID6-)」

ギャンブル依存症という疾患名を知ってもなお、自分の夫は【大丈夫と信じたい】という意識が働く。夫がギャンブル依存症であると認めることはこれまでの自分自身の頑張りが「間

違い」と認めることにもなると考え、本人のみでなく、家族も自分の夫が【病気とは思いたくない】ため、問題を借金に置き換え、【問題は借金】と「思い込もうとする」。

「だから本人もなかなか認めなかったんですけども、家族も私も、認めなくなかったんです。夫がマージャンなんかで数百万も借金を作ってしまう人だっているのを、本人よりも強いくらいだったと思うんです(ID5-F)」

「でも不思議な感じがしたというか、病気だあって、私もなかなか認められなかったんです。ギャンブルの、ギャンブラーのことも。ギャンブルするっていうのも、病気だなんて信じられないと思ってたし(ID4-F)」

「頑張ってきたし、とかって。それが間違っていて認めたら、もうなんか、今までの人生そのものが意味がないものになっちゃうじゃないけど、別になくてもいいんですけど。でもなんか、そういう間違いとか、失敗したとかっていうことを、認めなくなかったので(ID5-F)」

「はい。全くギャンブルの借金以外に嫌なところというのは全然私にはなかったんですよ。優しくて温和で、私の言うことなんでも聞いてくれて、子煩悩で、すごくまめに子どものこともみてくれて、もう本当穏やかで。別に頭もいいし収入もよくなっていったし、本当に嫌なところが全くなかったんです。でも借金だけが問題とって思っていました。はい。理解ができなかったですよ(ID3-F)」

「それが自分で思ってる世間的にいい家庭であったりとか、世間的にいい奥さんだったりとか、いい家庭だったりとか。いい暮らし、世間的に。理想のっていうふうに思い込んでいて。それを疑う余地を私はなくって。でもなんか本当に邪魔するのは夫の借金って思ってたので(ID5-F)」

「で、ちょっと様子を見て借金止まればなん

とかなるかもしれないという、なんか一筋の自分で勝手に作った希望。そこに向かってやってたんですけど(ID2-F)」

<夫の事が信じられない>

繰り返す借金と、それを隠すために語られる嘘とで、目の前にいる夫のことを「信じたいけど、信じられない人」と思い、「多重人格」ではないかと疑う。

「でも、大丈夫今度こそはってやるわけですよ、彼は。ハー、もうなんか涙あり、なんていう感じて言ったらいいんだろうな。あの変な感じていうのかな、なんか。真っ暗ですっていう感じで、簡単に言えないっていう。信じたいけど、信じられない人がここにいるみたいな(ID4-F)」

「依存症なんて知らなかったの、二重人格なのかなと。本当にそういう、なんか病気なのかと思いましたよね。ビリーミリガンとかはやってたじゃないですか。だから多重人格とか、本当にそっちを疑ってました(ID3-F)」

<自分も病気とは思えない>

ギャマノンに行き、ギャンブル依存症という疾患名を知る。そして、妻自身も病気であるといわれるものの、夫が病気ということ以上に「自分自身が病気だってことは、もっと信じられない」。

「家族が病気ですっていうことも言われるんです。ギャマノンでは、ギャマノンのメッセージとしては、家族もギャンブル依存症者から手を離して、自分を生きましようとか。私たちも病気なんて言われるんだけど、なかなか私も自分が病気とは認められないというか(ID5-F)」

「自分自身が病気だっていうことは、もっと信じられなくて(笑)。今、笑えるけど、当

時は自分が病気だなんて思ってないし。ほんと恐ろしいことなんだけど、今も(ID4-F)」
「感じ方.....そうですね。なんで私が? っ て感じてしたけど、最初は。なんで私がこんなところに行かなきゃいけないの、みたいな。そういうやっぱり、まだ自分は上からの的な感じのところがあって(ID8-F)」

<借金への対応策を知る>

ギャマノンに行き、ギャンブル依存症に関する情報を得ることで【回復のイメージを追う】ようになる。

「1番初めにやらなきゃいけないことは、自分が無力なんだなって認めて、現実はもう、こんなぐちゃぐちゃなんだなっていうことを、ちゃんと認めて。自分もすごい重い病気なんですっていうことを心から言うことからしか回復は始まらないのに、私はその土台をそこそこにして、回復した人の話ばかり聞いてて、かな。そうでした(ID5-F)」

ギャマノンでは共通した問題を持つ者と情報を共有することができる。その中で、借金への対応策として【家族が夫を手放す】という方法を知り、実行できるようになる。

「ただ債務整理をして、もう利子とか付かない状態にして、それで主人のほうのお母さんが返してしまっ。それを主人は、このあと返していくって感じでいく予定らしいんですけど。もう私は何もノータッチで、それは(ID8-F)」

「額は少なかったですけどどうしても埋め合わせしなければいけないお金が20万くらいあると言われて、でも私はギャマノンにながってたので、そんなお金は出せませんみたいな(ID2-F)」

<自分自身の問題に対峙する>

ギャマノンに通うことで、【自分の問題を知る】こととなる。初めはその問題に気づかない、あるいは自分には問題がないという思いに駆られるものの、複数回通ううちに【自分の問題に気づく】ようになる。

「なんとなくだけど、こっち側にもなんか問題があるらしいかな、みたいなくらいだったんですけど。ギャマノンに通い始めて(ID1-F)」

「今考えると、旦那さんもすごい病気なんだけど、自分もすごく病気なんだなって。自助グループの仲間内でも、あなた重いよってよく言われてたんですけど、多分そうだと。多分というか、本当にそうなんだ(ID5-F)」

「書いてあるように何もしないっていうことだけはしてこなかったなっていうのが1番最初の印象で、無力、何もしないって捉えたんですけど、その時、何もしないってことだけしてこなかったな、そっかって、なんかすごいストンと入ってきて。それからちゃんと通うようになっていったんですけど、ギャマノンに(ID1-F)」

「もう6回も行く前に、3回ぐらいで、「あ、私がおかしいんだ」ということに気がついて、あの家もおかしい、私が生まれ育った環境もやっぱりちょっと普通じゃないんだということが分かって、もう衝撃でした、それが(ID3-F)」

「そのぐらいから、ギャンブラーをどうこうするとかではなくて、自分の問題として通わなきゃ駄目なんだなって、思うようになりました(ID8-F)」

ステップ4 追い込まれ、治療や施設に結びつく

SHG に繋がり、ギャンブル依存症に関する知識を得ること、自分自身を見つめなおすことで夫に捕らわれなくなる。そのため、<夫と

自分を切り離す> ことができるようになる。他方、夫の症状は進行していく一方であり、それを見ることで反応し、<妻も堕ちていく>。このことで、妻は心の底から他者の助けを求めるようになる。妻は回復のためのプロセスを歩み始めるが、夫は病みのプロセスを歩み続ける。夫が借金に追い詰められ、精神的健康を失った姿に直面した時、妻は「本当にこの病気って駄目なんだな」と悟る。このことが妻に「無力」を実感させ、心から SHG という存在とギャンブル依存症という病気を受け入れ、回復へと向かっていく。

ここでは、夫の症状に反応して妻も堕ちていくものの、夫のギャンブル依存症が妻の力ではどうにもならないことを悟り、回復へと向かう段階を示す。

<夫と自分を切り離す>

これまで夫が引き起こすギャンブルに起因する借金の翻弄されていたが、SHG に繋がることで夫の問題として認識できるようになる。

「その借金やらなんやらって、もう全部本人の問題だしって、ある程度切り離せて考えられるようになったから、ずいぶん楽になれたし(ID1-F)」

「その前にギャンブルのことが分かったから、凄く悩んだんだけど、一人で行ってもらおうと思って、私一緒にいたら、このままお互い病気を進行させるだけだなと思って(ID4-F)」

また、これまで経済的には夫に頼り切っており、夫が借金をすることは家族にとっては死活問題となってしまう。このことが妻の不安を高めていた。そのため、妻も【妻も経済的な自立を目指す】ために仕事を始める。

「ではなんか仕事を見つけなくてはと思って。前に勤めていた会社のとろこで空きが出

るかもって昔言われたことがあったから、頼みに行ってみたり。でもまだそれが1、2年先だと言われたから、どうしようかなと思って、その後ちょうどよくパートの仕事が見つかったから今はパートをして。ゆくゆくはできればもうちょっと、社員みたいな形で働いたほうがいいかなって思ってるんですけど(ID6-F)」

「そこから私自身も、そこからがほんとの始まりだったみたいな感じかな。私も、ちゃんと自分で自分のことが出来る人になりたいって、大人なんだけども、子供なんですよ。自分の世話を、ちゃんと自分で出来るようになりたい、自分と子供のことは、自分で出来るようになりたいって、その時、ほんとに。そこからなんか始まりだった気がしますね。仕事も又、し始めたりとか(ID4-F)」

<妻も追い込まれる>

SHG に繋がり、妻自身も自分の問題に向き合う。これまで「夫の問題」、「借金が問題」、「この問題を何とかしなくては」という意識が働いていたが、SHG に繋がりステップを踏むことで自身に向き合うこととなる。このことでこれまで認識されてこなかった、あるいは蓋をしていた問題が表面化し、【追い詰められる】ことで【妻も堕ちていく】。

「もうその時の雰囲気、分かった時、三回目が分かった時の。家の雰囲気.....なんだろうね、変な感じっていうか.....なんだろう、私自身は、四方八方塞がれたっていう感じで、身動きが取れないっていうか、どうしていいのか分からなくて、毎日泣いてて。(～中略～)そうなんです。異常な雰囲気。もう殺伐としてますとか、そういう感じじゃないんですよ。異様な雰囲気の家の感じ。ちょっと言葉で表すのは難しいんですけど(ID4-F)」

「そしたら、あ、なんか自分がもう、これ聞いてたら壊れていくなっていうか、駄目にな

っていく感をすごく受けたので、硬いものを指に挟んで思いっきり顔をガンガン殴ってたんですよ。(～中略～)車の中なんですけど、馬乗りになるくらいの勢いで。もう、ガンガン、ガンガン顔殴ってて。そういう自分になった時に、底つきだったですね(ID1-F)」

「ものすごくきつくて。それで、自分が買い物依存になって行って苦しみましたね。そこから買い物依存が発症しちゃって、自分自身が。逆に。もう借金だらけになりました(ID3-F)」

<他者に助けを求める>

借金をする夫を「どうしていいか分からなくて、とにかく藁をもすがる思いで」SHG に繋がる。そこで、初めて他者に「助けてください」と言うことができる。

「私はどうしていいのか分からなくて、とにかく藁をもすがる思いで、その時繋がったんだけども、一方で他人ごとというか、彼は。病気がしい、そうらしいっていうのは、多分、その時思ってるんだけど。なんとか、まだなるだろうっていう感じっていうのかな(ID4-F)」

「ただこういうスピーカーがあるらしいよっていう話を聞いて、先行く仲間の話を聞きに行ったりっていうことは何回かしてましたけど、ミーティングというかたちで出たことなく。初めてその時に、息子さんが繋がった仲間に、実はこれこれこういうことがあって、もう何も考えられないんです。助けてくださいって言えたんですよ(ID1-F)」

<病気の夫に直面し、悟る>

夫の底つきに直面する、あるいはSHGで仲間の話を聞くことで、妻も「旦那のギャンブルの問題は私にはなんとか出来ないんだ」と実感する。このことで「初めて無力になれた」こと

に気付く。

「ある意味、それまで自分が学んできたことの知識として、私の中では両手を広げていつでも待ってたというか、ダメダメなあなたでも全然かまわないし、みたいな感じでいたのにも関わらず、本当にこの病気で駄目なんだなって。こっちがどんなにどうこう思っても、ああ、駄目なんだって思ったんですよ、正直。その時初めて無力になれたような気がしますね。ああ、本当に駄目なんだなって。悲しかったですけど(ID1-F)」

「やっとギャマノンに繋がって私もいろいろ見ていくうちに、なんだこうだったのか、っていう旦那のギャンブルの問題は私にはなんとか出来ないんだって知って、それ知っただけで随分変わったみたいなんですね(ID2-F)」

<回復の可能性に賭ける>

「嘘」をつき続ける夫に希望を持たず、「離婚」を考える。しかし、「すごいそつきも病気なんだったらば」と思い、回復に賭けたいと思うようになる。

「離婚してひとり立ちしようと思ったけども、これがもし病気なんだったらば、しかもすごいそつきも病気なんだったらば、ここで治るんだったらここに懸けてみても1回ぐらいやってみてもいいんじゃないかなって思って(ID6-F)」

<妻が自身の回復を感じる>

こでまで「平気で怒ってた出来事」に遭遇した際、怒らない自分に気づく。このことが、妻自身に回復を実感させる。

「ギャマノン行って、3ヶ月ぐらいに、それまで平気で怒ってた出来事に出くわしたんですね。その出来事があったのに、まあいい

やって言って、怒らない瞬間があったんですね。で、あれって。なんで私怒らないんだろうって思って。で、家にそうやって帰ると、あんまり怒ることがないっていうことに気付いたって(ID5-F)」

研究2の結果

1. 対象の概要

当事者アンケートと家族アンケートにおける当事者の平均年齢は各々41.5±10.9歳、41.8±11.7歳とほぼ同じであった。家族アンケートで回答した家族自身の平均年齢は51.1±12.5歳であった。性別は、当事者アンケートと家族アンケートとも男性が90%を占め、家族自身は9割近くが女性であった。家族の当事者との関係では配偶者が51.8%で最も多く、以下子ども22.9%、母12.3%、その他6.6%、父5.4%であった。家族状況としては、当事者アンケートでは2世代同居26.8%、2世代同居(親と同居)22.0%、単身世帯25.0%が多く、家族アンケートでは2世代同居(子と同居)42.2%、夫婦のみ27.7%が多かった。当事者の職業について多い割合であったものは、当事者アンケートでは、サービス業38.5%、販売31.1%、専門的・技術的職種26.1%であり、家族アンケートでは、事務44.1%、専門的・技術的職種30.4%、サービス業22.4%であった。

2. SOGS

行っていたギャンブルの状況を表2-2に示した。1週間に一回以上おこなっていたもので10%以上ものは、当事者アンケートではパチンコ90.9%、スロット等のマシン20.9%、競馬16.7%、ナンバーズ・宝くじ・サッカーくじなど10.1%であり、家族アンケートでパチンコ92.0%、スロット等のマシン20.9%、競馬14.1%であった。

SOGS(病的ギャンブルスクリーニングテスト)では全例カットオフの5点以上で15点以上の

重症群が64%を占めていた。

当事者および家族がつけた SOGS 得点の分布を図 2-1 に示した。5 点以上で PG と判断するとなっているが、当事者、家族の評価では全てが 5 点以上で、全員が PG と判断されたことになる。当事者評価では平均値が 15.9 ± 2.9 に対して、家族は 19.2 ± 0.80 であり、有意な得点差があった (ANOVA (Welch 法), $P < 0.001$)。当事者評価では 8 点から 21 点に広く分布しているのに対して、家族表では全て 18 点以上であり、家族は当事者よりも重症度を高く感じている者が多いといえる。

3. ギャンブリングの動機・結果・対処

ギャンブルの動機

ギャンブルの動機に関する因子分析の結果を、表 2-3 に示した。

主因子法により、固有値 1 以上を基準にして因子数を 5 とした。プロマックス回転をした結果を表 2-3 に示した。各因子は「現実逃避・麻痺」「人とのつきあい」「快の感情を得る」「不快な感情を減らす」「金を得る」と解釈した。

各因子に因子負荷量が 0.4 以上の項目について、信頼性係数を調べたところ「現実逃避・麻痺 0.921、人とのつきあい 0.867 快の感情を得る 0.772、不快な感情を減らす 0.694、金を得る 0.773 であり、高い内的一貫性が確認された。そこで各因子に属する項目の相加平均を尺度の得点とした。

本人と家族の 5 つの尺度の平均得点について、比較した結果を図 2-2 に示した。「快の感情を得る」については本人の方が家族よりも有意に高い平均得点であった (ANOVA, $P < 0.05$)。一方、「快の感情を得る」「現実逃避・麻痺」は当事者の方が家族よりも有意に高い平均得点であった (ANOVA, $P < 0.001$)。

ギャンブルの結果

ギャンブリングの結果 (影響) に関する因子分析の結果を、表 2-4 に示した。

主因子法により、固有値 1 以上を基準にして因子数を 3 とした。プロマックス回転をした結果を表 2-3 に示した。各因子は「借金と生活破綻」「期待した効果を得る」「虚無感に悩む」と解釈した。

各因子に因子負荷量が 0.4 以上の項目について、信頼性係数を調べたところ借金と生活破綻 0.773、期待した効果を得る 0.704、虚無感に悩む 0.714 であり、高い内的一貫性が確認された。そこで各因子に属する項目の相加平均を尺度の得点とした。

本人と家族の 3 つの尺度の平均得点について、比較した結果を図 2-3 に示した。「期待した効果を得る」「虚無感に悩む」の両方では、当事者の方が家族よりも平均得点が有意に高かった (ANOVA、期待した効果を得るで $P < 0.001$ 、虚無感に悩むで $P < 0.05$)。「借金と生活破綻」は両群で有意差がなかった。

ギャンブル問題への対処

ギャンブル問題に対する対処に関する因子分析の結果を、表 2-5 に示した。

主因子法により、固有値 1 以上を基準にして因子数を 3 とした。プロマックス回転をした結果を表 2-4 に示した。各因子は「相談・別のストレス解消法」「否認・責任転嫁」「ギャンブル行動の制御」と解釈した。

各因子に因子負荷量が 0.4 以上の項目について、信頼性係数を調べたところ相談・別のストレス解消 0.773、否認・責任転嫁 0.704、ギャンブル行動の制御 0.714 であり、高い内的一貫性が確認された。そこで各因子に属する項目の相加平均を尺度の得点とした。

本人と家族の 3 つの尺度の平均得点について、比較した結果を図 2-3 に示した。「否認・責任転嫁」では、当事者の方が家族よりも平均得点が有意に高かった (ANOVA、 $P < 0.05$)。「相談・別のストレス解消法」は家族の方が当事者よりも平均得点が有意に高かった (ANOVA、 $P < 0.05$)。

4 . FACESKG -8

FACESKG -8 のきずな得点による分類については、当事者の評価の結果では、「バラバラ」13.6%「サラリ」41.4%、「ピッタリ」41.4%、「ベッタリ」3.5%であった。一方、家族の評価では、「バラバラ」22.6%「サラリ」33.9%、「ピッタリ」40.5%、「ベッタリ」3.0%であった。「バラバラ」が多い傾向があり、特に当事者評価では家族評価よりもこの型が多かった。

FACESKG -8 のかじとり得点による分類については、当事者評価で「てんやわんや」14.5%、「柔軟」32.7%、「キッチリ」49.1%、「融通なし」3.6%であった。家族の評価では「てんやわんや」11.2%、「柔軟」33.2%、「キッチリ」50.0%、「融通なし」5.6%であった。

5 . K6 得点

図 2-7 に結果を示した。当事者による K6 得点の所見では、5 点以上の不安やうつ状態の可能性のある者は 60.2%であり、精神健康度の低下している者が多いことが確認された。一方、家族による推測では、75.8%が精神健康低下の状態であるとされた。K6 得点が 5 点以上と判断された者の割合について、家族と当事者で比較すると、家族の方が有意に高い割合であった（直接確率法、 $P<0.05$ ）

6 . FACESKG -8 得点による分類とギャンブルの変数の関係

FACESKG -8 の 2 つの次元である「きずな」すなわち凝集性と、「かじとり」すなわち組織化と、ギャンブルに関する変数の関係を検討した。すなわち、2 つの各次元について標準的な値の群とそれより高い群、低い群の得点によって分けた 3 群の間で、SOGS 得点、ギャンブルの動機、結果、対処を比較した。この 3 群に分けるにあたって、オリジナルの方式で「2 未満」「-2 以上 2 未満」「2 以上」と分けるとどちらの次元でも高い群が極端にサンプル数の少ない群になってしまい、統計的比較が難しくなっ

てしまうので、標準の範囲を狭くとして、「-1.5 未満」「-1.5 以上 1.5 未満」「1.5 以上」とした。この方法を用い、きずな得点にもとづいた 3 群を「弱い絆群」「標準的な絆群」「強い絆群」と名付け、またかじとり得点を用いて分けた 3 群を「低組織化群」「中組織化群」「高組織化群」と命名した。

当事者アンケートの結果による分析

当事者がつけた FACESKG -8 のきずな得点による「弱い絆群」「標準的な絆群」「強い絆群」の間で、SOGS 得点とギャンブルの動機、結果、対処の得点について比較した結果を表 2-6 に示した。ANOVA により、3 群間で有意差があったのは、「現実逃避・麻痺」の動機。「不快な感情を減らす」動機、「虚無感に悩む」という結果、「否認・責任転嫁」の対処の 4 つの尺度の得点であった。この 4 つの尺度の多重比較の結果を図 2-8、図 2-9、図 2-10、図 2-11 に各々示した。4 つの尺度得点とも、強い絆群が最も低い得点で、弱い絆群が最も高い得点であり、「現実逃避・麻痺」の動機。「不快な感情を減らす」動機、「虚無感に悩む」という結果の 3 尺度では多重比較（Bonferroni 法）でこの弱い絆群と強い絆群の間で有意差を認めなかった（ANOVA）。

当事者がつけたきずな得点に基づき分類された「低組織化群」「中組織化群」「高組織化群」の間における SOGS 得点およびギャンブルの動機、結果、対処の得点比較の結果を表 2-7 に示した。有意差を認めた項目はなかった（ANOVA）。

家族アンケートの結果による分析

家族がつけた FACESKG -8 のきずな得点による「弱い絆群」「標準的な絆群」「強い絆群」の間で、SOGS 得点とギャンブルの動機、結果、対処の得点について比較した結果を表 2-8 に示した。ANOVA により 3 群間では有意差のある

項目はなかった。

「低組織化群」「中組織化群」「高組織化群」の間で、SOGS 得点とギャンブルの動機、結果、対処の得点について比較した結果を表 2-8 に示した。ANOVA により、3 群間で有意差があったのは、「ギャンブル行動の制御」の対処の得点のみであった。この尺度の多重比較の結果を、図 2-12 に示した。高組織化群が最も低い得点で、低組織化群が最も高い得点であり、この 2 群間で多重比較 (Bonferroni 法) で有意差を認められた ($P<0.05$)。SOGS 得点では 3 群間では有意差を認めなかった (ANOVA)。

6 . FACESKG -8 得点による分類と K6 得点の関係

当事者アンケートの結果による分析

FACESKG -8 のきずな得点に基づく 3 群の K6 平均得点は、「弱い絆群」 9.6 ± 7.1 、「標準的な絆群」 7.6 ± 6.7 、「強い絆群」 6.2 ± 7.2 であった。3 群間に有意差がなかった。しかし、図 2 - 13 に示す通り、「弱い絆群」と残りの 2 群あわせた群の 2 群間で K6 得点を比較すると、弱い絆群の方が有意に低いという結果であった (ANOVA、 $P<0.05$)。

FACESKG -8 のかじとり得点による 3 群の K6 平均得点は、「低組織化群」 9.5 ± 6.6 、「中組織化群」 7.7 ± 7.0 、「高組織化群」 8.1 ± 7.6 で、3 群間に有意差がなかった (ANOVA、 $P<0.05$)。

家族アンケートの結果による分析

FACESKG -8 のきずな得点に基づく 3 群の K6 平均得点は、「弱い絆群」 13.6 ± 7.2 、「標準的な絆群」 10.4 ± 7.2 、「強い絆群」 7.8 ± 7.2 であった。3 群間に有意差を認めた。多重比較 (Bonferroni 法) の結果は、図 2 - 14 に示す通り、「弱い絆群」と「強い絆群」の間で有意差があった ($P<0.05$)。

FACESKG -8 のかじとり得点による 3 群の K6 平均得点は、「低組織化群」 10.9 ± 7.1 、「中

組織化群」 10.1 ± 7.3 、「高組織化群」 16.0 ± 5.5 で、3 群間に有意差がなかった (ANOVA、 $P<0.05$)。多重比較 (Bonferroni 法) の結果は、図 2 - 15 に示す通り、「中組織化群」と「高組織化群」の間で有意差があった ($P<0.05$)。

研究 3 の結果

1 . 調査期間

調査機関は、平成 26 年 2 月から平成 26 年 12 月までであった。

2 . 調査依頼機関

関東圏において債務や消費生活等の問題への支援を行っている機関、3 か所で調査を行った。

3 . 研究参加者

多重債務問題による相談機関への来所者 104 名に対し調査を行った。

4 . 使用調査票

日本語 SOGS 短縮版を用い、カットオフ値は 2 点とした。

・質問項目

質問項目を下記に示した。

- ・ギャンブルの深追いの有無
- ・ギャンブルの問題の自覚の有無
- ・ギャンブルが原因による同居者との口論の有無
- ・ギャンブルが原因による借金返済不能の有無
- ・ギャンブルが原因による借金(家計、サラ金・闇金、銀行・ローン会社)の有無

5 . 調査結果

調査協力者 104 名のうち 9 名 (8.7%) が日本語 SOGS 短縮版 2 点以上であった。

D . 考察

1 . 質的分析の結果からわかる病的ギャンブラーの家族のプロセスの特徴

理想のパートナーを追い求める、青天の霹靂の如く借金に遭遇する、怒りと不安が交錯する、追い込まれ、治療や施設に結びつくという4つのプロセスを辿っていた。

本研究において、ギャンブラーがギャンブルにのめり込んでいくことに直接的に影響を与えているか否かまでは言及できないものの、1段階よりギャンブラーと家族との心理的距離近さが見受けられた。アディクションを持つ家族の関係、とりわけ夫婦間といった二者関係について斎藤(2009)はBowenの指摘を引用し、二者関係にある者が近づきすぎると相手を失うことを恐れて不安になるという悪循環に陥りやすいと述べている。特に交際中や結婚から第一子誕生までは二者関係となることが多く、この関係が近づきすぎる傾向にあった可能性が推察される。

さらに2段階、3段階をみると、ギャンブラー本人は家族に対してギャンブルをしているという事実、あるいはギャンブルにより負債を負っているという事実を打ち明けることはせず、自身でどうにも処理できない状況となるまで家族はその事実を知らずに過ごしていた状況が明らかとなった。このような状況になり初めて家族は負債の事実を知らされるという経験をする事となり、家族はこの経験を通してギャンブラー本人に対して経済的な意味での安全感や信頼感を失うこととなる。さらに、借金が発覚する2段階とそれに対処しようとする3段階は短期間のうちに出現し、かつ複数回借金を繰り返すという観点から2・3段階を行きつ戻りつしている状況が伺える。病的ギャンブリングは病的ギャンブラーの家族や友人など、身近な人々に対して社会的、感情的、経済的に大きなダメージを与えることが報告されている(Hodgins, Shead, & Makarchuk, 2006; Petry, 2005)。大きなダメージを受けた家族は怒りと不安が交錯するものの、その対処を求めてSHGに繋がっていった状況が明らかとなった。

4段階で特徴的な点は次に示す2点である。1点目は、SHGに繋がることで家族がいわゆる「共依存」に直面することとなり、他者からの援助を要するほどの精神状態となることである。この時、SHGと医療とが連携して対象者の支援をしていくことも必要であろう。2点目は、ギャンブラーがいわゆる「底つき」を迎えることで初めて家族もギャンブラー本人が依存症であるという事実を受け入れるという点である。身体的・精神的・社会的に問題が表面化しやすいアルコールや薬物等のアディクションと比べてギャンブルは問題が見えにくく、そのことで家族がより状態を受け入れにくいという状況を招いている可能性が考えられる。

2. アンケート調査の分析結果からみる病的ギャンブラーの家族関係

アンケート調査では、FACESKG -8およびK6得点と、ギャンブルに関する変数の関係を検討した。当事者アンケートでは、FACESKG -8による「きずな得点」つまり凝集性のレベルが低い群ほど、不快な気分を低減したり、現実逃避するためにギャンブル動機や、ギャンブルの結果さらに虚無感を味わっており、更にギャンブル対処において否認・責任転嫁の方法を用いる傾向が強かった。K6得点もこの「きずな得点」の低い群は、それ以外の群より、有意に高かった。これらの所見からは、家族のきずなを感じられない状況になっている病的ギャンブラーは、現実逃避や気晴らしのためにギャンブルを行うが虚無的な気持ちに陥り、精神健康の低い状態であり、対処としても状況をうけとめない対応に陥っていることが伺えた。家族のきずなを感じられないことが原因で不適切なギャンブル行動に陥っているとい因果の方向性であるのか、不適切なギャンブル行動が家族のきずなを壊してしまうという因果の方向性であるのかは明確ではなく、両方の機序が重なっている可能性もある。

一方、家族のFACESKG -8の結果とギヤ

ンブルに関する変数のあいだでは、当事者の所見とは異なり、きずな得点とギャンブルの動機、結果、対処については認められなかった一方で、かじとり得点では組織化の高い群ほど、ギャンブル問題に対してギャンブル行動を制御する対応が少ないという結果が認められた。また K6 についても、FACESKG -8 の候組織化の群で得点が高く、精神健康が低下しているという結果であった。FACESKG -8 では、家族関係の組織化が行き過ぎるとその役割が硬直してしまい、かえってよくない効果をもつとされており、そうした考え方に一致する結果といえる。家族との関係が硬直化することとギャンブラー本人自身がギャンブルを主体的にコントロールする姿勢が乏しい(と家族が感じること)が関係しているという所見は、いわゆるイネープリングという状況を表していると思われる。今回の家族はギャマノンなどの自助グループに関わっており、イネープリングがかえって本人の自主性を妨げるという見方を学んでいることがこの結果をもたらしている可能性がある。但し、この結果は、当事者では異なっており、過度の役割硬直化の問題は、当事者より家族の方が意識していると思われる。

きずな得点が低い群においては、K6 得点が高いという結果は、当事者アンケートのみならず、家族アンケートでも確かめられており、家族のきずなが感じられないということは、精神健康の低下と関係していることははっきり示されている。

ギャンブラー当事者と家族の認識のギャップは、以上述べてきた FACESKG -8 関連の所見や質的分析以外にも以下のようなものが挙げられる。

- ・家族は当事者よりも、SOGS 得点の示すギャンブル依存の重症度、K6 得点の示す当事者の精神健康状態についてより重症であると認識している。

- ・ギャンブル動機について、家族は当事者よりも現実逃避や人付き合いを強く感じており、快

の感情を減らす動機は少なく感じている。

- ・ギャンブルの影響について、当事者は家族より、良い効果と虚無感の両方ともを強く意識している。

- ・当事者のギャンブル問題への対処法について、家族の方が当事者よりも不適切な対処(否認・責任転嫁)の認識が強く、適応的な対処(相談・別のストレス解消)の認識が少ない。

今回のアンケートを行ったギャンブラー当事者と家族は各々の自助グループで募集している。年齢・性別分布をみると、ある程度重なる家族の当事者とその家族員であると思われるが、当事者の被験者の方が単身世帯と答えた者が多いというように完全には一致していない。従って、両者のアンケート結果の違いが当事者と家族の違いそのものを示しているとは言い切れない。それでも今回の結果は、家族は当事者よりもギャンブルそのものやそれに伴う問題を深刻にとらえており、当事者が現実を十分受け止めないことへの苦しさを感じていることが示されていると思われる。当事者は、ギャンブルの影響をよく見ようとしながらも、虚無感を家族以上に感じているという矛盾した気持ちを抱えている。依存症者自身もある瞬間にはギャンブルをやっているむなしさを感じつつ、別に問題はないという否認的な態度に逃げ込んでしまい、そうした矛盾に曝され続ける家族は本人への複雑な感情に苦しみ、最終的には絆を失ってしまうと思われる。家族に対して、依存症のそうした両価的で矛盾した心理をもっていることなどを伝え、その理解や対応についてサポートしていくことが重要であるといえる。何より家族のきずなを失ったと感じてしまうと不適切なギャンブル行動につながりやすいこと、逆にいえばいろいろなことがあっても絆を完全に失わないでいることが適応的なギャンブルへの認識や対応を持つことにつながりうることを家族に伝えていくことも必要であろう。

なお、病的ギャンプリングの動機・結果・や

対処の尺度は FACESKG -8 と関係が見いだせているのに、重症度を測る SOGS 得点は、FACESKG -8 得点との間に明確な関係が認められなかった理由について検討した。1 つには SOGS が一旦問題があることを認定するとその後改善があっても得点が変わらない指標であることや、当事者のギャンブル問題を否認する傾向などが影響している可能性がある。

3 . 家族への介入についての検討

最後に家族への介入・援助について論じる。

質的分析ではギャンブル問題が深まっていくプロセスが主に明らかになり、その途上での介入が必要であることが示唆された。

特に、今回明らかになったプロセスの 2 段階目の借金発覚から 4 段階の治療や施設に辿りつくまでの介入について言及したい。

ここでまず、家族は借金が発覚した時点で借金の原因をギャンブラー本人に確認することが重要である。本研究において、借金に直面するものの、その原因となった事柄を確認せずに家族が借金返済を補填している状況が伺えた。このような場合、根本的な原因への対処をすることができないために同じ状況が繰り返される危険性がある。他方、一度目の借金発覚時に事実と異なる理由を告げられたとしても、借金が繰り返される場合がある。この時家族が借金とギャンブルとの関連に気付くことができるように、我々医療従事者や行政等は病的ギャンブルに関する情報を提供していくことが求められる。

一方アンケート調査では、その後の病的ギャンブルの成立・継続の過程における家族関係とギャンブル問題の相互作用を明らかにした。すなわち、家族関係のきずなの低下を感じる当事者では、精神健康の低下を来しており、そうしたつらい現実の否認や気晴らし違いのためにギャンブルを行うが、さらに虚無感をもたらし、否認・責任転嫁の対応を繰り返すという悪循環を生じている。家族は当事者より深刻

な状況を認識しており、そのためよけいに、本人の現実否認的なギャンブル行動に戸惑ってしまうといえる。家族に対して、ギャンブルに依存する心理やパターンを知らせ、巻き込まれない対応やコミュニケーションを支援することが重要になる。

以上のように病的ギャンブルの成立過程やそのダメージの深刻化を防ぐためには、自助グループと医療保健福祉などの専門機関が統合的な支援体制を組んで家族にもできるだけ早い時点から介入することが重要であり、支援の手段としては家族が本人の病態に巻き込まれず治療に向かうよう促す方法を伝えることが重要である。近年日本でもアルコール薬物依存症の家族に用いられ始めた CRAFT (Community Reinforcement and Family Training : コミュニティ強化と家族訓練) をギャンブラーの家族に用いていくことが役立つと思われる。

4 . 債務相談における病的ギャンブルの問題

病的ギャンブラーがギャンブルに関連する借金を抱えた場合、基本的には、本人が中心となり債務の問題への対応を検討していくべきである。大切なことは債務を必ず返済しなければならないと意識することではなくて、返済ができなくなってしまった状況について、何が原因となっているかを考えるきっかけとすることである。その上で、個々のケースのギャンブルの問題を深刻化させないために、債務に対してどのように対応するかを検討を行う。債務整理を棚上げする場合(債務があり続けることによるギャンブルへの気分的な抑止効果、自らのギャンブルの問題を考えることに意識を向ける効果)、月々の返済額を低額にして長期間の返済方針を立てる場合(債務が長期間あり続けることによるギャンブルへの気分的な抑止効果、月々の返済額を低額にして生活を切り詰めるというストレ

ッサーを軽減する効果) 債務整理を早目に行う場合(他の併存する精神障害の問題を抱える場合などに、債務を早目に解消することで過剰な不安を軽減し、自らのギャンブルの問題をみつめやすくする効果)等が考えられ、他にも有効な対応はあると推測される。

債務整理の方法の一つに、自己破産がある。自己破産については、下記の破産法の条項に規定されている。

・破産法 第 252 条(免責許可の決定の要件等)

第 1 項 裁判所は、破産者について、次の各号に掲げる事由のいずれにも該当しない場合には、免責許可の決定をする。

(4号) 浪費又は賭博その他の射幸行為をしたことによって著しく財産を減少させ、又は過大な債務を負担したこと。

第 2 項 1 項の規定にかかわらず、1 項各号に掲げる事由のいずれかに該当する場合であっても、裁判所は、破産手続開始の決定に至った経緯その他一切の事情を考慮して免責を許可することが相当であると認めるときは、免責許可の決定をすることができる。

近年、ギャンブルの嗜癖問題への対応の議論や試みが活発に行われている。ギャンブルが原因であった債務を抱えたとしても、自らの問題と向き合い、誠実に今後への対応を検討している中で、自己破産の手続きが必要となることはあり得る。自らにギャンブルの問題がないと主張し、破産法第 252 条第 1 項の各号に掲げられた問題がないと判断されれば、裁判官により免責許可の判断が下されることとなる。しかしながら、ギャンブルにより債務問題が生じたということを、自らについて援助者らとともに深く考える貴重な機会が得られたことと捉えるのであれば、第 252 条第 1 項 4 号の問題が自らにあることを認めたとうえで、今後の生活の改善策を検討し、第 252 条第 2 項の判断を仰ぐという考え方のほうが自然に感じられる。

今回の調査では、多重債務の問題を抱える者

の 8.7%に病的ギャンブルの可能性があるとの結果を得た。今後の債務整理等への影響が生じないように調査参加者の個人情報保護には最大限配慮し、性別や年齢等の個人を識別するデータとの突合せは行わないこととしたため、どのような群に病的ギャンブルの問題が多くみられたかについては評価できていない。しかしながら 2013 年度の樋口らの調査と比較しても、少なくとも同等程度のギャンブル問題との関連がある可能性が示唆された。

多重債務問題を抱える方々への介入や支援のあり方については、慎重に考えていく必要がある。病的ギャンブルは、慢性進行性の経過をたどる場合だけでなく、挿話性(ギャンブルの問題が深刻化した後でもギャンブルが止まり得る)の経過をたどることが知られている。

現時点で止めることができているギャンブルについて、自らに問題があることを自覚することは難しい。このためギャンブル問題の支援機関につながる前の早期の段階では、より丁寧な対応が必要となる。ギャンブルの問題が本人にあるということ突きつけるだけの介入は、拒絶感を強く持たれてしまうという逆効果になってしまうこともある。債務問題を扱う担当者は、ギャンブルを含め、どのような問題が生活を困難にさせているかということ相談者とともに考えていくために、詳細な情報収集や問題整理を行うことが必要と考えられる。

E. 結論

病的ギャンブラーの家族関係に関する質的分析より、病的ギャンブルの成立過程における家族の認識が、理想のパートナーを追い求める、青天の霹靂の如く借金に遭遇する、怒りと不安が交錯する、追い込まれ、治療や施設に結びつくという 4 ステップを経ることが明らかになった。家族にとっては突然借金の事実を知り、その借金を無いものにし

ようと試みるものの、何度も繰り返される借金に疑問を持つようになる。そこで、家族が先にSHGに繋がったとしても、ギャンブラー本人が底つきを体験して初めて家族は疾患を受け入れるという状況が示された。まずはこの時点で、家族に借金とギャンブルの関係や依存症という見方を家族に示すことで悪化を阻止できる可能性がある。

アンケート調査では、その後の病的ギャンブリングの成立・継続を経た調査時点における家族関係とギャンブル問題の相互作用を明らかにした。すなわち、家族関係のきずなの低下を感じる当事者では、精神健康の低下を来しており、そうしたつらい現実の否認や気晴らし違いのためにギャンブルを行うが、さらに虚無感をもたらし、否認・責任転嫁の対応を繰り返すという悪循環を生じている。家族に対して、ギャンブルに依存する心理やパターンを知らせ、巻き込まれない対応やコミュニケーションを支援することが重要になる。

また、債務問題支援機関における病的ギャンブリング問題に関する研究では、多重債務の問題を抱える8.7%の人に病的ギャンブリングの可能性があると結果を得た。このことより、債務問題を扱う担当者は、ギャンブリングを含め、どのような問題が生活を困難にさせているかということと相談者とともに考えていくために、詳細な情報収集や問題整理を行うことが必要と考えられる。

F. 研究発表

1. 論文発表

- Arai.K., Oka.M., Motegi.E.(2014). Awareness of Pre-Alcoholic Status and Changes in Such Awareness Analysis of Narratives by Male Japanese Patients and Their Families , Journal of Addictions Nursing , 25 (1) .35-40.
- Owaki,Y., Morita,N.: Patient's type falling under the category of alcohol dependence,

harmful use of alcohol, and hazardous drinking and the direction of support in inpatients of gastroenterological medicine department. International Journal of Medical Council on Alcohol and Alcoholism, 49 :18,2014.

- Ogai,Y., Aikawa,Y, Yumoto,Y., Umeno,M., Sakakibara,S., Kadowaki A., Saito,T., Morita,N., Ikeda,K.: Prediction of relapse using implicit association test to Japanese alcohol dependence inpatients International Journal of Medical Council on Alcohol and Alcoholism,49: 8,2014.
- 池田朋広、小池純子、森田展彰、川合勇三、松本俊彦、稲本淳子、岩波明：措置入院指定病院に入院する違法物質使用障害者の実態調査 - 田印字における逮捕群と非逮捕群との比較から - 日本社会精神学雑誌,23(2):112 - 122 2014.
- 高原恵子、森田展彰、大谷保和、梅野充、幸田実、池田朋広、谷部陽子、阿部幸枝、近藤恒夫:薬物依存症者に対する就労支援に関する研究-薬物依存回復支援施設に対する全国調査から- 日本アルコール・薬物医学会雑誌 29(2):104-118 2014.
- 森田展彰:トラウマとアタッチメントの視点から見たアディクションの心理機序と援助、精神科治療,29(5): 593-601 2014.

2. 学会発表

- 森田展彰:薬物使用障害と自殺 - 2つの問題に共通する心理の理解と支援について-、第38回日本自殺予防学会シンポジウム「アルコール・薬物問題と自殺予防」平成26年9月12日.
- 森田展彰:依存症者のもつ子育ての問題に対する支援、平成26年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会分科会「依存症の当事者・家族の多様なニーズへの支援を考える」平成26年10月3日

- ・ 森田展彰, 新井清美, 田中紀子: 病的ギャンブラーの家族における精神健康とその関連要因. 第 34 回日本社会精神医学会, 2015. 発表予定
- ・ 新井清美, 森田展彰, 垣渕洋一, 新貝憲利: 危険な飲酒のプロセスに影響する要因の検討. 第 34 回日本社会精神医学会, 2015. 発表予定

G. 文献

- ・ 麻原きよみ, 大久保功子, 大森純子, 岡本玲子, 萱間真美, グレッグ美鈴, 横山美江, 吉岡京子 (2007). 3. 質的研究の評価基準、『よくわかる質的研究の進め方・まとめ方 看護研究のエキスパートをめざして』(グレッグ美鈴, 麻原きよみ, 横山美江編著) (pp.32-36). 東京: 医歯薬出版株式会社.
- ・ Charmaz, C. (2008). 用語解説(抱井尚子, 末田清子監訳), グラウンデット・セオリーの構築 社会構成主義からの挑戦 (pp.199-201). 京都: ナカニシヤ出版.
- ・ Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D.K., Normand, S.L., Walters, E. F. & Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32, 959-976
- ・ 川上憲人, 近藤恭子, 柳田公佑, 古川壽亮 (2006) 成人期における自殺予防対策のあり方に関する精神保健的研究、平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究 研究協力報告書
- ・ Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188.
- ・ 西川京子, 立木茂雄, 橋本直子 (1998). 家族機能度に影響を与える家族システムのきずな・かじとり因子の計量的研究 アルコール依存症者とその妻に対する質問紙調査の結果から、*家族療法研究*, 5(2) 9-5.
- ・ 西川京子, 立木茂雄, 橋本直子, 横山登志子, 安川友加里 (1999). 家族要因とアルコール問題を持つ Identified Patient (IP) の断酒・飲酒との関連 家族機能、共依存、家族グループ・自助グループ参加などの要因を中心に、*日本アルコール・薬物医学会雑誌*, 34(1) 63-73.
- ・ Polit, D.F. & Beck, C.T. (2010) グラウンデット・セオリー (近藤潤子監訳), *看護研究原理と方法 第 2 班* (pp.260-261). 東京: 医学書院.
- ・ 斎藤学 (2009). 第 7 章 怒りの渦巻く家. 依存症と家族(pp.155-173). 東京: 学陽書房.
- ・ Stinchfield, R. (2002). Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). *Addictive Behaviors*, 27:1-19.
- ・ 立木茂雄: 家族システムの理論的・実証的検証 - オルソンの円環モデル妥当性の検討, 川島書店, 東京, 1

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業
（障害者政策総合研究事業（精神障害分野）））

様々な依存症の実態把握と回復プログラム策定・推進のための研究
主任研究者 宮岡 等（北里大学医学部精神科学）

分担研究報告書

薬物依存症支援における精神保健福祉センターと保健所の連携に関する研究
保健所の薬物関連事業実施状況調査

分担研究者 小泉 典章（長野県精神保健福祉センター）

【目的】平成 25 年度の全国の保健所の薬物依存症対策の実態を調査し、今後の薬物依存症対策の基礎資料を得る。本調査は初の全国調査である。

【方法】2014 年 12 月 1 日から 12 月 14 日までに、全国 582 すべての都道府県・政令指定都市の保健所に対して、保健所における平成 25 年度の薬物依存症関連事業について、薬物関連事業実施状況調査をアンケート方式で行った。（回収率は 317/490 で、64.7%であった）

【結果】薬物依存症対策に関して、技術支援活動は 1 割強、教育研修活動は 4 分の 1、組織育成活動は 1 割強、普及啓発活動は 5 割強も保健所が実施していた。相談援助活動は、8 割近くの保健所が実施している。治療回復プログラムは 3 保健所が実施していた。刑の一部執行猶予に対しても 15%の保健所が相談可能だと考えられていた。危険ドラッグは 4 割の保健所が相談の経験があると回答している。半分の保健所が、精神保健福祉センターと連携があると回答があった。65%の保健所は薬物依存症関連の地域資源を把握していた。

【考察】いまだ全国規模での保健所における薬物依存症対策に関する調査はなく、その現状と課題も把握されているとは言えなかったが、現在の保健所における薬物依存症対策の現況を初めて調査することができた。薬物依存症対策に関して、個別相談指導は、8 割の保健所で実施されていることは重要だと思われる。普及啓発の薬物依存症対策事業には、5 割以上の保健所が取り組んでいることが判明した。4 割の保健所が危険ドラッグの相談もしており、また、薬物依存症の地域資源を 6 割強の保健所が把握しており、今後、地域保健のかなめである保健所への薬物依存症対策は現状でも十分に果たされていることがわかった。さらに、要請は高まっていくと思われる。また、半分の保健所が、精神保健福祉センターと連携があると回答があったが、精神保健福祉センターは積極的に保健所との連携をもっと進めるべきであると思われる。危険ドラッグへの対策や、「刑の一部執行猶予制度」の刑法改正の成立を受け、来年度予定されている保健所への薬物依存症対策の研修会は以上のアンケート結果を活用していきたい。

研究協力者

中原由美（福岡県嘉穂・鞍手保健所）

山中朋子（青森県弘前保健所）

轟敦子（長野県精神保健福祉センター）

上島真理子（長野県保健・疾病対策課）

増茂尚志（栃木県精神保健福祉センター）

A．研究目的

昨今、危険ドラッグを含め、薬物関連相談は増加傾向にあり、平成25年6月には「刑の一部執行猶予制度」法案が可決される、地域における薬物依存症支援の充実強化は喫緊の課題となっている。今年度の分担研究で、平成25年度の保健所の薬物依存症関連事業について、薬物関連事業実施状況調査をアンケート方式で行ったので、その結果を報告し、地域における薬物依存症支援について、センターと保健所の連携という視点から考察する。

B．研究方法

2014年12月1日から12月14日までに、全国582すべての都道府県・政令指定都市の保健所に対して、保健所における平成25年度の薬物依存症関連事業について、薬物関連事業実施状況調査をアンケート方式で行った。（回収率は317/490で、64.7%であった）

また、昨年度、地域保健総合推進事業「地域精神保健における精神保健福祉センターの役割とこれからのあり方に関する研究」の中で、全国精神保健福祉センターを対象に全国の精神保健福祉センターの薬物依存症対策の実際を調査したので、それも比較する。

さらに、薬物依存症支援における精神保健福祉センターと保健所の連携について考察する。

（倫理面への配慮）

本研究に際しては、個人情報には抵触しないため、問題は生じないと考えられる。

C．結果

未だ全国規模での保健所における薬物依存症対策に関する調査はなく、現在の保健所における薬物依存症対策の現況を初めて調査することができた。

平成25年度（単年度）の保健所の薬物依存症関連事業について質問した。回答は317所より得られた。

1. 技術支援活動（25年度）

14.5%の保健所が実施している。

内容は事例検討会の職員派遣が多い。

2. 教育研修活動（25年度）

26.2%のセンターが実施している。

多くが、関係者対象の研修会である。

3. 組織育成活動（25年度）

14.5%のセンターが実施している。

社会資源ネットワークへの参加、自助組織への支援が最も多い。

4. 普及啓発活動（25年度）

54.9%の保健所が実施している。

これは昨年度調査したセンターの調査結果の65.7%のセンターが実施しているのに、匹敵している。

講演会やホームページへの掲載が多い。

5. 相談援助活動（25年度）

77.0%の保健所が実施している。

これは昨年度調査したセンターの95.5%のセンターが実施していた結果と比べ、遜色ないと思われる。

個別来所相談が86.1%を占める。

また、本人のサポートグループは1.6%、家族のサポートグループは3.7%のセンターが実施していた。

6. 仮に法改正があり、裁判所が薬物事犯に対し、一定期間の刑を猶予し、貴保健所に、その執行猶予期間の定期的な相談対

応を求めた場合、現状での相談対応は可能か。

この設問に対しては、相談対応は可能であると回答した保健所は15.5%で、かなり多いことがわかった。(昨年度調査したセンターの結果は19.4%であった)なお、治療回復プログラムは3保健所が実施していた。

7. 仮に、薬物事犯の執行猶予期間に、保健所で、定期的に薬物の尿検査をすることの是非

この設問に対しては、可能と回答したセンターは10保健所(3.25%)であった。79.5%のセンターで尿検査は可能ではないという回答であった。

8. 最近、危険ドラッグ、等の相談がありますか。

この設問に対しては、44.8%の保健所が相談があると回答している。

9. 貴保健所は、貴県(あるいは指定都市)の精神保健福祉センターと薬物関連事業に関して、連携していますか。

この設問に対しては、50.8%の保健所は連携があると回答している。

10. 保健所が圏域の薬物依存症の地域資源(たとえば、自助組織、薬物依存症専門外来や入院受け入れ病院や治療プログラム実施医療機関、家族教室実施医療機関、等)を把握していますか。

この設問に対しては、65.3%の保健所が把握していると回答している。

D. 考察

- 1) 保健所の薬物依存症対策体制について
保健所は既に、通常相談機能の中での薬物依存症対策の相談を行っている。(保健所は8割近くが既に相談援助活動をしている)また、薬事行政でも関連はあり、措置診察でも最近では危険ドラッグの事例もみられる。

今回、保健所の薬物依存症対策体制を広く知るため、いわゆる薬事行政業務(薬務課を主体にする)精神保健業務(保健予防課を主体にする)を区別しないで、調査を実施した。したがって、薬物依存症対策の主管課については、あいまいな形でしか返答が無かったが、精神保健業務に属する方が多いと思われた。薬務課が担当すると決めてある所もあったが、今後、刑の一部執行猶予が始まった場合に備え、主管課を決める必要がある。

- 2) 今後の薬物依存症対策において、保健所が担える役割

既に、保健所は精神保健福祉センターと5割が連携しているという回答があったが、さらに、連携を深め、対策に取り組むべきだと思われる。

精神保健福祉センターとの協働の視点で考えると、相談援助活動は、ほぼ、全センターが実施しており保健所の相談について、センターと協働することは可能である。

薬物依存症対策に関して、半分以上のセンターが、技術支援活動、関係職員への教育研修活動、自助組織、施設整備、等への組織育成や活動、普及啓発活動を実施しており、保健所の各圏域において、精神保健福祉センターが積極的に保健所との連携をもっと進めるべきであると思われる。

保護観察所が未だに、保護観察下でも依存症としてのケアができず、執行猶予が終わってから、保健所や精神保健福祉センターに十分な情報提供もせず、紹介してることがある。このようなケースには、保健所やセンターが連携していかななくてはならない。

- 3) 刑の一部執行猶予制度施行を見据えた地域における薬物依存症対策

刑の一部執行猶予制度を導入する目的の

一つは再犯防止である。この制度により、保護観察下で社会に出て薬物依存症に関するプログラムを受けたり、社会貢献活動、等を行ったりしながら社会復帰を目指していく。しかし、ある時期になれば保護観察期間は終了するため、当事者たちが断薬を続けながら生活していくためには、地域での継続的な支援が必要である。そこで、この制度の施行を見据え、刑務所を出所した薬物依存症者に対する地域支援について考察する。

今回の調査で、65.3%の保健所が圏域の薬物依存症の地域資源（たとえば、自助組織、薬物依存症専門外来や入院受け入れ病院や治療プログラム実施医療機関、家族教室実施医療機関、等）を把握しているという回答が得られた。したがって、多くの保健所で保護観察所、等の関係機関と連携し、対象者及び対象者の家族に対する地域資源を活用した、相談支援を行うことができるのではないかと思われる。地域資源とは地域の民間支援団体や医療機関、等を指す。

長野県では、当センターが事務局を担った地域依存症対策推進モデル事業をきっかけに平成 23 年度から薬物依存症支援関係者機関連絡会を開催し、情報交換を行っている。各機関の取組み状況を知ることによって相互理解ができ、この連絡会が顔の見える連携の第 1 歩となった。本人が服役している段階で刑務所から当センターを紹介され、家族相談を受けたケースもあった。本人が出所してからは本人支援も始め、福祉や医療機関へのつなぎも行った。

さらに、本年度は刑の一部執行猶予をめぐり、当センターを会場に、長野地裁、長野地検、保護観察所、保健所、市町村、医療機関に集まってもらい、大規模な薬物依存症支援関係者機関連絡会議を開いている。長野地裁判事も参加された。

長野県は広大な面積を持ち 10 圏域にも

分かれているため、この連絡会のメンバーである保健福祉事務所には上記のような個別相談を受けながら必要な機関につなげるような役割を担ってもらえるよう、今後もこのような連絡会を開催しながら職員の理解を深める必要がある。

全国的にも、薬物依存症の専門治療医療機関は少ないのだが、地域依存症対策推進モデル事業を契機に、県立こころの医療センター駒ヶ根では、アルコール依存症治療病棟に薬物依存症治療を含め、マトリックスモデルの薬物治療プログラム（KOMARPP）が開始されている。長野市にある当センターでも、数年前からマトリックスモデルの薬物治療プログラムを施行的に開始していたが、広報しておらず、隠れスマーブと称されていた。しかし、来年度は厚生労働省の新規事業である「認知行動療法を用いた治療・回復プログラムの普及等」に応募し、長野市周辺だけでなく、松本市周辺にも拡大できないかと検討を始めている。

E . 結語

平成 24 年度には薬物相談に対応するガイドライン（保健所の相談対応も含めている）を作成しているが、平成 25 年度は、薬物依存症支援における精神保健福祉センターと保健所の連携について、連携の基となる要素を検討した。平成 26 年度は、平成 25 年度の保健所の薬物依存症関連事業について、薬物関連事業実施状況調査をアンケート方式で行った。

その結果を報告し、地域における薬物依存症支援について、考察では、刑務所出所者への地域での支援や家族支援と、刑の一部執行猶予制度施行を見据えた地域における薬物依存症支援、今後の薬物依存症対策において保健所が担える役割、センターと保健所の連携という視点に触れた。

F．健康危険情報 なし

G．研究発表

轟敦子、小泉典章、上島真理子：薬物依存症
支援における長野県精神保健福祉センター
と保健所の連携．信州公衆衛生雑誌，9(1)：
46-47，2014

H．知的財産権の出願・登録状況

なし

I．謝辞

業務が多忙な中で、調査票を記入いただ
いた都道府県・政令指定都市の保健所の担
当者の皆様に、心からお礼を申し上げます。

研究成果の刊行に関する一覧

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
松本俊彦	2. HIV感染症/AIDSで問題となる長期合併症 9. 薬物乱用・依存	味澤 篤	長期療養時代のHIV感染症/AIDSマニュアル,	日本医事新報社	東京	2014	118-126

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
高野 歩, 川上憲人, 宮本有紀, 松本俊彦	物質使用障害患者に対する認知行動療法プログラムを提供する医療従事者の態度の変化.	日本アルコール・薬物医学会雑誌	49 (1)	28-38	2014
近藤あゆみ, 井手美保子, 高橋郁絵, 谷合知子, 三浦香澄, 山口亜希子, 四辻直美, 松本俊彦	精神保健福祉センターにおける薬物依存症再発予防プログラム「TAMARPP」の有効性評価	日本アルコール・薬物医学会雑誌	49 (2)	119-135	2014
谷合知子, 四辻直美, 奥田秀実, 苅部春夫, 三浦香澄, 平賀正司, 近藤あゆみ, 松本俊彦	薬物等再発予防プログラム「TAMARPP」の質的効果評価 担当職員の振り返りから	日本アルコール・薬物医学会雑誌	49 (6)	305-317	2014
引土絵未, 松本俊彦, 和田清, 谷渕由布子, 高野 歩, 今村扶美, 川地拓, 若林朝子, 加藤隆	いわゆる「脱法ドラッグ」使用障害患者の集団薬物再乱用防止プログラム(SMARPP)への治療反応性 覚せい剤使用障害患者との比較.	日本アルコール・薬物医学会雑誌	49 (6)	318-329	2014
松本俊彦	物質依存当事者の求助行動促進.	精神科	24 (6)	676-681	2014
松本俊彦	精神療法としての助言や指導 私はどうしているか .	臨床精神医学	3(8)	1161-1166	2014
松本俊彦	覚せい剤乱用受刑者に対する自習ワークブックとグループワークを用いた薬物再乱用防止プログラムの介入効果	精神神経学雑誌	117(1)	3-9	2015