

厚生労働科学研究費補助金

障害者政策総合研究事業

ギャンブル等依存症の治療・家族支援に関する研究

令和3年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 松下 幸生

令和4（2022）年 5月

目 次

I. 総括研究報告

ギャンブル等依存症の治療・家族支援に関する研究----- 1

研究代表者 松下 幸生
(独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター)

II. 分担研究報告

1. 治療プログラムの効果検証 ----- 45

松下 幸生 (独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター)

2. 精神保健福祉センターにおける回復プログラムの効果検証 ----- 87

白川 教人 (横浜市こころの健康相談センター)

3. 自助グループや民間支援団体への支援のための課題抽出 ----- 107

森田 展彰 (筑波大学・精神保健学)

4. 治療効果判定ツールの再検査信頼性と結果フィードバックの効果研究 - 143

神村 栄一 (新潟大学・人文社会科学系)

5. ギャンブル障害における精神科併存症の臨床的意義

-CBTの効果検証研究において----- 145

宮田 久嗣 (東京慈恵会医科大学・精神科)

6. 簡易介入の効果検討 ----- 158

宋 龍平 (岡山県精神科医療センター・診療課)

7. 治療プログラムおよび家族支援の研修会の実施----- 159

松下 幸生 (独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター)

8. ギャンブル障害の連携マニュアル作成-ニーズ調査とツール作成----- 168

佐久間寛之 (独立行政法人国立病院機構さいがた医療センター)

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

----- 218

令和3年度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）

「ギャンブル等依存症の治療・家族支援の推進のための研究」

総括研究報告書

研究代表者 松下 幸生

国立病院機構久里浜医療センター院長

研究要旨：

ギャンブル問題は医療分野のみならず、精神保健福祉センター、司法や自助グループなどの民間団体等多くの機関が関わる問題である。本研究班の目的は、ギャンブルに関するさまざまな領域の研究を行うことである。まず、医療機関などへ治療を求めて受診するギャンブル障害を対象として併存疾患などの実態を把握するとともに、追跡調査によって、治療効果や効果予測因子を検討する。また、ギャンブル障害は、受診への心理的な抵抗などのため、問題を抱えながら医療機関を受診しない、いわゆるトリートメントギャップの大きいことが知られていることから、スマートフォンを利用した簡易な介入プログラムを作成して、その効果を検証する。さらに、ギャンブル障害の治療プログラムを普及するための研修会を実施して治療プログラムや家族支援に関する手法の普及と均霑化を図る。医療機関だけではなく、精神保健福祉センターにおいても治療プログラムの普及を目的とした研修を実施し、その効果や同センターにおける相談件数やプログラムの実施状況を調査して実態を把握する。また、自助グループや民間支援団体への支援のための課題を抽出し、その効果を検証するとともに、ギャンブル問題に関連する多機関の連携について研究を行う。

本研究班の令和3年度の成果の概要を以下に示す。

- 1) 医療機関における治療プログラムの効果検証班は、令和3年度は、調査への登録、追跡調査を継続し、目標の202名の参加者を登録した。2022年5月時点で追跡調査を継続している。ベースライン調査で得られたギャンブル外来を受診する者の特徴としては、①受診時の精神的問題では、不安、罪悪感、イライラを抱えて受診する者が多い、②希死念慮を有する割合、自殺企図の経験も男女を問わず高い割合である、③喫煙率が男女とも高い、④飲酒問題を評価するAUDIT-Cでカットオフ値（男性5点、女性4点）を上回る割合は、男性26.7%、女性28.6%であった。一般住民調査結果と比較して、ヤンブル障害が多いとは言えない、⑤精神科通院歴は、男女とも3割程度に認められ、ギャンブル障害での受診歴は13-14%であった、⑥ギャンブルを始めた年齢は、平均で男性19歳、女性で20歳であり、一般住民調査結果より早い、⑦男女とも4割程度の者に精神科併存疾患があり、うつ病が最多、⑧6.5%にADHDの併存が疑われた、⑨GRCSとDSM-5による重症度では、ギャンブルに対する非合理的な考えが強いことは重症度と相關していることが示された、⑩ギャンブル外来を受診するギャンブル障害者のほとんど

が強い抑うつ、不安状態にある、⑪1つ以上の小児期逆境体験を有する割合は、男女で31.4%と高い割合である、⑫BISで評価した衝動性の高さは、ギャンブル障害の重症度と関連していたことが示唆された。追跡調査の主な結果は、①6か月調査の回答率は、78.7%、②受診6カ月後で通院を継続しているのは、54.6%、③通院している者では、頻度は月1回が多い、④治療内容は冊子を用いたプログラムと医師による診察が最多、⑤プログラムによる治療を受けている者では、6か月の時点で約30%がプログラムを終了しており、途中でやめて続ける気がないのは16%、⑥受診後にギャンブルを止めている割合は、調査に回答のあったもので56.3%、⑦ギャンブルをしたと回答した者も77.1%が回数が減ったと回答、⑧ギャンブルをしたと回答した者でも73.8%がギャンブルに使う金額が減ったと回答、⑨受診後のギャンブルの種類は、パチンコが最多、⑩受診後に新たに借金をしたのは、16%、⑪受診後にGA参加したのは、22.9%、⑫6カ月調査では、「すべてのギャンブルを止めたい」と回答している者が約7割であり、「問題のあるギャンブルのみ止めたい」を合わせると9割以上がギャンブルを止めることを希望していた、⑬ギャンブルを止めている者では、社会的機能も改善がみられる、⑭ギャンブルに対する非合理的な考えがベースラインで強いものでは、受診後もギャンブルをする割合が高く、受診後の予後を予測する因子になる可能性が示唆された、⑮K6得点は、ベースラインで点数が高く強い抑うつ、不安が示唆される者の割合が高いが、6カ月後もその割合には明らかな変化はなく、ギャンブルの有無で比較しても同様であり、ギャンブル以外の要因が関与している可能性が考えられた。追跡調査は、継続しており、12ヶ月まで追跡する予定である。

2) 精神保健福祉センターにおける回復プログラムの効果検証-医療・福祉・社会的支援のあり方研究班では、全国の精神保健福祉センター職員のギャンブル障害に対する理解を促進し、回復支援が円滑に進むようにすること、および、全国精神保健福祉センターにおけるギャンブル障害の相談状況や回復プログラムの実施状況、コロナウィルス感染症による影響をモニターすることを目的とした。ギャンブル依存相談件数の増加と回復プログラムを実施するセンターが増えていることが示された。コロナウィルス感染症の流行に伴うセンターの依存症事業への影響では、個別の相談事業を行うセンターの63.8%、当事者向け回復プログラムを行うセンターの77.0%、家族教室を行うセンターの85.5%が影響を受けたと回答した。生じていた影響では、いずれも中止や延期が最も多かったが、オンラインに切り替えたセンターも複数あった。それぞれの管轄地域の民間団体や相談者への影響では、自助グループなどの事業自体も委員会などの連携事業も中止となり、支援が滞ったり、支援技術向上の機会を失ったりしていた。その後、感染対策の上でオンラインを導入して活動を再開しているが、会場の利用やオンラインの活用が障壁となっている。

3) 自助グループや民間支援団体への支援のための課題抽出研究班では、全国の民間団体をリストアップし、アンケート調査を行うとともに、自助グループの利用者のイン

ビューを行った、また、自助グループの利用者のインタビューを行い、その有効性と連携における課題を見出した。さらに入所型の民間回復施設グレイスロードの調査を行った。これらの調査によって、民間団体・自助グループが、当事者や家族が最初につながる窓口や、長期的な生き方の変化に役立っていることが確かめられた。入所型回復施設の利用者では、重篤な事例の割合が高いが、利用期間が長い群では、ギャンブル衝動などの症状が軽減し、認知の歪みの改善を認めた。民間団体と医療などの専門機関との連携がある程度おこなわれているもののまだ不十分であることが確かめられた。連携を進める一つの試みとして、調査所見をもとに「ギャンブル問題の当事者や家族への民間団体を紹介する冊子」を作成し、配布した。

4) 治療効果判定ツールの再検査信頼性と結果フィードバックの効果研究班は、ギャンブル障害の症状を測定する指標である GSAS (Gambling Symptoms Assessment Scale) およびギャンブルに関する認知の偏りの指標となる Gambling Related Cognitions Scale (GRCS) の再検査信頼性の確認および、自身の問題の程度をフィードバックする PNF (Personalized Normative Feedback) がギャンブル障害の症状や援助・支援希求行動への効果を確認することを目的とする。240名を対象に、GSAS を 1 週間間隔で 2 回実施した。また、これらの対象者に PNF を受ける群と、アセスメント群とに無作為に割り付けて、評価を実施した。その結果、GSAS、GRCS ともに十分な再検査信頼性を有することが示された。PNF のギャンブル障害症状や援助・支援希求行動の改善への有効性について検討したところ、GSAS 及び GRCS においては軽度の効果が示されたが、ギャンブル日数やギャンブルに費やされた金額、及び援助・支援希求行動に対する効果は認められなかった。

5) 併存障害合併例の治療と支援—ギャンブル障害における精神科併存症の意義—治療反応性・経過におよぼす影響—研究班では、協力医療機関 11 施設において、DSM-5 にてギャンブル障害と診断された初診外来患者を対象に、初診時 (0 カ月)、3 カ月経過、12 カ月経過の時点で調査を行った。調査は、アンケート用紙を被験者に郵送し、被験者が記入後に返送する形式で行った。0 カ月時の調査対象者は 60 名で、ギャンブル開始年齢は平均 19.5 歳、精神科併存症は 60 名中 35 名 (58.3%) に認められた。内訳はうつ病 16 名 (26.7%)、行動嗜癖 10 名 (16.7%)、不安障害 7 名 (11.7%)、知的障害 3 名 (5.0%)、アルコール使用障害 3 名 (5.0%) であった。併存する精神疾患の有無で比較した結果、精神疾患併存群では、喫煙経験 (77.1% vs 48.0%, $p = 0.028$)、過去のいじめ経験 (34.3% vs 8.0%, $p = 0.028$)、ギャンブルに関連した自殺未遂経験 (20.0% vs 0.0%, $p = 0.035$) の割合が非併存群と比較して有意に高かった。初診から 3 カ月経過時には 58 名中 50 名 (回収率 86.2%) から、12 ヶ月経過時には 36 名中 26 名 (回収率 72.2%) から回答を得た (2022 年 3 月時点)。今回は、12 カ月での調査対象者が 26 名と少ないことから、精神科併存症の有無で統計解析することは困難であった。各評価項目を 0 カ月、3 カ月、12 カ月の時点で比較すると、ギャンブル障害のスクリーニングテストであ

る SOGS では、0 カ月 : 13.5 点、3 カ月 : 5.0 点、12 ヶ月 : 6.6 点で、うつ症状を評価する PHQ-9 は 0 カ月 : 8.4 点、3 ヶ月 : 6.2 点、12 ヶ月 : 5.5 点で、社会機能障害を評価する SDS における“仕事・学業への支障”は 0 カ月 : 3.3 点、3 ヶ月 : 1.3 点、12 ヶ月 : 1.5 点であった。また、ギャンブル活動を中止している割合は、3 ヶ月 : 76.9%、12 ヶ月 : 45.8%で、治療の継続率は 3 ヶ月 : 80.8%、12 ヶ月 : 57.7%であった。ギャンブル障害の 58.3%に精神疾患が併存していた。併存群では、非併存群と比較して喫煙経験、いじめ体験、ギャンブルに関連した自殺未遂経験が有意に多かった。今回は、12 カ月での調査対象者が 26 名と少ないとことから、精神科併存症の有無で統計解析することは困難であったが、ギャンブル障害の重症度、うつ病尺度、社会機能障害のスコアは治療継続とともに改善する傾向があった。しかし、12 カ月の時点でのギャンブル中止率と治療継続率が約 50%であったことは、本疾患の治療が困難であることを示唆している。今後、さらに症例を増やして、精神科併存症の影響を明らかにしていく。

- 6) 簡易介入の効果の検討研究班では、ギャンブル障害に対するウェブを用いた簡易介入プログラムとして、スマートフォンで実施可能な PNF システム及び、認知行動理論に基づいたチャットボットプログラム (GAMBOT2) を開発した。2020 年 4 月からギャンブル問題を抱える者に対する効果検証研究を実施する予定であったが、新型コロナウイルスの流行によりギャンブラーの行動パターンが一過性に変化し、流行収束後に研究結果が一般化できない可能性が危惧されたため、効果検証研究を延期し、GAMBOT2 にギャンブル渴望の記録機能、対処スキルの提示と実践記録機能、インタラクティブな AI チャット機能を追加した。2020 年 7 月から追加する機能の企画、コンテンツの作成、仕様策定、開発発注先を選定して開発した。また、岡山県精神科医療センターに通院するギャンブル障害患者を含めた実際にギャンブル問題を抱える者に機能追加版の GAMBOT2 を試用してもらい、ギャンブル渴望、行動の変化や使い勝手を調べる研究の計画を策定し、2021 年 3 月より被験者募集を開始した。
- 7) 治療プログラムおよび家族支援の研修会の実施研究班では、本研究の目的は、ギャンブル障害の標準的治療プログラムの研修を実施して、プログラムを全国に普及・均霑化することである。令和 2 年度に研修プログラムを作成し、令和 3 年度に研修を 2 回実施した。新型コロナ感染症拡大の時期であったが、感染対策を施した上、対面で行い、その効果を J-GGPPQ (Japanese Version of the Gambling and Gambling Problems Perception Questionnaire) を用いて検証した。
- 8) ギャンブル障害の連携マニュアル作成ニーズ調査とツール作成研究班では、各地域でのギャンブル障害の連携を調査し、実現可能な連携マニュアルを作成・提案することである。全国の精神保健福祉センター 72 施設を対象にギャンブル問題に対する地域資源、センターで行っている取り組み、問題点などを調査した。全国の精神保健福祉センターはギャンブル等依存症の支援に関し、職員の研修を行い、地域の家族向けあ

るいは本人向けの資源を把握し、医療機関の数や特性の情報を得ていた。もっとも重要な要素はどの病院がプログラムを有しているかなどの情報を、ふだんからセンターが知っていることが重要だと推測された。自由回答からは、専門医療機関の不足、および病院や回復施設、あるいは事業者も含めた様々な組織・資源との連携不足が問題点として挙げられた。地域でギャンブル等依存症の診療を行う専門医療機関、拠点医療機関がニーズに対して不足していることが判明した。また、連携の不足を挙げる回答も 22 施設と多く、多くのセンターが連携不足を問題視していることも分かった。調査結果から①各精神保健福祉センターの取り組みはすでにかなり進んでいること、②専門医療機関の不足、連携不足、③ふだんからの資源間のコミュニケーションや情報共有が連携に寄与する可能性、の三点が示唆された。各地域の規模や地域性を前提に考えれば、一律の連携マニュアルを作成することは不可能である。そのため地域連携の手法として、各資源が平等な立場で相互理解を深め、コミュニケーション強化し、さらには対象理解を深めるための「問題解決しない事例検討会」を提案する。それを適切に実行するためのマニュアル（リーフレット）を本分担班の成果物とする。対象理解を目的とし、あえて「問題解決しない」ことを明言した事例検討会を開くことによって、地域の連携体制が強化され、また対象理解を通じてまだまだ世間や医療者、支援者に根強い忌避感情やステigmaの解消にもつながると考える。あえて問題解決をしないことを掲げることで、一部の強い発言に流されることなく、参加者が意見を述べやすい工夫をした。地域でのネットワーク作りのきっかけとなることが期待できる。今後は本マニュアルを用いたワークショップや全国での事例検討会の開催を企画している。

分担研究者氏名・所属機関

白川教人 横浜市こころの相談センター
森田展彰 筑波大学精神保健学
神村栄一 新潟大学人文社会科学系
宮田久嗣 東京慈恵会医科大学精神科
宋 龍平 岡山県精神科医療センター診
療課
佐久間寛之 国立病院機構さいがた医療セ
ンター

研究協力者氏名・所属機関

田辺 等 北星学園大学社会福祉学部
小泉典章 長野県精神保健福祉センター
天野 託 栃木県精神保健福祉センター

藤城 聰 愛知県精神保健福祉センター

小原圭司 島根県立心と体の相談センター
川口貴子 福岡市精神保健福祉センター所
長
本田洋子 福岡市精神保健福祉センター
杉浦寛奈 横浜市こころの健康相談セン
ター
片山宗紀 横浜市こころの健康相談センタ
ー

土方郁美 筑波大学 大学院人間総合科学
学術院、国立病院機構栃木医療
センター附属看護学校
新井清美 信州大学学術研究院保健学系
准教授

田中紀子 公益社団法人ギャンブル依存症
問題を考える会

山田理沙 東京慈恵会医科大学精神医学講
座

新田千枝 国立病院機構久里浜医療センタ
ー臨床研究部

柴崎萌未 国立病院機構久里浜医療センタ
ー臨床研究部

松崎尊信 国立病院機構久里浜医療センタ
ー

西村光太郎 国立病院機構久里浜医療セン
ター

古野悟志 国立病院機構久里浜医療センタ
ー心理療法士

岡田 瞳 国立病院機構久里浜医療センタ
ー心理療法士

岩本亜希子 国立病院機構久里浜医療セン
ター医療社会事業専門員

高山輝大 国立病院機構久里浜医療セン
ター医療社会事業専門員

佐久間寛之 国立病院機構さいがた医療セ
ンター

横光健吾 川崎医療福祉大学医療福祉学部

A. 研究目的

ギャンブル障害は、一般的にはギャン
ブル等依存症とも称され、ギャンブルのコ
ントロールを失い、家庭、社会生活等に
様々な支障を来す精神疾患である。201
8年7月に成立したギャンブル等依存症対
策基本法では、「ギャンブル等依存症の予
防等、診断及び治療の方法に関する研究そ
の他のギャンブル等依存症問題に関する調
査研究の推進」が求められているが、ギャ
ンブル障害に対応可能な医療機関や精神保
健福祉センター等の相談窓口、民間支援団

体等も数が少なく、支援体制は十分とは言
えない状況である。海外では認知行動療法
が有効であることが示されているものの、
国内では、治療効果のエビデンスを示した
標準的な治療プログラムも確立しておら
ず、治療、支援体制の整備が急務であり、
医療機関のみならず、公的保健機関や民間
施設などさまざまな機関においてギャンブ
ル障害の治療、支援方法の検討、その普及
や均霑化が必要である。

本研究班は、以下の分担研究を行う
研究班から構成され、それぞれの目的は以
下の通りである。

1. 医療機関における治療プログラムの 効果検証

ギャンブル外来を有する医療機関に治
療を求めて受診するギャンブル障害を対象
として併存疾患をはじめとした実態を把握
するとともに、受診後に対象者を追跡調査
することにより、治療効果や効果予測因子
を検討することを目的とする。また、ギャ
ンブル障害は、受診への心理的な抵抗など
のため、問題を抱えながら医療機関を受診
しない、いわゆるトリートメントギャップ
の大きいことが知られていることから、ス
マートフォンを利用した簡易な介入プロ
グラムを作成して、その効果を検証する。さ
らに、ギャンブル障害の治療プログラムを
普及するための研修会を実施して治療プロ
グラムや家族支援に関する手法の普及と均
霑化を図る。

2. 精神保健福祉センターにおける回復 プログラムの効果検証医療・福祉・ 社会的支援のあり方についての研究

全国の精神保健福祉センター職員のギャ
ンブル障害に対する理解を促進し、回復支

援が円滑に進むようにすること、および、全国精神保健福祉センターにおけるギャンブル障害の相談状況や回復プログラムの実施状況、コロナウイルス感染症による影響をモニターすることを目的とする。

3. 自助グループや民間支援団体への支援のための課題抽出

本研究班は 3 つの目標を有する。①当事者の自助グループの GA の有効性やそれを生かすための連携のありようを明らかにする。②家族の自助グループの有効性を検証する。③自助グループ以外の民間団体の活動の実態を明らかにして、また連携を促す方法を検討する。

以上の 3 つの目標に対して、以下の 4 つの研究を令和 3 年度に実施した。

研究 1：ギャンブル障害当事者の自助グループの効果に関する文献研究

研究 2：ギャンブル障害の家族への支援に関する自助グループとその他の支援の効果の比較

研究 3：ギャンブル障害の家族の自助グループによる回復過程に関する複線径路等至性アプローチ (Trajectory Equifinality Approach, TEA) による研究

研究 4：全国の民間団体や自助的な活動の研究

4. 治療効果判定ツールの再検査信頼性と結果フィードバックの効果研究

本研究班は、ギャンブル障害の評価と治療に関する 3 つの研究を行う。研究 1 では、ギャンブル障害の症状の指標である Gambling Symptoms Assessment Scale (GSAS)、及び Gambling Related Cognitions Scale (GRCS) の再検査信頼性

を確認する。研究 2 では、Personalized Normative Feedback (PNF) の、ギャンブル障害の症状、および治療ギャップの改善に対する効果を検討する。研究 3 では、ギャンブル障害における治療ギャップの背景を明らかにするため、日常的にギャンブルを行う 2,000 名を対象とした調査を行い、ギャンブラーのサブタイプを明らかにする。以上 3 点が、研究の目的とされた。

令和 3 年度は、研究 1 で再検査信頼性が確認された GSAS、及び GRCS を用いて、ギャンブル障害における治療ギャップの背景を明らかにすることを目的とした。

5. ギャンブル障害における精神科併存症の臨床的意義—CBT の効果検証研究において—

本研究は、ギャンブル障害の専門医療機関を受診したギャンブル障害患者を対象として、1 年間にわたって前方視的に、精神科併存症の治療経過におよぼす影響を検討した。

6. 簡易介入の効果の検討：AI チャットボット GAMBOT2 の開発と効果検証

ギャンブル問題を抱える者がアクセスしやすく、低コストでの提供が可能で、効果的な簡易介入法を開発することを目的とする。令和 3 年度は、オンライン簡易介入チャットボット GAMBOT2 にセラピストからのテキストメッセージによる簡易サポートを追加することによるギャンブル症状、ギャンブルに関連する認知、支援希求行動の変化を比較する並行群間ランダム化比較試験を開始した。

7. 治療プログラム研修および研修の効

果検証

本研究は、ギャンブル障害の標準的治療プログラムを普及するための研修会を計画、開催して治療技法の普及と均霑化を図ることを目的とする。本年度は、治療プログラム研修を実施すると共に、研修の評価検証として、評価尺度 Japanese Version of the Gambling and Gambling Problems Perception Questionnaire (J-GGPPQ) を用いて研修の前後で研修の受講生より回答を得て、研修の効果を検証した。

8. ギャンブル障害の連携マニュアル作成ニーズ調査とツール作成-

ギャンブル障害の治療・支援には多職種連携、多機関連携、自助グループや家族グループを含む地域の各資源の連携といった種々のレベルでの連携体制構築が不可欠である。ギャンブル等依存症対策基本法第20条においても、地域における包括的な連携協力体制を構築することが明示されている。当分担班は、各地域に連携協力体制を構築することを目的とした地域連携マニュアルの作成を目的とし、フローチャート式の手順書・説明書にとどまらずフレキシブルに活用できる手引きの作成を試みた。本年度は、その前段階として、以下の2点を目的とした。

1. ギャンブル障害の相談機関において一定の質を担保するための、汎用性の高いインテークシートの作成。
2. ギャンブル障害の地域連携に関する実態調査を行い、地域の資源の過不足、コミュニケーションや連携の実態調査、およびそこから浮かび上がる連携ニーズの調査。

B. 研究方法

1. 医療機関における治療プログラムの効果検証

令和3年度は、ギャンブル外来を有する医療機関20施設と共同で、ギャンブル障害患者の調査組み入れを継続するとともに、追跡調査を実施した。追跡調査は、受診後1ヶ月、3ヶ月、6ヶ月、9ヶ月、12ヶ月後に行った。

1) 調査対象者

対象者は、研究協力医療機関のギャンブル外来を受診する初診、再初診または初診から1ヶ月以内の受診者で以下の選択基準を満たす者とする。①年齢は20歳～65歳の男女、②DSM-5にてギャンブル障害と診断される、③同意が得られる。一方、除外基準は、①認知機能に問題があり、質問の理解が不十分、②言語に問題があり、質問が十分理解できない、③担当医師が調査対象として適当ではないと判断する者である。

各医療機関では、共通の予診票に従つて情報を聴取し、Structured Clinical Interview for DSM-5 Research Version (SCID-5-RV)に基づいて診断を行い、ギャンブル障害と診断されるものを対象に、追跡調査を行った。ベースラインの調査は、面接によって以下の内容を聴取した。①学歴、婚姻状況などの背景情報、②ギャンブル歴（開始年齢、習慣的ギャンブル開始年齢、隠れギャンブル、問題化年齢、初めて発覚した問題の種類と年齢、受診前の最終ギャンブル）、③主なギャンブルの種類など、④ギャンブルの状況（頻度、勝った金額・負けた金額、平均金額）、⑤ギャンブルによる問題（家庭問題、社会・学業問題、借金の有無と金額）、⑥健康問題（身体と精神、既往を含む）

r)、⑦自殺念慮（過去、現在）と自殺企図経験の有無、⑧治療目標、⑨GA 参加の有無など。さらに、併存疾患のスクリーニングには、以下の構造化面接によって併存疾患の有無について評価を行った。①The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI)、②Semi-Structured Assessment for the Genetics of Alcoholics, 2nd edition (SSAGA-II)（注意欠陥多動性障害セクション）。自記式調査票は、以下の項目が含まれる。①ギャンブル症状評価尺度 (GSAS)、②ギャンブル認知の評価尺度 (GRCS)、③ギャンブル問題の重症度尺度 (Problem Gambling Severity Index: PGSI)、④抑うつ尺度 (K-6)、⑤飲酒問題 Alcohol Use Disorder Identification Test-consumption (AUDIT-C)、⑥衝動性尺度 Barratt Impulsiveness Scale (BIS)、⑦小児期逆境体験質問票。追跡調査は、以下の内容が含まれる。①通院の有無、②治療内容、③プログラム終了の有無、④初診からのギャンブルの有無、⑤ギャンブル回数、⑥ギャンブル回数、⑦ギャンブルを使った金額の平均、⑧借金の有無、⑨治療目標、⑩社会機能の自記式評価尺度 Work and Social Adjustment Scale (WSAS)、⑪GSAS、PGSI、K-6、GRCS。

（倫理面への配慮）

本研究は、久里浜医療センターおよび各協力医療機関において倫理審査委員会の承認を得て実施している。

2. 精神保健福祉センターにおける回復プログラムの効果検証医療・福祉・社会的支援のあり方についての研究

研究 1：全国の精神保健福祉センター職員のギャンブル障害に対する理解の促進と円滑な回復

精神保健福祉センター職員および自治体の支援者の希望者に対し、「ギャンブル障害の認知行動療法プログラム (SAT-G)」の使い方研修を実施した。研修内容は、①ギャンブル障害の相談における基礎知識、および②同センターで開発された SAT-G の使い方とした。研修の前後でアンケートを実施して研修効果を解析した。アンケートの内容は、(1) ギャンブル障害に関する基礎知識、(2) 支援者として十分な知識・相談対応の技術を有していると感じるか、(3) SAT-G の相談援助業務での活用可能性、(4) Japanese Version of the Gambling and Gambling Problems Perception Questionnaire (J-GGPPQ)：ギャンブル障害者に対して仕事をする際の従事者の態度を評価する質問紙。また、本研修による全国の精神保健福祉センターへの SAT-G プログラムの活用状況を調査し、研修効果の指標として検討した。

研究 2：全国精神保健福祉センターにおけるギャンブル障害の相談状況や回復プログラムの実施状況、コロナウイルス感染症による影響モニター

全国 69 箇所の精神保健福祉センターに対し、「ギャンブル障害の相談・治療に関する調査」を行った。調査票の内容は、1) 薬物依存症・ギャンブル障害の相談件数 2) 指定相談機関の選定状況 3) 治療・回復プログラムの実施状況 4) 連携状況 5) 新型コロナウイルス感染症の影響を回答頂き、集計し経年モニタリングを実施する。5)の項目は昨年調査の自由記述で挙がった内容

をもとに回答項目を作成している。

3. 自助グループや民間支援団体への支援のための課題抽出

研究1：ギャンブル障害当事者の自助グループ(GA)の効果に関する文献研究

GAの有効性について書かれた論文を収集した。収集にあたっては、Gambling Anonymous (GA)、self-help group、Gambling disorder, efficacy, effectivenessをキーワードにして検索した。言語として英語のみを選択した。

研究2：ギャンブル障害の家族への支援に関する自助グループとその他の支援の効果の比較

ギャンブル障害の家族で、継続的に支援を受けている家族が、自助グループ、精神保健福祉センター、医療機関の支援の違いによってどのような回復をたどるのかの差を調べるために以下の調査を行った。

(1) 研究対象

家族のギャンブルについて問題があり、医療機関、行政機関、自助グループから継続的に支援を受けている方である。

(2) 調査内容

調査内容は、以下の通りである。

- ①基本属性（年齢、性別、職業、学歴、当事者との関係、家族構成）
- ②当事者の状況；ギャンブルの種類、ギャンブルの程度（期間、頻度、金額）、③家族がギャンブル関連問題に気付いた時期、きっかけ、④家族はどのような支援を利用しているか、支援の具体的な内容、⑤支援機関につながった時期、きっかけ、⑥WHO/QOL26、⑦SOC質問票日本語版、⑧家族の理解と関わりに関する尺度

(3) 調査方法

研究対象者のリクルートは、ギャンブル依存症家族の会の代表、医療機関及び行政機関の責任者に、研究の目的、内容、倫理的配慮について、説明書と口頭で説明を行い、参加している家族に対して、ポスター及び説明書を渡して募集した。同意が得られた者には、ポスターに掲載されたQRコードまたはURLにてアクセスして頂き、回答を依頼した。ネットアンケートができない場合には、質問紙を返信用封筒と共に配布して回答いただいた。

研究3：ギャンブル障害の家族の自助グループによる回復過程に関する複線径路等至性アプローチ Trajectory Equifinality Approach (TEA) による研究

1. 対象

ギャンブル障害の家族のうち、自助グループ等に1年以上継続的に通っている家族23名を対象とした。ギャンブルの影響を受けた家族・友人の自助グループであるギャマノン (GAM-ANON) は、グループの取り決めにより、調査等には参加しないことになっているため、ギャマノンのメンバーが多く参加している民間団体に研究協力を依頼した。

2. データ収集方法

ギャンブル障害に関連した問題から家族自身が支援を受け、回復を目指していく個別具体的な出来事を半構造的面接により聴取した。承諾を得て面接を録音し、トランスクリプト後は録音データの削除と、固有名詞等の記号化を行なった。

3. 調査内容

- (1)年齢（当事者、対象者）、家族と当事者の現在の支援の有無とその内容

- (2) 支援につながった要因、状況(当事者の状況、家族の状況)
- (3) どのような支援を受けたか、参加時の態度やコミット
- (4) 支援による変化の内容（自身と当事者の変化）
- (5) 現在自助グループに通っている理由
- (6) ギャンブル障害の家族の回復とはどのようなものだと認識しているか

4. 治療効果判定ツールの再検査信頼性と結果フィードバックの効果研究

本研究班は以下の 3 つを目的とする。

①ギャンブル障害の症状を測定する 2 つの尺度ツール (GSAS、GRCS) の再検査信頼性の検討。②ギャンブル障害の症状およびこの障害における治療ギャップの改善に対する、Personalized Normative Feedback (PNF) の効果の検討、③ギャンブラーのサブタイプを特定するための調査。

①、②、③における研究参加者はすべて、インターネット上で募集された。①、②の調査対象は、ギャンブル障害が疑われる者（ギャンブル障害者のスクリーニング指標である PGSI が 3 点以上の者）である。③の調査対象は、日常的にギャンブルを行う 2,000 名である。研究期間は 2020 年 11 月～2022 年 2 月である。研究倫理審査は、①および②については岡山県精神科医療センター、③については、川崎医療福祉大学にて、それぞれ承認を得た上で実施された。

5. ギャンブル障害における精神科併存症の臨床的意義—CBT の効果検証研究において—

1. 調査対象者

調査対象者(被験者)は、本研究の協力医療機関 11 施設において、主たる精神疾患がギャンブル障害と診断された初診外来患者である。被験者の選定にあたっては、以下の選択基準を設けた。

- (1) 20 歳以上。
- (2) 主たる精神疾患が DSM-5 の物質関連障害および嗜癖性障害群における非物質関連障害群の「ギャンブル障害」の診断基準を満たす者。

2. 調査方法

最初に、研究医療機関の医師および医療スタッフが、ギャンブル障害の診断基準を満たす初診患者に本研究の説明を行った。本研究の協力が得られる場合には、後日、東京慈恵会医科大学の研究スタッフが zoom または電話にて研究内容を詳細に説明し、書面での同意を取得した。調査は、初診より 0 カ月、3 カ月、12 カ月後の計 3 回行った。1 回の調査について 5000 円相当の QUO カードを調査協力の謝礼とした。

3. 測定項目

調査は、アンケート用紙を被験者に郵送し、研究スタッフが zoom や電話で質問項目を説明して、被験者が調査用紙に回答を記入した後に返送する形式を採用した。0 カ月時点のみ構造化面接を行った。調査項目は以下の通りとした。

1) 0 カ月時の調査項目

- ①精神疾患簡易構造化面接法 (M. I. N. I.)、②患者背景（性別、年齢、学歴、婚姻歴、職業）、③精神科併存症（有無、種類）、④心理社会的問題（過去の外傷体験など）、⑤これまでのギャンブル活動（ギャンブル開始年齢、問題ギャンブル発症年齢、ギャンブル行動のきっかけ、医

療機関を受診したきっかけ)

2) 0 カ月、3 カ月、12 カ月時の調査項目

- ①注意欠如・多動性障害評価尺度(Adult ADHD Self-Report Scale :ASRS)、②自閉症スペクトラム指數(Autism-Spectrum Quotient:AQ)、③現在のギャンブル活動(ギャンブルの種類、1ヶ月あたりの使用金額・頻度)、④治療・支援・行政機関の利用状況、⑤ギャンブル障害のスクリーニングテスト(The South Oaks Gambling Screen: SOGS)、⑥うつ病評価尺度：(Patient Health Questionnaire :PHQ-9)、⑦社会機能評価尺度(The Sheehan Disability Scale :SDS)
- 3) 統計学的解析

全体の属性および臨床的特徴に関する記述統計を明らかにした。次いで、精神科併存症のある患者 35 名、併存症のない患者 25 名により被験者を 2 群に分けた。群間の有意差検定は、量的変数については t-検定を、カテゴリカル変数については、ピアソンのカイ二乗検定またはフィッシャーの正確確率検定を用いた。また、フォローアップ調査については、初診より 3 カ月経過時および 12 カ月経過時に返信のあった 26 名を対象とした。カテゴリカル変数においては比率を算出し、連続変数においては平均得点を算出した。なお、検定を用いる際は、有意水準 5%を基準として、統計的有意性を判定した。また、データ解析には統計ソフト IBM SPSS Statistics ver.25.0 を用いた。

4) 倫理面への配慮

本研究は、東京慈恵会医科大学倫理委員会の承認を得て行った。同意取得後も、同意の撤回は被験者の自由であり、撤回によっ

て被験者に不利益にならないことを保証した。個人情報が記載されている調査用紙は、個人情報保護の観点から鍵のかかったキャビネットに厳重に保管した。また、個別の調査用紙の内容は、個人情報保護の観点から主治医に知らせないこととした。

6. 簡易介入の効果の検討：AI チャットボット GAMBOT2 の開発と効果検証

オンライン広告で募集したギャンブル問題を持つ者をGAMBOT2使用に加えてセラピストからのテキストメッセージによる簡易サポートを受ける介入群とGMABOT2使用のみの対照群にランダム割り付けし、研究参加4、12週後のギャンブル症状、ギャンブルに関連する認知、支援希求行動の変化を両群間で比較するランダム化比較試験を実施した。目標サンプルサイズは合計134名に設定した。

7. 治療プログラム研修および研修の効果検証

ギャンブル障害の治療プログラムを普及するための研修会を実施して治療プログラムや家族支援に関する手法の普及と均霑化を図る。初年度は、平成 30 年度の日本医療研究開発機構研究班で開発され、ランダム化比較試験によって有効性が確認された認知行動療法プログラムを普及させるための研修プログラム案を作成した。研修は、2 年目から実施する予定であったが、新型コロナウイルス感染拡大のため、実施することができず、3 年目に対面で研修を実施した。

研修効果検証には、J-GGPPQ を用いた。J-GGPPQ は、Takano A らによって標準化された日本語版 Drug and Drug Problems Perception Questionnaire²⁾という薬物依存の支援に関わる援助者の態度を測定する評価尺度をギャンブル用に改編して小原らによって作成された評価尺度³⁾である。20 間からなる自記式の尺度であり、リッカート法による 7 段階の尺度である。下位尺度は、「知識とスキル」、「役割認識」、「相談と助言」、「仕事満足と自信」、「患者の役に立つこと」の 5 つの下位尺度から成る。

参加者には、研修の前後で J-GGPPQ への回答を求め、研修前には、性別、職種、居住地、ギャンブル障害支援の経験年数に関する回答を求めた。

(倫理面への配慮)

研修プログラムの効果の検証のため、J-GGPPQ を含むアンケートへ無記名で回答を求めるについて久里浜医療センター倫理審査委員会の承認を得て実施した。研修受講者には、アンケートへの協力は任意であること、協力しなくとも不利益はないことの他、研究の意義、方法について説明し、回答をもって同意とみなした。

8. ギャンブル障害の連携マニュアル作成ニーズ調査とツール作成-

1) 調査対象者

ギャンブル障害の地域連携の資源や連携の実態を把握するため、全国の精神保健福祉センターを対象にアンケート調査を実施した。当研究の趣旨と調査協力の依頼を精神保健福祉センター長会議に諮っていたとき、全国の精神保健福祉センター長を通じて各センターに回答を依頼した。回答に

は回答したギャンブル問題相談担当者の性別、年齢、ギャンブル問題実務担当年数、保有資格を問うたが個人識別情報は含まなかった。

2) 調査方法

はじめに精神保健福祉センター長会を通じ、各精神保健福祉センターに対して本調査の協力依頼を行った。回答は他の研究でも web 調査実績を持つ SurveyMonkey(jp.surveymonkey.com) を使用した。調査は 2021 年 3 月 23 日から 2021 年 6 月 1 日まで行われ、72 の精神保健福祉センターから回答を得た。

以下の項目を設問とした。所属機関や職業（職種）、実務経験年数といった回答者の属性、管轄地域内のギャンブル等依存症を扱う病院の数、ギャンブル等依存症の治療拠点機関数、回復施設の数や回答施設でギャンブル障害の研修を受けた職員数、ギャンブル等依存症の連絡会や事例検討会の開催頻度などの資源に関する設問、ほかに自由記述回答 4 項目を含めた合計 16 項目の設問を設置した。

3) 統計学的解析

本調査は精神保健福祉センターにおける現状や医療機関等との連携について検討することを目的としている。そのため、以下の手続きで分析を行うこととした。

- ① 記述統計および度数分布によって現状について把握を試みた。
- ② 「ギャンブル等依存症に関して相談可能な医療機関の数」を結果因子とし、それに影響を与える説明因子を相関行列によって探索した。
- ③ 上記で探索された説明因子が相談可能な医療機関数にどの程度の影響を及ぼ

すのかを、重回帰分析によって調べた。

- ④ 自由記述の内容を分析した。
統計には JMP Ver. 16.2 Macintosh 版を使用した。

9. 倫理面への配慮

本研究は、各分担研究者の所属する機関の倫理審査委員会の承認を得て実施する。研究 1 および 7 は、国立病院機構久里浜医療センター倫理審査委員会、研究 2 は全国精神保健福祉センター長理事会倫理委員会、研究 3 は筑波大学医学部倫理委員会、研究 4 は、新潟大学倫理委員会、研究 5 は東京慈恵会医科大学倫理委員会、研究 6 は、岡山県精神科医療センター倫理委員会、研究 8 は、国立病院機構さいがた医療センター倫理委員会である。各調査とも、調査対象者に対しては、調査の趣旨・内容・方法等を記した文書を提示して調査の内容を伝え、書面による同意を得た上で調査を実施した。また、得られた情報は厳密に保管して、本調査の関係者以外が取り扱えないよう配慮し、個人情報の漏洩予防には十分な対策を講じた。データの公表の際には個人名などの個人が特定される情報は削除し、個人情報の保護には十分配慮する。

C. 研究結果

1. 医療機関における治療プログラムの効果検証

1) ベースライン調査結果

(1) 予診情報

調査対象者の組み入れは、2021 年 2 月 8 日から 2021 年 9 月 20 日までの間である。

調査に同意して、登録されたのは、男性 195 名（平均年齢：36.2 ± 8.7 歳）、女性 7 名（平均年齢 39.1 ± 9.8 歳）であり、参加者は、調査目標の 200 名に到達した。参加者の年代は男女とも 30 歳代が最多であった。家族構成は、男性は配偶者との同居が最多で、子供との同居が次ぎ、女性は子供との同居が最多で、配偶者との同居、親との同居が次ぎに多かった。婚姻状況では、男性は既婚が過半数で、離婚が次に多いが、女性では未婚が最多で、離婚が次に多い。最終学歴は、男性は大学が最多で、女性は高校が最も多かった。

職業の有無について、雇用されているのは、正規・非正規を問わず男性の 83.4%、女性の 71.4% であった。

主な収入が本人の収入と回答したのは、男性の 85.3%、女性の 71.4% といずれも最多であった。年収について無回答は 28 例と多いが、男性は 400 万円以上 600 万円未満が最多で、女性では 100 万円以上 200 万円未満が最多であった。受診時の精神的問題で、最も頻度が高いのは、男性では不安（40.2%）で罪悪感が 33.9% と次に多い。女性も不安とイライラが各々 57.1% と最も多い。生涯および過去 1 年間の希死念慮の有無、生涯の自殺企図の有無の割合はいずれも高い割合であり、男女間に有意な差は認めなかった。

喫煙率は、男女とも 4~5 割が喫煙者であった。飲酒については、男性の 69.1%、女性の 57.1% が飲酒していたが、AUDIT-C のカットオフ値（男性 5 点、女性 4 点）を上回って飲酒問題が疑われたのは、男性の 26.7%、女性の 28.6% であった。精神科通院、入院歴及び既往歴については、男性の 30.6%、女性

の 42.9%に通院歴があり、ギャンブル以外の既往歴としては、抑うつ障害が多い。ギャンブル障害での受診歴は、男性の 13.4%、女性の 14.3%に認められた。

ギャンブル行動に関する情報としては、ギャンブル開始年齢の平均は、男性 19.0 歳、女性 20.1 歳、習慣的に（月に 1 回以上の頻度）でギャンブルをするようになった年齢の平均は、男性 20.6 歳、女性 21.0 歳と初めてギャンブルをしてから 1 年程度で習慣的にギャンブルをしている。隠れてギャンブルをするようになった平均年齢は、男性 25.7 歳、女性 22.0 歳と習慣的にギャンブルをするようになって 5 年程度で隠れてギャンブルをするようになっている。ギャンブルをすることを隠すことは、ギャンブル障害の診断基準にも含まれている行動であり、ギャンブル問題が示唆される行動である。初めてギャンブル問題が発覚した年齢の平均値は、男性 27.3 歳、女性 27.3 歳と隠れてギャンブルをするようになって 2 年弱で問題が発覚したことになる。表 17 には、最初に発覚した問題の内容を示す。ほとんどが借金であり、家庭問題が次ぐ。

ギャンブルの手段は、オンライン・オフライン両方を含めると、男女とも半数はオンラインギャンブルを利用していた。ギャンブルの種類は、男女ともパチンコ、パチスロが最多であり、男性では競馬、競艇、女性では競輪が次ぐ。ギャンブルの目的は、男性では金稼ぎがほとんどで、ストレス解消が次に多いが、女性ではストレス解消が金稼ぎより多い。最も多い時のギャンブルの頻度は、男女とも週に 7 回以上と毎日ギャンブルをしていた者の割合が高い。ギャンブルに使った金額（勝った分は含めない）の平

均値は、ばらつきが大きいが、男性では 1 日に平均約 13 万円、女性では約 5 万円であった。現在の借金額は、男性で平均 294 万円、女性は 136 万円で、総額は、男性 827 万円、女性 742 万円であった。借金への対応について、家族や知人からの借金で対応している者が最多であった一方、男性の約 4 割、女性の約 2 割が法律家に相談していた。また、債務整理をした者も男性の 27%、女性の 33% にみられた。

ギャンブルによる問題を社会生活への影響、触法行為、子供への影響に分類したところ、社会生活への影響は、男女とも失業が多くかった。触法行為は、男性では横領、窃盗の順に多く、女性も窃盗と回答した者が 1 名あった。子供がいる 107 名を対象に、子供への影響を聴取しているが、虐待やネグレクトと回答した者はわずかであった。

GA 参加経験の有無については、男性の約 2 割、女性の 3 割が参加した経験を有していた。

（2）併存疾患に関する構造化面接

MINI の結果を集計したところ、自殺の危険を除いて、精神科疾患（現在）を併存している者は、男性の 75 名（38.5%）、女性の 3 名（42.9%）であり、合計で 78 名（38.6%）が何らかの精神科疾患を併存しており、併存する精神科疾患の中では、うつ病が最多であり、アルコール依存、広場恐怖の順に多かった。神経発達障害群について、SSAGA-II の ADHD セクションを用いて構造化面接にて併存の有無を検討したところ、回答の得られた 199 名中、注意欠陥/多動性障害混合型は 4 名、不注意優勢型は 6 名、多動性-衝動性優勢型は 3 名が該当し、併存していたのは、13 名（6.5%）であった。

(3) SCID-5-RV を用いた診断面接結果

DSM-5 ギャンブル障害の診断基準の各項目に該当した割合を検討したところ、最も高い割合で該当したのは、第 7 項目の“嘘をつく”であり、第 6 項目の負けの深追い、第 9 項目の借金と続く。一方、該当する割合が低いのは、第 3 項目の離脱、第 5 項目の気晴らしで、該当する割合は半分以下であった。

(4) 自記式評価尺度に関する集計

① GRCS

GRCS は、ギャンブル障害者の非合理的な考えを測定する尺度であり、ギャンブルに対する期待、ギャンブルを断つことの放棄、幻想的必勝法、誤った統計的予測、偏った解釈の 5 つの因子で評価される。

点数は、男女間で有意差は認められなかった。DSM-5 診断基準該当項目数で評価した重症度との関連をみると、幻想的必勝法を除く各因子の点数は、重症度と正の相関が認められ、重症度が高くなるにつれて、各因子の点数も高くなっていた。

② GSAS

GSAS の点数は、男女間で有意な差は認められなかった。DSM-5 重症度との相関は、平均得点を分散分析によって 3 群間で比較すると、重症度と比例して、点数の増加が認められた。

③ PGSI

男女ともほとんどが、問題ギャンブル一とされる 8 点以上であった。

④ K6

男性の 90% 以上、女性では全例 13 点以上であり、男女ともに強いうつ、不安状態にあることが示された。DSM-5 とうつ、不安の強さに関連は認められなかった。

④ 小児期逆境体験

21 名 (10.8%) は、複数の逆境体験の経験者であった。

2. 追跡調査結果

令和 4 年 5 月 20 日時点での 9 ヶ月調査は、168 名対象中、117 名が回答 (69.64%)、12 ヶ月調査は、対象となる 80 名中 56 名が回答 (70%) しているが、本報告書では、参加者全員が対象となっている受診後 6 ヶ月までの追跡調査についてまとめる。

(1) 追跡調査対象者

ベースライン調査に回答した者のうち、追跡調査に同意したのは、男性 177 名 (平均年齢 (SD) : 36.2 (8.6) 歳)、女性 6 名 (39.5 (10.7) 歳) の計 183 名であった。

2) 追跡調査回答率

受診後調査の回答率は、1 か月後は、88.5%、3 ヶ月後は 84.2%、6 カ月後は、78.7% の回答率であった。

3) 通院の有無

受診後の経過時間が長くなるにつれて通院している割合は低下し、6 カ月後に通院を継続しているものは 54.6% であった。

4) 通院の頻度

いずれの追跡調査においても月 1 回の頻度が最多であった。

5) 治療内容

医師による診察と冊子を用いたプログラムが最多であった。

6) プログラム参加状況

受診 6 カ月後では 30% が修了しており、途中でやめたのは、16% であった。

7) 外来受診後のギャンブルの有無

受診後の経過が長くなるにつれてギャンブルを止めている者の割合は低下するが、6 カ月後で 56.3% が止めていると報告して

いる。

8) ギャンブル回数の変化

外来受診後にギャンブルをしていると回答した者を対象に、回数の変化を質問したところ、8割近くが減少していると回答しており、止めてはいないものの回数を減らしているものが多数を占めた。

9) ギャンブルを使う金額の変化

同様にギャンブルをしたと回答した者にギャンブルを使う金額の変化について質問したところ、受診 6 カ月後の時点でも金額が減ったと回答したものが 73.8% と多数を占めていた。

10) 最もお金を使ったギャンブルの種類

ギャンブルの種類では、パチンコが最多であった。

11) ギャンブルの回数

調査前 1 カ月間のギャンブルの回数は、6 カ月後で、平均で 8.3 回、中央値は 3 回であったが、1 回から 100 回とばらつきが大きい。

12) ギャンブルを使った金額

調査前 1 ヶ月間に使った 1 日の平均金額を示す。回数同様にばらつきが大きいが、平均で 46,172 円、中央値は 1 万円であった。

13) 借金の有無

受診 6 カ月後の時点で新たな借金をしたと回答した者は、16% であった。

14) GA 参加の有無

約 2 割の者が参加したと報告している。

15) ギャンブルに対する考え方

7 割が「すべてのギャンブルを止めたい」と回答しており、問題のある「ギャンブルのみ止めたい」を合わせると 9 割以上がギャンブルを止めることを希望していた。

16) ギャンブルに対する考え方の変化

ベースラインですべてのギャンブルを止めたいと回答した 116 名のうち、25 名 (21.6%) が、「問題のあるギャンブルだけ止めたい」「続けたい」などに変化している一方、ベースラインで「問題のあるギャンブルのみ止めたい」、「続けたい」などと回答していた 21 名のうち、8 名 (38%) が「全て止めたい」に変化していた。

17) WSAS 点数の分布と変化

WSAS は、点数が高いほど、機能低下があると評価される。1 カ月後と 6 か月後で、10 点未満の割合は増加した一方、重大な機能障害ありの割合も増加していた。1 か月後調査に 10 点未満で問題のなかった 81 名のうち 20 名 (24.7%) が 10 点以上に変化している一方、1 カ月後に 10 点以上だった 57 名のうち、25 名 (43.8%) が 10 点未満に改善していた。受診後のギャンブルの有無と WSAS の変化の関連を示すが、ギャンブルをしていない者では、1 か月後も 6 カ月後も 10 点未満（正常）の割合が高い一方、悪化の割合は低く、ギャンブルの有無が社会機能にも関連している可能性が示唆された。

18) GRCS 点数

ベースラインと 6 カ月後の比較では、すべての因子で点数が有意に減少しており、非合理的な考え方方が弱くなっていることが示された。ベースラインの GRCS 結果をギャンブルの有無で比較すると、受診後にギャンブルをしたと回答した者でギャンブルに対する期待、ギャンブルを断つことの放棄の 2 つの因子で有意に点数が高く、非合理的な考え方の強さが治療効果に影響する可能性を示唆している。一方、6 カ月後の GRCS 得点の比較では、すべての因子においてギ

ヤンブルをした者では点数が有意に高く、ヤンブルを止めることで考え方にも変化が生じているのではないかとも考えられる。反復測定分散分析では、誤った統計的予測および偏った解釈は、有意にヤンブルをしていない者で点数が減少していた。

19) GSAS 点数

ベースラインと 6 カ月後の GSAS 点数分布の変化を比較すると、ベースラインで non problem と評価された 41 名のうち、13 名（31.7%）が点数が悪化しているのに対して、ベースラインで non problem 以上の 102 名のうち、40 名（39.2%）は non problem の評価になっており、6 カ月間の改善が示された。ヤンブルの有無で比較したところ、ヤンブルのない者で non problem の割合が有意に高かった。

20) K6 に関する集計

ベースラインと 6 カ月後の K6 点数分布を比較すると、ベースラインでは、90%を超える者で強い抑うつ、不安が示唆されていたが、その割合は 6 カ月後もほとんど変化がなく、回答した 142 名のうち、127 名（89.4%）が 13 点以上であった。K6 点数とヤンブルの有無には関連が認められず、ヤンブルをしていない者にも強い抑うつ、不安が認められた。

21) PGSI

ヤンブルをしていない者では、ヤンブルをした者と比べて有意に non-problem, low risk と評価される者の割合が高い。PGSI は、過去 1 年間のヤンブルについて問うスクリーニングテストのため、6 カ月後調査では、ヤンブルをしていない者でも全員が non-problem にはならないと考えられる。

2. 精神保健福祉センターにおける回復プログラムの効果検証医療・福祉・社会的支援のあり方についての研究

研究① 精神保健福祉センター職員等向けに「ヤンブル障害の認知行動療法プログラム(SAT-G)」研修

A. 第一回研修会

令和 3 年 8 月 20 日にオンラインで開催し、167 名が参加した。アンケート回収率は 59.9% (100/167) であった。

(1) 参加者の属性

58 名が精神保健福祉センターからの参加であった。ヤンブル障害支援を毎日行っている者が 5 名から現在は支援を全く行っていない者が 24 名と幅広く、研修会への参加経験のない者が 53 名であった。女性が 69 名と多かったことも特徴的である。

(2) ヤンブル障害に関する基礎知識

6 問の質問のうち、研修前の正答率（中央値）は 4.5 問であったのに対し、研修後は 6.0 問であり、研修後に 1% 水準で有意に正答率が上昇していた。

(3) 支援者として十分な知識・相談対応の技術を有していると感じるかの結果

「支援者として十分な基本的知識を有していると感じるか」「相談者に対して十分な相談対応ができると感じるか」「相談者に対して、その特性に合わせた具体的なアドバイスができると感じるか」に対して、「ややそう思う」「とてもそう思う」と回答した者が研修後に有意（1% 水準）に増加した。

(4) GGPPQ の結果

GGPPQ の事前のスコアは 69.50 であったのに対し、研修後は 87.00 であり、研修後に 1% 水準で有意に GGPPQ スコアが上昇し

ていた。また効果量は $d=1.24$ と極めて高かった。

(5) 満足度と SAT-G の相談援助業務での活用可能性の結果

研修は理解でき、今後の業務に役立ち、相談者の特性に合わせた具体的な支援ができそうであり、SAT-G は実施可能性だと概ね回答を得た。

(6) 研修に参加しての感想

研修参加者からは、理論が馴染みやすい、マニュアル化されており理解しやすく実践しやすそう、研修やツールが具体的で理解しやすく実践のイメージもつき自信がついた、目標が明確で一回ごとが簡潔で実践できそう、今後の支援の基礎となるなどのプログラムと研修の有用性の指摘が目立った。更に練習をして自分の言葉にする必要がある、実際に効果が上がるのか不明、外来での実施に向いており病棟では向きといいう点の指摘もあった。

B. 第二回研修会

令和 3 年 9 月 7 日にオンラインで開催され合計 126 名が参加した。アンケート回収率は 68.3% (86/126) であった。また、本研修は SAT-G ではなく、SAT-G をベースに短縮した簡易版である SAT-G ライトプログラムの使い方に関する研修を行った。

(1) 参加者の属性

精神保健福祉センターから 41 名、福祉事務所から 2 名、医療機関から 17 名が参加した。ギャンブル障害支援を週に一回行っている者 11 名から現在は行っていない者 22 名までと幅広く、研修参加経験の無い者が 30 名であった。女性が 70 名と多いことも特徴的であった。また、28 名が過去に SAT-G 研修を受講した経験があった。

(2) ギャンブル障害に関する基礎知識の結果

6 問の質問のうち、研修前の正答率（中央値）は 5.0 問であったのに対し、研修後は 6.0 問であり、研修後に 1% 水準で有意に正答率が上昇していた。

(3) 支援者として十分な知識・相談対応の技術を有していると感じるかの結果

研修前に「支援者として十分な基本的知識を有していると感じるか」「相談者に対して十分な相談対応ができると感じるか」及び「相談者に対して、その特性に合わせた具体的なアドバイスができると感じるか」のいずれの項目においても、「ややそう思う」「とてもそう思う」と回答した者が研修後に有意（1% 水準）に増加し 8 割以上を占めた。

(4) GGPPQ の結果

GGPPQ の事前のスコアは 69.50 であったのに対し、研修後は 87.00 であり、研修後に 1% 水準で有意に GGPPQ スコアが上昇していた。また効果量は $d=0.87$ と高かった。

(5) 満足度と SAT-G の相談援助業務での活用可能性の結果

研修は理解でき、同内容であれば実施できそうであり、今後の業務に役立つと概ね回答を得た。

(6) 研修に参加しての感想

研修参加者からは、全体の理論が馴染みやすい、マニュアルが構造化されていて分かりやすい、研修やツール（テキストやロールプレイなど）が具体的で理解でき実践できそうな自信がついた、相談者を尊重しながら一緒に取り組めそうな内容であり相談者の意思確認や動機付けになりそうだなど、プログラムと研修の有用性の指摘がされた。

また、実践を積む必要がある、相談員が少なく緊急案件も多いため SAT-G ライトの方が使い易い、他職種の協力を得られるか不明などの指摘もあった。

C. 第三回研修会

令和 4 年 1 月 11 日にオンラインで開催された。研修には 107 名が参加した。現在アンケートの回収と解析を行っているが、参加者の感想からおおむね好評であったことが伺えた。

D. SAT-G プログラムの活用状況

全国 69 の精神保健福祉センターに対して、精神保健福祉センターで実施しているギャンブル障害者向け回復プログラムに SAT-G プログラムを活用しているかアンケート調査を行った結果、88.4%のセンターで SAT-G そのもの、もしくは SAT-G を参考にしたプログラムを実施していることが分かった。

調査②全国精神保健福祉センターにおけるギャンブル障害の相談状況や回復プログラムの実施状況調査

(1) 回収状況

全国全て（69 箇所）の精神保健福祉センターへ調査票を配布した。全てのセンターより調査票の返信があった。（回答率 100%）

(2) 全国の精神保健福祉センターのギャンブル及び全相談の概況

全国の精神保健福祉センターでの精神保健福祉相談の全件数、ギャンブル関連問題の令和 2 年度の平均件数はそれぞれ 5890.3 件と 232.8 件であった。平成 27 年度から一貫して増加傾向にあった。

(3) 相談拠点の設置状況

すでに 65 センターが指定を受けてい

た。令和 3 年度以降にセンターが指定を受ける予定になっているのは 2 つのセンターであった。1 つのセンターが相談拠点を外部に委託しているもしくは委託する予定であった。

(4) 回復プログラムの実施状況

ギャンブル障害当事者向けプログラムは 58 センターで実施されており、昨年度の 53 センターよりも増加していた。プログラムを実施していない理由には、人員がいない（6 センター）、ノウハウがない（4 センター）、予算がつかない（4 センター）、近隣の医療施設が提供している（3 センター）が挙がった。現在検討を進めているとしたセンターが 1 箇所あった。

(5) 家族向け支援の実施状況

ギャンブル障害当事者の家族教室などの家族向けプログラムを実施しているセンターは 46 で前年度（44 か所）よりも増加した。

(6) コロナウィルス感染症の流行に伴うセンターの依存症事業への影響

依存症の当事者・家族向け個別相談の令和 3 年度の実施状況については、規模を縮小した（人数・実施時間を制限・回数を減らすなど）（12 センター）、対面相談を電話・リモート相談に切り替えた（14 センター）、事業を中止・休止した（13 センター）、コロナ禍以前と比較して変化はない（6 センター）、感染対策（検温など）を行って実施した（61 センター）、二週間以内の行動歴を確認している（1 センター）となった。

当事者向けプログラムの実施状況については、規模を縮小した（人数・実施時間を制限・回数を減らすなど）（11 センター）、電話・リモート形式で実施した（併用含む）

(6 センター)、開始時期を変更した (2 センター)、事業を中止・休止・延期した (20 センター)、感染対策（検温など）を行って実施した (48 センター)、外部講師の受入れを中止した (3 センター)、コロナ禍以前と比較して変化はない (4 センター)、プログラムを実施していない (9 センター)、メールでの情報発信を開始した (1 センター)、参加希望者がいない (1 センター)、個別対応に変更した (3 センター)、広い会場を借りた (1 センター)、保健所への相談希望者の対応も行った (1 センター)、事業中の飲食をやめた (1 センター) となった。

依存症の家族会・家族教室の実施状況については、規模を縮小した（人数・実施時間・回数を減らすなど） (16 センター)、電話・リモート形式で実施した（併用含む） (12 センター)、事業を中止・休止・延期した (30 センター)、検温などの感染対策を行って実施した (46 センター)、外部講師の受入れを中止した (2 センター)、コロナ禍以前と比較して変化はない (2 センター)、プログラムを実施していない (12 センター)、参加希望者が減った・いない (2 センター)、広い部屋を借りた (3 センター)、個別対応とした (2 センター)、直前二週間の行動範囲を確認している (1 センター) が挙がった。

当事者・家族の相談者に生じた影響については、症状が悪化ないし再発した (34 センター)、医療機関・自助グループなどが利用できなかった・紹介できなかった (44 センター)、事業への参加者が減った (1 センター)、面談が継続できなかった (1 センター)、事業への参加を促しくかつた (1 センター)、症状が軽快・改善した (3 セン

ター)、問題が目立つようになった (12 センター)、依存対象が変わった (8 センター)、変化なし (5 センター) という回答となった。

症状が悪化ないし再発したと回答したセンターにその理由について回答を求めたところ、自助グループや回復施設が利用できない (21 センター)、医療機関への受診控え・受診間隔が空く (9 センター)、在宅時間の増加 (24 センター)、空き時間の増加 (19 センター)、外出頻度の低下 (1 センター)、対人交流の減少 (1 センター)、人間関係・家族関係の悪化 (12 センター)、感染への不安 (12 センター)、失業 (8 センター)、休校 (7 センター)、特別定額給付金 (3 センター)、経済状況の悪化 (11 センター)、継続支援の停滞 (1 センター)、ワクチン接種映像を見ること (1 センター) という回答となった。

自助グループ・民間回復施設との連携への影響については、連携・交流の機会が増えた (1 センター)、相談者を自助グループや回復支援施設に紹介できなかつた (22 センター)、相互の人員交流（プログラムへの派遣など）が制限された (24 センター)、自助グループや回復支援施設の動向が把握しづらかつた (31 センター)、協力して実施しているミーティング・プログラム・会議などが開催できなかつた (27 センター)、実施状況を直前に確認してから出向いたり紹介するようになった (2 センター)、オンラインでの実施が増え遠方の情報が入るようになった (1 センター)、変化なし (6 センター) が挙がった。

所轄する地域での自助グループや回復施設の活動に対する影響については、会場が借りられずミーティングなどができるない

(52 センター)、ミーティング参加者・施設の利用者が減少 (31 センター)、外出制限のためミーティングなどができるない (24 センター)、訪問支援やメッセージ活動を実施できない (22 センター)、資金の確保が困難になる (11 センター)、ミーティングや活動の形態の変更・規模の縮小 (オンライン化・時間短縮など) (57 センター)、参加人数を絞ったため参加できない人がいた (1 センター)、事業内容が変化し参加者交流が減った (1 センター)、把握していない (1 センター)、となつた。

3. 自助グループや民間支援団体への支援のための課題抽出

研究 1. 自助グループの有効性に関するレビュー研究

GA の有効性に関する研究としては、① 対照条件として、または薬物療法や心理療法の補助治療として GA の有効性を評価した無作為化対照試験、②RCT 以外の GA への参加とさまざまな結果指標との関連を検討した研究、④質的研究、⑤GA と認知行動療法の関係の研究、⑥12 ステッププログラム類似のプログラムの研究

(1) 無作為対照試験

GA への紹介と、薬物療法や心理療法と GA を組み合わせた場合の効果が検討されている (Desai et al. 2012; Grant et al. 2009; Linardatou et al. 2014; Petry et al., 2006)。

Petry の研究は、2 カ月の治療期間中、参加者を GA への紹介のみと GA 紹介と認知行動 (CB) ワークブック」と「GA 紹介と個人的な認知行動療法 (CBT)」の 3 条件で無作為に割り付け、2 か月では GA 紹

介のみ群は、CB ワークブックおよび CBT 条件の参加者は、GA 紹介のみの参加者よりも、2 カ月間の治療期間中にギャンブル症状の改善とギャンブル日数の減少がより大きく見られたとしているが、これはどの条件も GA が含まれており、専門的な治療と GA の組み合わせが良い効果を出している所見ともいえる。また同じ研究では、GA ミーティングへの参加回数は、治療後の評価と正の相関があり、また 12 カ月後の追跡調査において、過去 1 カ月間のギャンブル障害の回避と正の相関があった。また、12 カ月後の時点で、ギャンブル状態 (ギャンブルの停止、大幅な減少、少しの減少、変化なし) の割合は、グループによつて差はなかつたという。これは、GA ミーティング参加が良い効果と関係していること、特に長期的な効果としては CB ワークブックや CBT の有無よりも GA の参加回数が関係していることを示唆する所見ともいえる。

Grant et al. (2009) では、病的ギャンブルのある人に対して、6 回のイメージ脱感作と動機付け面接 (IDMI) または GA のいずれかに無作為に割り付けられ、この 2 群の治療効果が比較された。IDMI 群のみで、ギャンブル障害の重症度や抑うつ・不安症状、心理社会的機能の有意に改善していたが、GA に割り当てられた人では有意な変化がみられなかつたとした。

Desai et al. (2012) では、PG の治療を受けている人について、4 つの治療群 (「Bupropion と Harm Reduction」、「Bupropi-on と GA」、「プラセボと Harm Reduction」、「プラセボと GA」) に振り分けられた。これらについて 12 週間の転機に

関して比較されたが、それらの間に有意な違いを見出せなかった。

Linardatou et al. (2014) の研究では、GA を行っている群の中で、ストレスマネジメントを一緒に行う場合とそうでない場を比べて、GA のみに比べ、ストレスマネジメントを加えると、生活満足度や睡眠時間の改善の率が高まるが、再発率は変わらない。前者の方のみで効果がでていることが確認された。

以上の RCT の研究の結果では、3 つの研究で、GA のみと認知行動療法の条件を比べると、GA のみの方が治療効果が低いという結果になっている。

(2) 横断研究など RCT 以外の研究

Stewart and Brown (1988) は、GA 研究のうち早い時期に行われたもので、GA に最初に来てから継続できる事例が限られており、GA は継続が難しい。GA 参加者で 2 年間ギャンブルをやめられている人は 1 割以下であることを報告している。GA の効果に関する議論では、この論文が影響して GA の効果に否定的な意見につながっていた時期がある。この初期の頃は CBT などの専門的ケアが少なく、GA の方が早く広く使われており、あまり動機付けの高くない人も含まれており、利用やギャンブルの停止の継続率が低くてもおかしくない。その後に発表された論文では、GA への通所回数などのより細かい参加状況と、ギャンブル状況の関係が調べられ、それらに統計的に有意な関係があることが報告されている。例えば、Petry (2005) では、病的ギャンブリングの治療研究に参加した 342 名について、参加前に GA 参加歴のない人とある人に分けたところ、GA 参加歴ありの人は、それがない

人に比べて、治療の開始から 2 カ月後にギャンブルを停止できる割合が多かったことを報告した。また、この治療開始後 2 カ月時におけるギャンブルの停止に対して、ギャンブル治療が重要であるという認識の強さ、GA ミーティングの回数、治療開始後に参加した専門治療のセッションの回数が関係していたという。Hodgins ら (2005) は、「最近ギャンブルをやめた」とする病的ギャンブラーを募集し、その後 1 年間の経過を追跡できた者 (N=101) のデータを分析した結果、参加者の 40% が、フォローアップ期間中に「3 ヶ月間のギャンブルの停止」を達成した。この「3 ヶ月間のギャンブルの停止」、現在治療を受けているか GA に通っていることが有意に関連していたという。

Monnatet al. (2014) は、PG の治療プログラムを受けている人 (N=361) について、治療サービスの質と、社会的・機能的・物質的な幸福の向上感、ギャンブル行動の減少の関係を評価した結果、GA またはギャマノンに参加している回答者はは、日常生活機能の改善、ギャンブルの停止、ギャンブルに関連する問題の最小化を報告することと有意に関連していた。

以上のように、横断研究では、より詳細に GA への参加状況と様々な回復の指標の関係を調べると、それらの間に統計的に有意な関連があることが示されている。

(3) 質的研究

Ferentzy, Skinner, and Antze (2006) は、GA 会員 23 名（男性 15 名と女性 8 名）へのインタビューと、トロント地域の 42 の GA ミーティングの観察を行った結果を報告している。もともと GA が、AA や NA

などと比べて、現実的な債務などの対応へのアドバイスに重点があり、12ステップによる感情やスピリチュアルな面の回復が十分でないという批判があったが、この報告ではGAでも12ステップに焦点を当てるようになり、メンバーは感情や人生の問題を議論することが奨励されるようになっていたことが示された。Ferentzy, Skinner, Antze (2010)においてもGAの参加者39人（男性26人、女性13人）のインタビューを通じて、「平安の祈り」などのスピリチュアルな面が注目される一方で、現実的な対応に関する支援を主に指摘する人もいて、参加者はそのニーズにあわせて現実的な面とスピリチュアルな面の効果を感じているとされた。

GAでの過程が効果に結び付いているかということに関しては、Laracy (2011)によるGAメンバーのインタビュー調査が参考になる。それによれば、多くのGAメンバーは、ギャンブルの問題を家族や友人に相談できないと感じていたが、GAは、他の会員が同じ経験を共有しているため、「自己開示と議論のための安全なフォーラム」を提供してもらえたと感じていた。そして、ベテランメンバーのリードに従うことで、新メンバーは、自分が「強迫性ギャンブラー」であることを理解し、自覚することできていた。こうした仲間からのアドバイスの影響はStraus (2006)のインタビュー調査でも確かめられている。

一方、Laracy (2011)の調査では、「強迫性ギャンブラー」というアイデンティティを受け入れられない人もいることを報告しており、そうした考え方を受け入れられるか否かが、GAの利用継続や効果に関わ

るといえる。12ステップのモデルは、宗教ではないが、それが誤解されたり、また誤解ではなくても自分の強迫性などの問題のある人格面を一生涯にわたって向かい合うモデルになじめない人がいることはGAに限らず、AAやNAでも指摘されてきた。

このようにGAには、これを利用できる人を選ぶ側面があるが、それでも深刻な困難を抱えた人がそれと向かい合っていく上で大きな支えになっていることを示したのが、Rogers et al. (2020)の研究である。この研究により、GAのメンバーには、うつ病や自殺願望や、ギャンブルのために犯罪を行った経歴のものが多く含まれていることが示された。そしてそうした困難を乗り越えて回復を進める上でGAのメンバーにおける互いの支え合いが大きな意味をもっていることが示されている。

また、GA全体の有効性と異なる視点として、女性の参加者への支援ということが研究の視点として取り上げられている。もともとGAは男性の利用者が多く、女性の利用者は居場所が見つけにくいことが指摘されていた。また提供される内容も具体的な支援へのアドバイスが主であり、女性利用者が求める感情的な問題への支援が少ないとされてきた。しかし、近年の研究では上述したようにGAはあらためて感情の問題にも焦点をあてるようになり、女性の回復に対しても効果を上げている報告が出てきている。例えば、Avery and Davis (2008)による女性のギャンブル依存者136名のインタビューでは、同じ問題を経験している人たちに歓迎され、理解されていると感じ、孤独を感じなくなり、真実を話すことができると感じ、「問題が解決できる

「という希望を与えてくれた」と報告した。但しこの研究でも、女性であることを理由に GA ミーティングで歓迎されないと感じたという人もいたという。

(4) GA と認知行動療法の関係の研究

Toneatto (2008) は、GA の 12 ステップについて、GA と認知行動療法は一見異なるモデルのように受け取られがちだが、実際には共通の回復の視点を持っていることを示した。そのポイントを表 5 にまとめた。Toneatto は、こうした類似点をもとに、CBT と GA は矛盾なく用いることができるし、むしろ相補的な面をもっており、統合的な利用が望ましいと論じている。

(5) 12 ステッププログラムを補助するプログラム

専門機関で、GA などの 12 ステップの内容を伝えたり、12 ステップグループへの参加を促すプログラム (Twelve Step Facilitation Program, TSF) があり、認知行動療法と比較した研究が出されている (Marceaux and Melville, 2011; Toneatto and Dragonetti, 2008)。TSF は、GA の原理に基づいてはいるが、TSF のセッションは専門家が指導し、構造化されており、治療は時間的に制限されているものである。Toneatto and Dragonetti (2011) は、12 カ月の追跡調査において、CBT または TSF に無作為に割り付けられた参加者のアウトカムに差がないことを見いだした。Marceaux and Melville (2008) の研究では、両方のタイプの治療が、待機の時点に比べて DSM 症状の数の改善を示したが、治療間の差はみられなかったとしている。アルコール依存症では、TSF をを行い、AA につながることでの効

果があることが示されており、GA についても TSF そのものの効果だけでなく、TSF を用いて専門治療と GA を結び付ける効果が検証されることが今後必要と思われる。

研究 2：ギャンブル障害の家族への支援に関する自助グループとその他の支援の効果の比較

- ・回収数 (n=213) のうち、継続的に利用している支援機関は、自助グループ 188 (88.2%)、行政相談機関 7(3.2%)、医療機関 18 (8.4%) であった。
- ・自助グループを継続的に利用している群（自助グループ群）と行政相談機関と医療機関を主に継続的に利用している群（非自助グループ群）の間で基本的な背景や当事者のギャンブル状況について比較を行ったところ、性、年齢や当事者との関係には有意差はなかった。どちらの群も年齢は 40 歳台以上が多く、女性が 8 割程度を占めている。また、ギャンブルにより使われたお金の金額、ギャンブルの期間についても両群間で有意差がなかった。どちらの群でもギャンブルに使われたお金は 200 万以上の者が多く、1000 万以上も 3 分の 1 以上を占め、ギャンブル期間の 6 年以上の者が大半を占めており、非常に家族とは厳しい状況に置かれていることがわかった。当事者がギャンブルを調査時に継続しているかでは、両群ともわからないが半数以上を占めており、やめていると回答した人は 3 割以下であった。当事者が援助を受けているか者は、自助グループ群で 43% であり、非自助グループで、57% であった。当事者のギャンブル停止状況や支援機関につながっている状況に関する割合は両群間で有意差

を認めなかつた。

両群で援助をうけてから、変化したことについて尋ねたところ、両群での回答に有意な違いがあったのは、「ギャンブル依存症への対応ができるようになった」「自分の生活を守る行動が取れるようになった」「自分自身の問題に向き合えるようになった」であった。自助グループの方が、非自助グループ群よりも、これらのことができるようになったと回答した人の割合が有意に高いという結果であった。

両群の心理テストに関して比較したところ、自助グループ群は、非自助グループ群に比べて、WHO/QOL 得点と、依存症の理解に関する得点、当事者への肯定的な関わりの得点について、有意に高いという結果であった。SOC の得点、家族の否定的な関わりの得点に関しては両群間に有意差を認めなかつた。

自助グループにつながる時間的な面を検討するために、自助グループ群の家族がギャンブル問題に気付いた時期と自助グループを用いた期間を比較すると、どちらの群も 2-5 年が最も割合が多くつた。しかし、気づいた時期については 6 年より前の者が 56% を占めた。一方、自助グループを使っている期間は 6 年以上の群は、3 割に満たない。したがって、ギャンブル問題に気づいた時期より時間がたって初めて自助グループにつながった人がいることを示されている。

研究 3：ギャンブル障害の家族の自助グループによる回復過程に関する複線径路等至性アプローチ (TEA) による研究

調査の対象となった家族の属性は、立

場別では、親 18 名、配偶者 6 名、兄弟 1 名、継続年数別に見ると 5 年未満 8 名、10 年未満 6 名、10 年以上 9 名であった。

(1) ギャンブルの影響を受けていたところから家族の回復までの過程

23 名の語りから TEM 図を作成した。本文中では、TEM 概念を「[]」、下位概念を〈〉、家族の語りを「」で表記する。

時間軸上の共通事項として過去から順に〔第 1 期：ギャンブル問題の進行と、家族への影響の深刻化に伴うギャンブル障害の顕在化〕、〔第 2 期：リソースへのアクセスと仲間意識の芽生え〕、〔第 3 期：病気の理解と対応方法の変容と自己内省〕、〔第 4 期：自己内省と関係性の再構築〕、〔第 5 期：社会化と回復の持続による QOL 向上〕が経験されていた。つまり、第 1 期として家族は、当事者の〈潜在的なギャンブル問題の存在〉があつた時期からある程度の〈誤った対応による問題の悪化〉という期間を経て、〈ギャンブル関連問題に対応できない〉状態に陥っていく。そして、〈家族のギャンブル問題への認識〉に至る。その後、第 2 期として〈自助グループにアクセスする〉ことで、〈仲間からの共感を得る〉ことから〈自助グループが居場所になる〉体験をし、第 3 期〈ギャンブル障害の病気や、対応の具体を学ぶ〉、〈仲間から行動していく勇気を得る〉ことを通して、当事者への対応を変化させていった。その後、第 4 期として〈当事者との関係性を見つめ直し〉をする中で、〈自分自身の問題や生きづらさに気づく〉

〈家族や職場での人間関係を再構築する〉ことを経験していた。これは 23 人全

員が自助グループで多くが取り組んでいる12ステッププログラムを通して経験していることであった。そして〈ギャンブル問題を、社会の問題と捉え直し〉をしていっていた。そして、第5期として、〈自分自身を大切にしながら啓発活動や体験を語る〉ことを通して、〈社会に向けての活動に取り組む〉という活動をしていることが明らかになった。

(2) 家族にとっての回復とは（等至点）

共通するところとしては、「家族の回復は今までギャンブラーにやってきたことが間違いだと認識することから始まる」、「家族がまずその病気の理解をして、家族が第一につながっていることが大切」といった語りから【病気の正しい認識】、「それぞれの自立っていうことかなっていうふうにすごい思っていて、ひとつは経済的自立と、もうひとつは精神的な自立っていうものがあるかな」、「感情のコントロールとか自分の感情の子守が自分でできる」といった語りから【経済的、精神的自立】、「自分を大切にして生きてたらギャンブルに余計なことしないで済むと思うんです」、「自分を軸にして自分のことを考えて、自分が趣味とか生活を楽しめること」といった語りから「自分を大切にする」であった。その他、「自分の与えられたこの現実に向き合っていくっていう風になるのは家族の回復かな」「人のことに賭けて生きるっていうそんな生き方から自分の目の前の現実に目を向けられるようになるのは回復かな」「ギャンブル依存症の人たちを距離を置いて、違う角度から見れるようになること」といった語りから【与えられた現実に目を向ける】、[社会に対して自分にできること

をやる]、[何があっても大丈夫と希望を持つこと]、[相手のことを見守れる]が得られた。

研究4：全国の民間団体や自助グループの活動の研究

第1版で掲載した64団体に第2版出版にあたっての変更の有無を確認する書類を送付し、15団体から修正依頼の返信あり。新たに追加された団体は、2団体であった。この書類では、主に団体の活動内容を書いてもらったが、ギャンブル障害の支援に関する意見を聞いた。以下に主なものを示す。

- ・行政、病院、警察、弁護士などの理解が進み、正しい情報をすぐに受け取り素早く適正な治療が出来るようになって欲しい
- ・依存症の正しい知識の広報、予防教育の拡充、地域内外の機関との直接的な連携強化。
- ・問題が起きた時に相談先でギャンブル障害かもしれないということを伝えてもらえるようにしてほしい。
- ・ファーストコンタクトの機会が予測される相談先の職員に対するギャンブル障害や支援機関についての教育の機会を増やしてほしい。
- ・行政、医療、民間団体等の連携を強化し、当事者と家族の支援を手厚くする必要がある。

「ギャンブル問題の当事者や家族への民間団体・自助活動の紹介の冊子」第2版を作成し、国内の拠点病院、相談拠点、民間団体（計243箇所）に送付した。

4. 治療効果判定ツールの再検査信頼性

と結果フィードバックの効果研究

ギャンブル症状を測定する Problem Gambling Severity Index、及びギャンブルが原因で生起する様々な悪影響への回答をもちいて、潜在クラス分析を実施した。その結果、5つのサブタイプに分類できることが示された。まず、多くのギャンブラーが non-problem gamblers class であることが示された（1,206名：60.3%）。症状を有し生活への様々な悪影響が出ている problem gamblers class は、235名（11.80%）であった。いくつかの項目には該当するものの日常生活への悪影響が少ない engaged gamblers class は、115名（5.8%）であった。このほか、problem gamblers と比較して項目への該当が少ないものの特定の領域への悪影響が示されている at-risk & relationships problem gamblers class が 116名（5.8%）、at-risk & occupational problem gamblers が 82名（4.1%）、項目への該当も少なく、日常生活への悪影響も少ない low risk gamblers class が 246名（12.3%）であった。

5. ギャンブル障害における精神科併存症の臨床的意義—CBT の効果検証研究において—

1. 被験者の基本属性および臨床的特徴

被験者の平均年齢は37.6歳、教育歴は高校卒業以上が95.0%、婚姻状況は、結婚が51.7%、未婚(婚姻経験なし)が35.0%、離婚が13.3%であった。就業状況は正社員が58.3%、無職が31.7%、アルバイトが8.3%であった。対象者全体の臨床学的特性については、喫煙経験(生涯)は65%、自閉スペクトラム障害指數(Autism-Spectrum

Quotient : AQ) の平均得点は20.2点(33点がカットオフポイント)であり、成人期の ADHD 自己記入式症状チェックリスト(Adult ADHD Self-Report Scale-V1.1:ASRS)の平均得点は1.57点(2点以上が6項目中4項目以上でADHDの疑い)であった。過去に経験したつらい出来事として、経済的困窮(30.0%)、いじめ(23.3%)、成績不良(13.3%)、厳しいしつけ(13.3%)、過剰に期待をされた体験(13.3%)であった。併存症の有無別による属性および臨床的特徴については、併存症を有する群は、喫煙経験(生涯経験)(77.1% vs 48.0%, p = 0.028)、過去のいじめ経験(34.3% vs 8.0%, p = 0.028)において有意に高値となった。

2. 被験者の精神科併存症

併存症は、60名中35名(58.3%)で認められた。内訳はうつ病(26.7%)、行動嗜癖(16.7%)、不安障害(11.7%)、知的障害(5.0%)、アルコール使用障害(5.0%)、双極性障害(3.3%)、てんかん(1.7%)、解離性障害(1.7%)であった。

3. 被験者のこれまでのギャンブルに関連する行動、治療、支援

被験者全体では、ギャンブルを開始した年齢は平均19.5歳、最もはまっていた時の年齢は平均30.3歳、最もはまっていた時のギャンブル使用金額は1ヶ月あたり平均82.9万円(範囲：5万円-800万円)、最もはまっていた時の1ヶ月当たりのギャンブル活動日数は平均22.5日であった。これまでにはまっていたギャンブルの種類については、パチンコ(80.0%)、パチスロ(66.7%)、競馬(55.0%)、競艇(35.0%)、ゲームセンター(30.0%)、宝くじ(28.3%)、競輪(26.7%)、賭博麻雀(18.3%)、合法カジノ(10.0%)、ス

ポーツに関連する賭博（10.0%）、証券取引（8.3%）の順であった。

初診前に治療、支援を受けた経験のある機関については、自助グループ（28.3%）、弁護士（11.7%）、保健所・精神保健福祉センター（10.0%）、警察（8.3%）であった。また、ギャンブルが関連した問題行動は、希死念慮 78.7%、自傷行為 10.0%、自殺未遂 11.7%、行方不明 20.0% であった。精神科併存症の有無で比較すると、自殺未遂では併存症を有する群は有しない群と比較すると有意に高値となった（20.0% vs 0.0%, p = 0.035）。

4. 被験者の現在のギャンブルに関連する行動、治療、支援

初診時にギャンブルを中断している者は 83.3% であった。ギャンブル障害のスクリーニングテストである SOGS のスコアは平均 13.5 点（0~2 点：問題なし、3~4 点：将来、ギャンブル障害になる可能性が高い、5~20 点：ギャンブル障害の疑い）であり、60 名すべてがギャンブル障害疑いとなる 5 点以上に該当した。うつ症状を評価する PHQ-9 のスコアは平均 8.4 点（0~4 点はうつ症状なし、5~9 点は軽度、10~14 点は中等度、15~19 点は中等度～重度、20~27 点は重度）であり、中等症以上のうつ症状が疑われる 10 点以上の者は 60 名中 19 名（31.7%）であった。社会機能障害を評価する SDS（0 点：障害なし、1~3 点：軽度、4~6 点：中等度、7~9 点：重度、10 点：極めて重度）では、“仕事・学業への支障”は平均 3.3 点で、中等度以上（ ≥ 4 点）の障害は 60 名 21 名（35.0%），“社会生活への支障”は平均 2.9 点で、中等度以上（ ≥ 4 点）の障害は 60 名 21 名（35.0%），“家族内のコミ

ュニケーションや役割の支障”は平均 3.9 点で、中等度以上（ ≥ 4 点）の障害は 60 名中 27 名（45.0%）であった。現在病院で受けている治療については、集団ミーティング（31.7%）、認知行動療法（13.3%）、カウンセリング（26.7%）、薬物療法（8.3%）であった。

併存症のある群とない群の 2 郡間で比較したところ、現在のギャンブル活動、SOGS スコア、PHQ-9 スコア、SDS スコア、現在受けている治療・支援においては、有意な差が認められなかった。

5. 被験者全体における治療状況の変化

3 カ月時の調査では 58 名中 50 名から回答（回収率 86.2%）を得て、12 ヶ月後の調査では 36 名中 26 名から回答（回収率 72.2%）を得た。併存症の有無による治療状況の変化については、3 カ月後、12 カ月後の返信があった 26 名を対象に記述統計を算出した。

1) 通院継続率

被験者全体の通院継続率は、3 ケ月時 80.8%、12 ケ月時 57.7% であった。併存症のある群では、3 ケ月時 75.0%、12 ケ月時 68.8% であり、併存症のない群では、3 ケ月時 90.0%、12 ケ月時 40.0% であった。

2) ギャンブル中断率

被験者全体のギャンブル中断率は、0 ケ月時 80.8%、3 ケ月時 76.9%、12 ケ月時 45.8% であった。併存症のある群では、0 ケ月時 68.8%、3 ケ月時 62.5%、12 ケ月時 35.7% であり、併存症のない群では、0 ケ月時 100.0%、3 ケ月時 100.0%、12 ケ月時 60.0% であった。

3) SOGS スコア

被験者全体の SOGS スコアは、0 ケ月時

の平均得点は 13.5 点、3 ヶ月時 5.0 点、12 ヶ月時 6.6 点であった。併存症のある群では、0 ヶ月時の平均スコアは 13.3 点、3 ヶ月時 4.8 点、12 ヶ月時 7.3 点であり、併存症のない群では、0 ヶ月時の平均得点は 13.6 点、3 ヶ月時 5.1 点、12 ヶ月時 6.0 点であった。

4) PHQ-9 スコア

被験者全体の PHQ-9 スコアは、0 ヶ月時の平均得点は 7.4 点、3 ヶ月時は 6.2 点、12 ヶ月時は 5.5 点であった。併存症のある群では、0 ヶ月時の平均スコアは 8.9 点、3 ヶ月時 8.0 点、12 ヶ月時 6.3 点であった。併存症のない群では、0 ヶ月時の平均スコアは 6.6 点、3 ヶ月時 4.9 点、12 ヶ月時 4.8 点であった。

5) SDS スコア

被験者全体の SDS スコアは、“仕事・学業への支障” の 0 ヶ月時の平均得点は 3.5 点、3 ヶ月時は 1.4 点、12 ヶ月時は 1.6 点であった。併存症のある群では、0 ヶ月時の平均得点は 4.7 点、3 ヶ月時 1.8 点、12 ヶ月時 2.1 点であり、併存症のない群では、0 ヶ月時の平均スコアは 2.1 点、3 ヶ月時 1.1 点、12 ヶ月時 1.0 点であった。

“社会生活への支障” の 0 ヶ月時の平均スコアは 2.4 点、3 ヶ月時は 1.9 点、12 ヶ月時は 1.5 点であった。併存症のある群では、0 ヶ月時の平均得点は 2.8 点、3 ヶ月時 2.0 点、12 ヶ月時 2.3 点であり、併存症のない群では、0 ヶ月時の平均スコアは 2.1 点、3 ヶ月時 2.0 点、12 ヶ月時 0.8 点であった。

“家族内のコミュニケーションや役割の支障” の 0 ヶ月時の平均スコアは 2.7 点、3 ヶ月時は 1.2 点、12 ヶ月時は 1.2 点であった。併存症のある群では、0 ヶ月時の

平均得点は 3.4 点、3 ヶ月時 1.6 点、12 ヶ月時 1.8 点であった。併存症のない群では、0 ヶ月時の平均スコアは 2.0 点、3 ヶ月時 0.8 点、12 ヶ月時 0.7 点であった。

6. 簡易介入の効果の検討：AI チャットボット GAMBOT2 の開発と効果検証

事業年度内に 110 名の研究参加者を組入れ、介入群に 60 名、対照群に 50 名をランダム割り付けした。

研究参加者 110 名の平均年齢は 42 歳、男性が 78%、過去 1 週間の平均ギャンブル頻度が 3.39 日、賭け金中央値が 52,500 円、Problem Gambling Severity Index 合計点の平均値が 14.5 点であった。また、研究参加者のうち、自助グループ、または専門支援機関に相談経験がある者の割合は順に 14%、11%、自助グループまたは専門支援機関への支援希求の実行意図がある者の割合は 46% であった。

アウトカムの解析は目標サンプルサイズの 134 名全員の 12 週の評価が終わった時点で実施する予定である。

7. 治療プログラム研修および研修の効果検証

1) 研修の実施

研修の目的は、「ギャンブル依存症者に対して積極的な援助ができるようになるとともに、認知行動療法に基づくギャンブル依存症治療プログラム（依存症集団療法）を実施するための知識及び技能を身につけて、ギャンブル依存症に対する治療を実施できる医療従事者を増やし、全国各地における医療体制を構築することを目的とする。な

お、本研修は、2020年度診療報酬改定にて収載された「依存症集団療法」の算定要件となる。研修の課題は、「ギャンブル依存症者の臨床的特徴と治療に関するエビデンスを理解し、認知行動療法の実際を学ぶ」である。

プログラムの内容は、講義と実習から成る。講義は、1. ギャンブル障害の概念・実態・診断(ギャンブル依存症の疫学、特徴、精神医学的特性を含む) (60分) (精神科医師担当)、2. ギャンブル障害の治療総論(ギャンブル依存症に関する社会資源を含む) (60分) (精神科医師担当)、3. ギャンブル障害の認知行動療法概論(ギャンブル依存症に対する集団療法の概要と適応、集団療法参加患者に対する外来対応上の留意点を含む) (60分) (精神科医師担当)、実習は標準的治療プログラムの内容に沿つたもので、まず、役者の演じるロールプレイの画像を各セッションの開始に 10~15 分間程度視聴して、担当者が内容や目的について解説した後、参加者同士のロールプレイを実施した。内容は、Session1 ギャンブル障害について説明とバランスシート作成、Session2 ギャンブルの引き金の同定、Session3 ギャンブルの引き金への対処とギャンブルの渴望、Session4 生活の再建と代替行動、Session5 ギャンブルに対する考え方のくせ、Session6 まとめと復習である。

研修は、令和3年度に2回実施した。1回目は、令和3年11月4日から5日、2回目は令和4年3月3日から4日であり、場所はいずれも品川の会議室にて、感染予防対策を十分に行った上で、対面で開催した。

2) 研修の効果検証

アンケートに回答したのは、研修前41名、研修後は54名であり、研修前と後の双方に回答したのは、38名（男性23名、女性15名）であった。

研修の効果測定には J-GGPPQ を用いた。研修前後で点数を比較すると、合計点数および各下位項目の点数ともに有意に向上しており、研修の効果が示されたと考えられた。依存症支援の経験年数を3年未満と3年以上に分けて比較したところ、研修前は、知識とスキル、相談と助言、仕事の満足と自信といった下位項目で経験年数が長いものが短いものより、有意に点数が高いことが示された。この傾向は、研修後も同様であった。研修前後の点数の変化を経験年数別に対応のある T 検定で比較したところ、3年未満の経験の少ない受講生は、すべての項目で有意に点数が向上したが、3年以上の経験者では、相談とスキル、仕事満足と自信、役割認識の下位項目は、有意な点数の増加が認められず、依存症支援の経験年数によって、研修の効果が異なる可能性が示唆された。また、職種によって点数を比較したところ、研修前は、各下位項目で職種間の有意差は認められなかったが、研修後の点数は、知識とスキルの下位項目のみ職種間で点数が異なっており、医師、臨床心理師は、看護師、精神保健福祉士より点数が有意に高かった。しかし、研修前後の点数の変化を職種間で反復測定分散分析を用いて比較したところ、いずれの下位項目にも有意差は認められず、職種を問わず効果が認められたことが示唆された。

8. ギャンブル障害の連携マニュアル作

成ニーズ調査とツール作成

① 記述統計

(ア) 職種

参加者は合計で 67 名であり、心理職が 22 名(33%)、保健師が 14 名(21%)、精神保健福祉士が 8 名(12%)、相談員が 5 名(7%)、医師が 4 名(6%)、社会福祉職が 2 名(3%)、看護師が 1 名(2%)、作業療法士が 1 名(1%)、その他が 10 名(15%)であった。

(イ) 実務経験年数

実務経験年数の平均値は 11.8 年(SD=11.75±9.44 (最小 0 年～最大 33 年) であった。0 年から 5 年の実務経験者は 25 名(38%)、6 年から 10 年の実務経験者は 9 名(14%)、11 年から 15 年の実務経験者は 9 名(14%)、16 年から 20 年の実務経験者は 11 名(17%)、21 年から 25 年の実務経験者は 6 名(9%)、26 年から 30 年の実務経験者は 3 名(4%)、31 年以上の実務経験者は 3 名(4%)であった。

(ウ) 相談できる医療機関数、入院可能な医療機関数、専門プログラムを有する医療機関数、治療拠点機関数

相談できる医療機関数については、1 機関と 2 機関を有する数が最も多くそれぞれ 19 名(28%)ずつあり、次いで 6 機関以上(それ以上)が 13 名(19%)、3 機関が 7 名(11%)、4 機関となしが 2 名(3%)ずつ、5 機関が 1 名(2%)であった。

入院可能な医療機関数は 1 機関が 25 名(37%)と最も多く、次いでなしの 18 名(27%)、2 機関の 13 名(19%)、不明 6 名(9%)、3 機関の 3 名(4%)、4 機関以上(それ以上)の 1 名(2%)、無回答の 1 名(2%)であった。

専門プログラムを有する医療機関数については、1 機関が最も多く 24 名(36%)、次いで 2 機関が 17 名(25%)、なしが 10 名(15%)、不明が 7 名(10%)、3 機関が 4 名(6%)、4 機関が 3 名(5%)、5 機関以上(それ以上)が 2 名(3%)であった。

治療拠点機関数については、1 機関が最も多く 30 名(45%)、次いでなしの 28 名(42%)、2 機関の 7 名(10%)、3 機関の 1 名(2%)、4 機関以上(それ以上)の 1 名(1%)であった。

(エ) 治療拠点病院についての評価

各都道府県や政令指定都市において、依存症治療拠点病院がギャンブル等依存症の治療を担う上でその役割を果たしているか検討するため、治療拠点機関数の回答を求めた上で、それらが「依存症治療拠点機関としての役割を果たしていると思われますか」と尋ねた。「果たしている」「果たしていない」「どちらとも言えない」から選択をするよう求め、結果は「果たしている」が 31 名(46%)と最も多く、次いで無回答の 25 名(37%)、「どちらとも言えない」の 10 名(15%)、「果たしていない」の 1 名(2%)であった。

② 各因子の相関

相談可能な医療機関数と相関を示した因子は、専門プログラムを持つ入院可能な医療機関の数 ($\rho = 0.45, p < 0.05$)、専門プログラムを持つ医療機関数 ($\rho = 0.56, p < 0.01$) であった。家族支援団体数 ($\rho = 0.28, p < 0.05$)、研修受講職員数 ($\rho = 0.29, p < 0.05$) も有意確率は 0.05 未満であったが、相関係数は低く、ほぼ無関係と思われた。ほかにも入院可能な医療機関数と専門プログラムを持つ医療機関数の間に相関が

見られた ($\rho = 0.64$, $p < 0.01$) が、これは入院可能な医療機関は同時に専門プログラムも有していることが多いと推察されるため、相関は当然と思われた。また家族支援団体数と回復施設数の間にも有意な相関が見られた ($\rho = 0.43$, $p < 0.01$)。

③ 相談可能な医療機関数に影響を与える因子の検討

各精神保健福祉センターが回答した「相談可能な医療機関の数」を連携の指標ととらえ、連携に寄与する因子を特定するために重回帰分析を行った。相談可能な医療機関数を従属変数とし、前述の相関分析によってある程度の相関がある変数を説明因子として最小2乗法による重回帰分析を実施した。説明因子の中で唯一、プログラムを実施している医療機関数のみが連携に寄与する因子として統計学的に有意であった (標準 $\beta = 0.63$, $p < 0.01$)。それ以外の因子は、連携の寄与因子として統計学的に有意差は見られなかった。

④ 自由記述の内容分析

全回答中、1/3 以上にあたる 27 施設で「専門医療機関の不足・偏在」が問題点として挙げられた。次いで公営競技などの事業者を含め、各資源間の連携不足を問題点として挙げる回答が 22 件を占めた。上記 2 点が問題点としては最多で、3 番目としては回復施設の不足を挙げる施設が 6 件見られた。

D. 考察

1. 医療機関における治療プログラムの効果検証

本年度は、令和 2 年度に開始した対象

者の組み入れを継続して、追跡調査を実施した。協力医療機関のスタッフの方々の協力を得て、当初目標とした 200 名を超える調査参加者を得ることができ、ギャンブル外来を受診するギャンブル障害者の実態を把握することができた。

ベースライン調査で得られたギャンブル外来を受診する者の特徴としては、①受診時の精神的問題では、不安、罪悪感、イライラを抱えて受診する者が多い、②希死念慮を有する割合、自殺企図の経験も男女を問わず高い割合である、③喫煙率が男女とも高い、④飲酒問題を評価する AUDIT-C でカットオフ値（男性 5 点、女性 4 点）を上回る割合は、男性 26.7%、女性 28.6% であった。しかし、一般住民の調査では、男性 40.7%、女性 23.2% と報告されており、特にギャンブル障害で多いとは言えない、⑤精神科通院歴は、男女とも 3 割程度に認められ、ギャンブル障害での受診歴は 13-14% であった、⑥ギャンブルを始めた年齢は、平均で男性 19 歳、女性で 20 歳であった。一般住民調査の結果で、20 歳未満でギャンブルを経験しているのは、男性の 43.2%、女性の 17.3% であり、ギャンブル障害者は、若い年齢から始めていることが示唆された、⑦男女とも 4 割程度の者に精神科併存疾患があり、うつ病が最多であった、⑧6.5% に ADHD の併存が疑われた、⑨GRCS と DSM-5 による重症度では、ギャンブルに対する非合理的な考えが強いことは重症度と相關していた、⑩ギャンブル外来を受診するギャンブル障害者のほとんどが強い抑うつ、不安状態にある、⑪1 つ以上の小児期逆境体験を有する割合は、男女で 31.4% だが、一般住民調査では、25.0% であり、ギャンブル障害者で高い割

合であることが示唆された。

追跡調査の主な結果は、以下の通りである。

①6か月調査の回答率は、78.7%

②受診 6カ月後で通院を継続しているのは、54.6%

③通院している者では、頻度は月1回が多い

④治療内容は冊子を用いたプログラムと医師による診察が最多

⑤プログラムによる治療を受けている者では、6か月の時点では約30%がプログラムを終了しており、途中でやめて続ける気がないのは16%

⑥受診後にギャンブルを止めている割合は、56.3%

⑦ギャンブルをしたと回答した者も回数が減ったと回答しているのが77.1%

⑧ギャンブルをしたと回答した者でギャンブルに使う金額が減ったと回答しているのは、73.8%

⑨受診後にしたギャンブルの種類では、パチンコが最多

⑩受診後に新たに借金をしたのは、16%

⑪受診後にGA参加したのは、22.9%

⑫6カ月調査では、「すべてのギャンブルを止めたい」と回答している者が約7割であり、「問題のあるギャンブルのみ止めたい」を合わせると9割以上がギャンブルを止めることを希望していた

⑬ギャンブルを止めている者では、社会的機能も改善がみられる

⑭ギャンブルに対する非合理的な考えがベースラインで強いものでは、受診後もギャンブルをする割合が高く、受診後の予

後を予測する因子になる可能性が示唆された。

⑮K6得点は、ベースラインで点数が高く強い抑うつ、不安が示唆される者の割合が高いが、6カ月後もその割合には明らかな変化はなく、ギャンブルの有無で比較しても同様であった。これらの結果より、ギャンブル以外の要因が関与している可能性が考えられた。

2. 精神保健福祉センターにおける回復プログラムの効果検証医療・福祉・社会的支援のあり方についての研究

研究①では、全国の精神保健福祉センター職員のギャンブル依存症者支援の技術の向上を目的とした研修を開催し、効果的であることが分かった。定期的な異動がある行政職員を対象に定期的にギャンブル障害についての研修が実施されることは、支援の均霑化という観点から極めて重要であり、本研修が全国の精神保健福祉センターギャンブル障害支援体制の普及に大きく貢献していると考える。

研修調査②では、全国の精神保健福祉センターのギャンブル依存相談件数と回復プログラム（本人向け、家族向け）実施状況を調査し、相談件数は増加し、回復プログラムは本人向けは増加しているが、家族向けは減少していることが分かった。69センター中 67センターがギャンブル等依存症相談拠点指定を既に受けているもしくは近日受ける予定で、1センターは外部委託を行なっており、ほぼ日本全国を網羅できたことはこれまでの研修の積み上げが有意義であったと考える。昨年の調査時よりも活動継続のための工夫がこらされているものの、

コロナウイルス感染症拡大予防のためにプログラムの中止・縮小・オンライン化および連携低下を認め、利用者を紹介しにくい、利用の継続ができないなどの弊害があった。症状が悪化した利用者も確認されており、プログラムや通院の中止・時間を持て余す・経済状況や人間関係の悪化などが関係しているようである。

ギャンブル障害を患う本人および家族からの相談件数は今後も増えることが予想され、精神保健福祉センター相談員の支援技術の向上および支援プログラムの普及は今後も益々重要と考える。また、研修効果の測定をより安定させるために、J-GGPPQの尺度化も重要である。

3. 自助グループや民間支援団体への支援のための課題抽出

1. GA の有効性

GA は、ギャンブルへのアディクションが問題として取り上げられるようになった時に、アルコール依存症や薬物依存症の自助グループである AA や NA をもとに使われてきた。現在は、認知行動療法などの専門治療が広がりつつあるが、それより前から GA は広がっていたが、実証的な効果研究はなされていなかったと思われる。こうした状況で行われた Stewart and Brown (1988) による早期の GA 研究でミーティング参加やギャンブル行動の停止率が低いという所見が出されたが、それは GA への参加状況などを十分に評価していないものであった。その後改めて行われた横断研究で、より詳細に GA への参加状況とギャンブルの停止などの様々な回復の指標の関係を調べると、それらの間に統計的に有意な関連があるこ

とが示された。質的な研究では、GA では同じ体験を仲間同士での関係に支えられて、債務などの実際的な対応について知ることのみでなく、スピリチュアルや感情の面における効果が実感されていることが確かめられた。

一方、最も実証性の高い RCT による研究では、認知行動療法の効果を見るために、GA のみの条件との比較が行われ、CBT の方が良いという結果または CBT を用いた群と GA のみの群の間に有意差がないという報告が主にされてきた。また、対照群との比較ということでは GA の効果がでていないが、GA を用いたことと良い効果の関係が報告されている。こうした所見をどう見るかの見解はまだ明確でないが、RCT における比較という点で明確に GA の効果出でていないといつても、もともとの研究デザインが、認知行動療法の効果を主軸において、GA のみの条件は対照として扱いになっている場合が多い。そのため、GA を用いる頻度やコミットメントなどがしっかりと確保されていることなどが十分でない点で GA の効果が低いという結論はだせない。また、GA のみの群が、CBT と GA の両方の群より効果が低いということは、CBT と GA の併用の有用性を示している可能性がある。

そもそも GA を含むアノニマスグループについては、自主的な参加が重要であるために、無作為割付の手順を用いることが難しいということが指摘してきた。アノニマスグループでは自主的な参加が特徴であり、その有効性を検討する場合に、アノニマスグループを自己選択することの影響と、利用による効果の 2 つをどう区別していくかが問題となってきた。AA について、

Humphreys らによる「操作変数モデル」という新しい手法によるメタ分析により、12ステップ促進プログラム（12TSF）を無作為割付されたことが AA の参加に効果があることを確認した上で、無作為化に起因する（＝自己選択バイアスがない）AA 出席の増加は、3 カ月後、15 カ月後における断薬日数の増加に有意な効果を持つことを示した。更に Kelly ら（2020）によるコクランレビューの研究で、研究デザイン、マニュアル化の程度、介入のタイプ（12TSF／AA、CBTなどの方法）によって断酒継続の有無、断酒日数%（PDA）を調べ、その結果、マニュアル化された AA/TSF は、他の介入（CBT など）と比べて、12 カ月後の継続的断酒率の改善に有意な影響をもち、PDA では他の介入と同等の影響を持っていた。マニュアル化されない AA/TSF では、断酒継続、PDA の両方で他の介入と同等の影響を持っていることが示された。

以上から、AA について RCT による効果が証明されという認識が広まりつつあり、アノニマスグループの効果のエビデンスが得られつつある。GA についてはまだこうした手法は用いられていないが、今後用いられることが期待される。例えば、George & Ijeoma は、「ギャンブルアノニマス：見通されている。使われていない？（Gamblers Anonymous: overlooked and underused?）」というタイトルの論文（George, and, Ijeoma, 2018）を書き、その中で GA に対するエビデンスが十分でない面を指摘しながらも、GA が CBT などの他の介入との組み合わせでは有効な手段である可能性があると述べている。そして、彼らは、ギャンブル障害があっても十分な支

援が受けられておらず、薬物療法も使えない中で、GA は有望な手段であり、医師は GA に対する認識を高めて、患者に治療の選択肢として GA を提供できるように準備すべきであるとしている。また、Toneatto（2008）は、CBT と GA は共通の側面をもち相補的に考えるべきであり、この両者を含む統合的な治療の提供が望ましいことを指摘している。

日本では、カジノ導入の話が契機になり、ギャンブル障害への対策の必要性が指摘される中で、CBT の導入がなされた。GA はこうした動向の以前から各地で行われてきて、あらためてギャンブル障害への対策の中で、CBT と GA をおいと位置付けていくことが望まれる。

2. 家族の回復におけるギャマノンの効果

ギャンブル障害の家族に対するアンケート調査をしたところ、ギャマノンを主に用いている群と精神保健福祉センターや医療機関などを中心に用いている群を比較したところ、以下のような所見がみられた。

- ・両群はもともとの背景や当事者のギャンブル状況には有意差がない。
- ・援助を受けたことでの変化として、「ギャンブル障害への対応ができるようになった」「自分の生活を守る行動が取れるようになった」「自分自身の問題に向き合えるようになった」という回答の割合が、自助グループを主に用いている群の方が、有意に多かった。
- ・自助グループを主に用いている群の方が、WHO/ QOL が高かった。
- ・自助グループを主に用いている群の方が、依存症への理解得点、当事者への肯定的な関り得点が高い。

これらをもとに自助グループを用いることができている家族は、依存症への理解や当事者への対応が向上して、それとともに家族自身が力をつけて自分の生活の質を向上させることができているといえる。

更に詳しくそうした変化の過程を家族のインタビューの分析から見ると以下のようなものがみられた。

- ① 「ギャンブル障害を正しく理解した上で、依存症者の症状に翻弄されたところから物理的、心理的距離をとること」
- ② 「自分自身の感情やニーズを自己認識、自己受容し、それを満たせるような行動をとること」
- ③ 「現実を受け止め、将来に希望を持つこと、経験を役立てようと有意味感を持つこと。」

これらの回復の要素については、TEAにより家族の過程を視覚化した図をみると、これらの回復要因は知識として教えられるだけではなく、ギャマノンでの仲間との関わりの中で体験的に身に着けていることがわかる。当事者とのやり取りで家族として頑張ってもうまくいかないような場面で、仲間からの支援が転機になって、依存症を病気として理解した上で当事者との距離を取り直しているが、このような過程は、同じ立場で苦労してきた家族との間でこそ生じやすいといえ、自助グループならではのものといえる。また、当事者の理解や対応にとどまらず、共依存などの家族自身の心の問題を振り返り、自分なりの生き方や希望を見出せていることも、12ステップモデルに基づくギャマノンの効果の特徴であると思われた。

ギャンブル障害の回復過程では、家族は、まず当事者よりも先に相談や治療の機関につながることが多く、治療開始を助ける存在である。また当事者は一旦治療につながってもすぐにはギャンブルはやめられない場合が多く、何度かの失敗を経験する中で次第に治療に主体的に取り組めるようになるが、こうした長期的治療過程を維持する上で、家族は大きな役割を果たす場合が多い。そういう意味でギャンブル障害の回復において、長期的な家族援助は重要な要素であり、ギャマノンはこれに大きく寄与しているといえる。

このように家族の自助グループは大きな役割を果たしているということであれば、家族ができるだけ早く自助グループにつなぐことが重要になる。しかし、今回の結果では家族が当事者のギャンブル問題に気が付いた時期と自助グループ利用期間の分布を見比べるとつながるのに何年もかかっている人が少なくないことがわかった。相談機関やインターネットを通じて、家族に対して自助グループやその効果を知らせると努力が重要になってくると思われた。

3. 自助グループ、民間団体を含めた包括的な支援体制と情報提供の重要性

当事者の自助グループの効果の研究で触れたように、認知行動療法などの専門治療があっても、自助グループとどちらを選択するというよりも自助グループも相補的に用いることに意味がある。家族の自助グループの研究結果では、自助グループに行くことで依存症を理解し、当事者への関りを変えるのみではなく、家族自身が自分の人生を考え直すことで来ていた。こうした利点は、12ステップの自助グループのみで

なく、同様のミーティングを入所型の回復施設や、家族や回復者が一緒に参加する活動や民間団体が多様なサービスにおいても意味がある。というのは、依存症の回復には定着した依存行動から離れるだけでなく、その下にある生きづらさを変えていく人間的なつながりや安定した生活や活動が必要になるからである。こうした全人的な支援を長期に提供できる自助グループや民間団体と専門機関や行政を含めた統合的な治療体制が築かれるべきと考えられる。こうした視点で、今回は昨年度に引き続き、全国各地の民間団体に連絡して、その活動を紹介する冊子を作製した。それと同時に改めて各団体の方に意見をきいたところ、「行政、病院、警察、弁護士などの理解が進み、正しい情報をすぐに受け取り素早く適正な治療が出来るようになって欲しい」などの連携強化を求める意見が出てきた。以前より、精神保健福祉センターなどによる援助職への研修なども充実してきているが、自助グループや民間団体の効果や特徴などをより的確に伝えられるような人材や情報提供体制がさらに必要なのではないかと考えられる。今回作成した民間団体や自助グループの活動紹介も有用であろうし、またあくまでも自助グループ等は強制的に生かせるものではないので、すぐにつながらない場合もあることや 12 ステップの場合にはハイヤーパワーなどすぐには理解ができにくい考えが使われており、こうした特徴について誤解がないように伝える努力が必要である。海外では、12 ステップ促進プログラム(12TSF)というものが作られ、専門機関から自助グループへの移行を助ける工夫がなされており、日本でもこうした連携のための

工夫が必要と思われる。

4. 治療効果判定ツールの再検査信頼性と結果フィードバックの効果研究

ギャンブル障害に関連する指標である GSAS や GRCS については今後、測定誤差や検出可能な変化の値の算出が必要となる。ギャンブル障害におけるより効果的な PNF の開発が期待される。ギャンブルに関して深刻化しておらず、他の精神障害の合併もないギャンブラーについて、サブタイプの特徴に基づいた予防、治療ギャップ解消に関する知見の集積が期待される。

5. ギャンブル障害における精神科併存症の臨床的意義—CBT の効果検証研究において—

本研究では、ギャンブル障害における精神科併存症の臨床的意義について、併存症のギャンブル障害の治療経過における影響を中心に詳細な検討を行った。現時点では、研究開始から 1 年 10 ヶ月経過しているが、1 年間の治療経過を終えた被験者が 60 名中 26 名であることから、この 26 名を対象とした結果を報告する。

1) ギャンブル障害における精神科併存症
ギャンブル障害患者の 58.3% に併存疾患が存在し、内訳はうつ病 (26.7%)、行動嗜癖 (16.7%)、不安障害 (11.7%)、知的障害 (5.0%)、アルコール使用障害 (5.0%)、双極性障害 (3.3%)、てんかん (1.7%)、解離性障害 (1.7%) であった。先行研究と同様に、ギャンブル障害では高い割合で併存症が存在すること、併存症の種類は多岐に渡ることが示された。

2) 精神科併存症の臨床的意義

併存症の有無で 2 群に分類して比較したところ、併存症のある群では、喫煙経験、過去のいじめ経験、ギャンブルに関連した自殺未遂の割合が高い結果となった。一方、ギャンブルに関連した問題行動、治療や支援経験、SOGS スコア、PHQ-9 スコア、SDS スコアにおいては、有意な差は認められなかった。先行研究では、併存症のあるギャンブル障害では、ギャンブルに関連する症状が重症化することが報告されているが、本研究では異なる結果となった。その理由にはいくつかの可能性が考えられる。まず、症例数が少ないとによる影響がある。第二に、本研究の被験者は、外来患者であることから、ギャンブル障害および精神科併存症ともに入院患者と比較すると軽症であることが想定される。今後、症例数を増やし、入院症例も含めた検討が必要と考える。

3) 精神科併存症のギャンブル障害の治療経過におよぼす影響

現在、1 年間の治療経過を追えた被験者が 26 名であることから、これを併存症の有無で 2 群に分けて統計的解析を加えることは困難であることから、統計処理は行っていない。このため、あくまで印象であるが、精神科併存症状群の方が、非併存群と比較してうつ症状の尺度 (PHQ-9)、社会機能障害 (SDS)、ギャンブル障害の中止率が 1 年間の治療経過を通して不良な傾向が見られた。この点は、今後、症例を増やして有意な差がみられるか否かを検証していく必要がある。

また、また、12 カ月の時点でのギャンブル中止率と治療継続率が約 50% であったことは、本疾患の治療が困難であることを示唆している。

6. 簡易介入の効果の検討 : AI チャットボット GAMBOT2 の開発と効果検証

研究参加者の中には専門外来受診者と同等、またはそれ以上の深刻な問題を抱える一方で、研究参加時点では専門的な支援を希望しない者が散見された。しかし、介入群の中にはセラピストに対して専門的な支援について質問したり、専門外来の予約をしたりした者もあり、低コストな自動応答チャットボット利用者に人間のセラピストが適宜対応することの重要性が示唆された。

7. 治療プログラム研修および研修の効果検証

本年度は、研修で用いる実習用の動画を作成して、研修を 2 回対面で実施した。また、研修の効果を J-GGPPQ を用いて検証し、依存症支援の経験年数によって効果が異なる可能性は示唆されたものの、すべての職種で研修前より研修後には、点数が向上しており、効果が認められた。本研修は「依存症集団療法」の算定要件となるため、来年度以降も引き続き、実施を継続する予定である。

8. ギャンブル障害の連携マニュアル作成-ニーズ調査とツール作成-

調査結果から①各精神保健福祉センターの取り組みはすでにかなり進んでいること、②専門医療機関の不足、連携不足、③ふだんからの資源間のコミュニケーションや情報共有が連携に寄与する可能性、の三点が示唆された。各地域の規模や地域性を前提に考えれば、一律の連携マニュアルを作成することは不可能である。そのため地域

連携の手法として、各資源が平等な立場で相互理解を深め、コミュニケーション強化し、さらには対象理解を深めるための「問題解決しない事例検討会」を提案する。それを適切に実行するためのマニュアル（リーフレット）を本分担班の成果物とする。対象理解を目的とし、あえて「問題解決しない」とを明言した事例検討会を開くことによって、地域の連携体制が強化され、また対象理解を通じてまだまだ世間や医療者、支援者に根強い忌避感情やスティグマの解消にもつながると考える。あえて問題解決をしないことを掲げることで、一部の強い発言に流されることなく、参加者が意見を述べやすい工夫をした。地域でのネットワーク作りのきっかけとなることが期待できる。今後は本マニュアルを用いたワークショップや全国での事例検討会の開催を企画している。

E. 結論

1. 医療機関における治療プログラムの効果検証

治療を求めて医療機関を受診するギャンブル障害のベースラインおよび追跡調査を実施し、受診 6 カ月後調査までの結果を集計して報告した。

医療機関を受診するギャンブル障害の実態が把握でき、その特徴を明らかにするとともに、構造化面接による精神科併存症の有無、割合を報告した。追跡調査では、6 ヶ月の時点で過半数がギャンブルを止めている実態が明らかになった。また、ギャンブルを止めていない者においても、回数やギャンブルに使う金額が減っていると回答した者の割合は 70% を超えており、治療の効

果が示唆された。ギャンブルに対する非合理的な考え方の強さが予後を予測する因子である可能性が示唆された。一方、うつ、不安の強さは、6 カ月後まで持続しており、診療や支援に当たっては、その点に配慮することが必要と考えられた。

2. 精神保健福祉センターにおける回復プログラムの効果検証医療・福祉・社会的支援のあり方についての研究

本研究を継続し研修会を実施することで精神保健福祉センターにおけるギャンブル障害の精神保健福祉相談の技術支援向上に役立ち、ギャンブル障害からの回復の一助になる。

3. 自助グループや民間支援団体への支援のための課題抽出

ギャンブル障害の支援や治療における自助グループや民間団体の実態や効果を調べて、包括的な支援体制を築くまでの示唆を得ることを目的に、以下の 4 つの研究を本年度行った。

研究 1：ギャンブル障害当事者の自助グループの効果に関する文献研究。

① GA への参加状況とギャンブルの停止などの様々な回復の指標の関係の間に統計的に有意な関連があることが示された。

② 質的な研究では、GA では同じ体験を仲間同士での関係に支えられて、債務などの実際的な対応について知ることのみでなく、スピリチュアルや感情の面における効果が実感されていることが確かめられた。

③ RCT による効果の確かめは、AA や NA で

は行われているが GA ではまだなので今後行われるべきであると考えられた。

研究2：ギャンブル障害の家族への支援に関する自助グループとその他の支援の効果の比較

ギャンブル障害の家族に対するアンケート調査をしたところ、ギャマノンを主に用いている群と精神保健福祉センターや医療機関などを中心に用いている群を比較したところ、以下のような所見がみられた。

- ① 援助を受けたことでの変化として、「ギャンブル障害への対応ができるようになった」「自分の生活を守る行動が取れるようになった」「自分自身の問題に向き合えるようになった」という回答の割合が、自助グループを主に用いている群の方が、有意に多かった。
- ② 自助グループを主に用いている群の方が、WHO/ QOL、依存症への理解得点、当事者への肯定的な関り得点が高い。

研究3：ギャンブル障害の家族の自助グループによる回復過程に関する複線径路等至性アプローチ (Trajectory Equifinality Approach, TEA) による研究

TEA により 23 人の家族の回復を過程過程について TEM(複線径路等至性モデリング: Trajectory equifinality modeling) 図を作成し。さらにこれを統合して 1 つの TEM 図にした。この図から明らかになった等至点(何らかの文化的・社会的な諸力の影響を受ける中で収束していくポイント) は以下のとおりであった。

- ① ギャンブル障害を正しく理解した上で、依存症者の症状に翻弄されていたところから物理的、心理的距離をとることができた。

- ② 自分自身の感情やニーズを自己認識、自己受容し、それを満たす行動をとることができた。
- ③ 現実を受け止め、将来に希望を持つこと、経験を役立てようと有意味感を持つこと。

これらのポイントは、当事者のギャンブル問題での苦しい状況の中で、ギャマノンでの仲間と助けを受けることで生じており、自助グループの具体的な有効性を示すものといえた。

研究4：全国の民間団体や自助的な活動の研究

成果は以下の通りである。

- ① 昨年度に引き続き、全国各地の民間団体に連絡して、その活動を紹介する冊子を作製した。
- ② 同時に改めて各団体の方に意見をきいたところ、「行政、病院、警察、弁護士などの理解が進み、正しい情報をすぐに受け取り素早く適正な治療が出来るようになって欲しい」などの連携強化を求める意見が多くあった。自助グループや民間団体の効果や特徴などをより的確に伝えられるような人材や情報提供体制がもっと必要であると考えられた。

4. 治療効果判定ツールの再検査信頼性と結果フィードバックの効果研究

ギャンブル障害に関する 2 つの指標の再検査信頼性が認められ、PNF の主観指標に対する有効性が確認された。

5. ギャンブル障害における精神科併存症の臨床的意義—CBT の効果検証研究において—

ギャンブル障害の 58.3%に精神疾患が併存していた。併存群では、非併存群と比較して喫煙経験、いじめ体験、ギャンブルに関連した自殺未遂経験が有意に多かった。今回は、12 カ月での調査対象者が 26 名と少ないとから、精神科併存症の有無で統計解析することは困難であったが、ギャンブル障害の重症度、うつ病尺度、社会機能障害のスコアは治療継続とともに改善する傾向があった。しかし、12 カ月の時点でのギャンブル中止率と治療継続率が約 50%であったことは、本疾患の治療が困難であることを示唆している。今後、さらに症例を増やして、精神科併存症の影響を明らかにしていく。

6. 簡易介入の効果の検討：AI チャットボット GAMBOT2 の開発と効果検証

本ランダム化比較試験の結果発表後に、GAMBOT2、およびセラピストによる支援システムを公開予定である。

7. 治療プログラム研修および研修の効果検証

ギャンブル障害の標準的治療プログラムを普及させるための研修プログラムを作成し、研修を実施し、効果を検証した。

8. ギャンブル障害の連携マニュアル作成ニーズ調査とツール作成-

ギャンブル等依存症対策のために、当分担班は「問題解決をしない事例検討会」を提案する。治療者が少ないギャンブル等依存症治療のために地域の連携を活性化し、全体の底上げをするためには有効な方法で

あると考える。そのためのマニュアル(リーフレット)を成果物として制作した。今後は普及のため本マニュアルを用いたアルコール関連問題学会でのワークショップや全国各地での「問題解決しない事例検討会」開催企画、効果研究、改訂版の作成を予定している。

F. 健康危険情報

特にない。

G. 研究発表

1. 論文発表

英文

- 1) Ueno F, Matsushita S, Hara S, Oshima S, Roh S, Ramchandani VA, Mimura M, Uchida H: Influence of alcohol and acetaldehyde on cognitive function: findings from an alcohol clamp study in healthy young adults. *Addiction*. 2022;117(4):934-945.
- 2) Ueno F, Uchida H, Kimura M, Yokoyama A, Yonemoto T, Itoh M, Yumoto Y, Nakayama H, Matsushita S.: Increasing trend in the prevalence of alcohol-sensitive individuals with alcohol use disorder over the past 40 years. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2022; 76(1):32-33.

邦文

- 1) 松下幸生: ギャンブル障害(ギャンブル依存症)：本邦における現状と回復への取り組み 新薬と臨床 2021; 70巻6号 76-82.

- 2) 松下幸生:高齢期のアルコール使用の医学的問題 老年精神医学雑誌 第32巻 第1号:13-21、2021
- 3) 松下幸生、遠山朋海:高齢期のアルコール問題 日本アルコール関連問題学会雑誌 第22巻第2号 1-6, 2021
- 4) 土方郁美;ギャンブル依存症家族の回復に関する研究,日本アルコール・薬物医学雑誌 56(6), 250, 2021
- 5) 宮田久嗣.仮想症例から断酒と減酒の使い分けを考える:依存症とハーミリダクション. 精神神経学雑誌 2021; 123(8): 487-493.
- 6) 宮田久嗣. 仮想症例から断酒と減酒の使い分けを考える. Frontiers in Alcoholism 2022; 10 (1): 19-23.
- 7) 宮田久嗣, 山田理沙. 物質使用症(障害)群または嗜癖行動症(障害)群: ICD-11が精神科臨床に与えるインパクト. 臨床精神医学 2022; 51 (4) (印刷中)
- 8) 宮田久嗣. アセナピン(シクレスト舌下錠) 特集1 / 過去10年で登場した薬のおさらい一機序、効果、注意点. 精神科 2022 (印刷中)
- 9) 宮田久嗣. 国際診断分類(ICD、DSM)において依存と嗜癖はどのように使われているのか. 日本アルコール薬物医学雑誌 2022; 57 (1): (印刷中)
- 10) 宮田久嗣. 減酒療法を使う治療薬のキホン. 吉治仁治(編). 消化器科医のためのアルコール臓器障害治療マニュアル-減酒療法のススメ, 東京:南江堂, 2022 (印刷中)
2. 学会発表
- 1) ギャンブル問題とうつの関係 松下幸生、樋口 進、第18回日本うつ病学会総会/第21回日本認知療法・認知行動療法学会シンポジウム 2021/7/8 オンライン、口頭
- 2) 介護現場のアルコール問題 松下幸生、真栄里 仁、新田千枝、樋口進、第40回日本認知症学会学術集会、2021/11/26、オンライン、口頭
- 3) ギャンブル実態調査の概要について 松下幸生、新田千枝、遠山朋海、樋口進、2021年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会、2021/12/18、三重、口頭
- 4) アルコール使用障害における非活性型 ALDH2 遺伝子頻度の変化および完全欠損症例 松下幸生、上野文彦、横山顕、木村 充、樋口 進、2021年度アルコール医学生物学研究会、2022/2/4、オンライン、口頭
- 5) 片山宗紀、小原圭司、佐藤寛志、杉浦寛奈、田辺等、白川教人. ウェブ形式による SAT-G (島根ギャンブル障がいトレーニング) プログラム研修の効果. 2021年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会.
- 6) 森田展彰: 家族問題としてのアディクション—親のアディクションが子どもに与える影響とその支援を中心にー、ワークショップ「思春期と依存症 ゲーム、インターネット」、第40回日本思春期学会総会・学術集会, 2021.9.27(オンライン開催).
- 7) 森田展彰、野田哲朗: 新型コロナウィルス禍と依存症関連問題、日本精神科診療所協会第27回学術集会 2021.9.13(オンライン開催)

- 8) 土方郁美, 森田展彰: ギャンブル依存症家族の回復に関する研究, 2021 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 2021 年 12 月 18 日 (三重)
- 9) 新井清美, 森田展彰, 田中増郎: アディクションを重複する発達障害者への支援ツールの開発 2021 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会 2021 年 12 月 18 日 (三重)
- 10) Yamada R, Miyashita K, Tamura Y, Hashimoto T, Takada K, Miyata H. Clinical characteristics of psychiatric comorbidity in gambling disorder in Japan. 2021 International College of Neuropsychopharmacology. Taiwan (WEB), 2021 2, 27
- 11) 宮田久嗣 (シンポジウム). 日本におけるハームリダクションのアディクション予防・治療への応用. 2021 年度日本アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 三重, 2021, 12, 17
- 12) 宮田久嗣 (シンポジウム). ニコチン依存を巡って: 旧世代のたばこから新世代のたばこまで一何がどう違うのかー: 物質依存 (アルコール、ニコチン、非合法薬物) を巡って. 2021 年度日本アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 三重, 2021, 12, 19
- 13) 宮田久嗣 (シンポジウム). 精神科領域における障害と疾患の相違についての考察 : 障害 (disorder, disability, dysfunction) と疾患 (disease) : どこが違うのか?. 2021 年度日本アルコール・薬物依存関連学
- 会合同学術総会, 三重, 2021, 12, 18
- 14) 宮田久嗣 (教育講演). 飲酒量低減薬セリンクロ処方のための e-learning 研修の解説. 2021 年度日本アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 三重, 2021, 12, 18

H. 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
特になし

令和3年度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）

「ギャンブル等依存症の治療・家族支援の推進のための研究」

分担研究報告書

医療機関における治療プログラムの効果検証

研究分担者 松下 幸生

独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター 院長

研究要旨：

本研究の目的は、医療機関を受診するギャンブル障害の実態を把握して、治療の効果を検証し、治療効果の予測因子を検討することが目的である。3年目の令和3年度は、調査への登録、追跡調査を継続した結果、目標の202名の参加者を登録することができた。2022年5月時点で追跡調査を継続しているが、本報告書では受診後6か月調査までの結果をまとめた。ベースライン調査で得られたギャンブル外来を受診する者の特徴としては、①受診時の精神的問題では、不安、罪悪感、イライラを抱えて受診する者が多い、②希死念慮を有する割合、自殺企図の経験も男女を問わず高い割合である、③喫煙率が男女とも高い、④飲酒問題を評価するAUDIT-Cでカットオフ値（男性5点、女性4点）を上回る割合は、男性26.7%、女性28.6%であったが、一般住民調査結果と比較して、ギャンブル障害で多いとは言えない、⑤精神科通院歴は、男女とも3割程度に認められ、ギャンブル障害での受診歴は13-14%であった、⑥ギャンブルを始めた年齢は、平均で男性19歳、女性で20歳であり、一般住民調査結果より早い、⑦男女とも4割程度の者に精神科併存疾患があり、うつ病が最多、⑧6.5%にADHDの併存が疑われた、⑨GRCSとDSM-5による重症度では、ギャンブルに対する非合理的な考えが強いことは重症度と相關していることが示された、⑩ギャンブル外来を受診するギャンブル障害者のほとんどが強い抑うつ、不安状態にある、⑪1つ以上の小児期逆境体験を有する割合は、男女で31.4%と高い割合であることが示唆された。⑫衝動性の高さとギャンブル障害の重症度が関連している可能性が示唆された。

一方、追跡調査の主な結果は、⑬6か月調査の回答率は、78.7%、⑭受診6カ月後で通院を継続しているのは、54.6%、⑮通院している者では、頻度は月1回が多い、⑯治療内容は冊子を用いたプログラムと医師による診察が最多、⑰プログラムによる治療を受けている者では、6か月の時点で約30%がプログラムを終了しており、途中でやめて続ける気がないのは16%、⑱受診後にギャンブルを止めている割合は、調査に回答のあったもので56.3%、⑲ギャンブルをしたと回答した者も77.1%は回数が減ったと回答、⑳ギャンブルをしたと回答した者でも73.8%がギャンブルに使う金額が減ったと回答、㉑受診後のギャンブルの種類は、パチンコが最多、㉒受診後に新たに借金をしたの

は、16%、⑪受診後にGA参加したのは、22.9%、⑫6カ月調査では、「すべてのギャンブルを止めたい」と回答している者が約7割であり、「問題のあるギャンブルのみ止めたい」を合わせると9割以上がギャンブルを止めるすることを希望していた、⑬ギャンブルを止めている者では、社会的機能も改善がみられる、⑭ギャンブルに対する非合理的な考えがベースラインで強いものでは、受診後もギャンブルをする割合が高く、受診後の予後を予測する因子になる可能性が示唆された、⑮K6得点は、ベースラインで点数が高く強い抑うつ、不安が示唆される者の割合が高いが、6カ月後もその割合には明らかな変化はなく、ギャンブルの有無で比較しても同様であり、ギャンブル以外の要因が関与している可能性が考えられた。追跡調査は、継続しており、12ヶ月まで追跡する予定である。

本調査によって、ギャンブル外来を受診するギャンブル障害者の実態や受診後のギャンブル行動などの実態を把握することができた。今後は、より詳細に解析して、予後に影響する因子を検討し、治療手法の改善などに資するデータを提供したいと考えている。

研究協力者氏名・所属機関

新田千枝 国立病院機構久里浜医療センター
一臨床研究部研究員
柴崎萌未 国立病院機構久里浜医療センター
一臨床研究部研究員
松崎尊信 国立病院機構久里浜医療センター
一精神科医長
西村光太郎 国立病院機構久里浜医療センター精神科医師
古野悟志 国立病院機構久里浜医療センター
一心理療法士
岡田 瞳 国立病院機構久里浜医療センター
一心理療法士
岩本亜希子 国立病院機構久里浜医療センター
一医療社会事業専門員
高山輝大 国立病院機構久里浜医療センター
一医療社会事業専門員
佐久間寛之 国立病院機構久里浜医療センター
一院長
宋 龍平 独立行政法人岡山県精神科医療センター精神科医師

A. 研究目的

ギャンブル障害は、一般的にはギャンブル依存症とも称され、ギャンブルのコントロールを失い、家庭、社会生活等に様々な支障を来す精神疾患である。2017年に実施された全国調査によると、スクリーニングテストであるSOGS5点以上でギャンブル障害が疑われる者の割合は、生涯で3.6%（95%信頼区間：3.1-4.2%）、過去12か月に限ると0.8%（95%信頼区間：0.5-1.1%）と報告されている¹⁾。このように疾病としては決して少ないわけではなく、全国でギャンブル障害が疑われる者の数は相当数になると推計される。

一方、2018年7月に成立したギャンブル等依存症対策基本法では、「ギャンブル等依存症の予防等、診断及び治療の方法に関する研究その他のギャンブル等依存症問題に関する調査研究の推進」が求められているが、ギャンブル障害に対応可能な医療

機関や精神保健福祉センター等の相談窓口、民間支援団体等は数少なく、支援体制は十分とは言えない状況である。治療として、海外では認知行動療法が有効であることが示されており、国内では、日本医療研究開発機構研究班によってランダム化比較試験によって有効性が占められた認知行動療法に基づく標準的な治療プログラムが開発されたが、まだ普及しているとは言えない状況である。

ギャンブル障害は、多重債務、貧困、自殺、犯罪といった関連問題もみられるため、医療のみならず、様々な公的・民間の関係機関を含めた支援体制の整備が急務であり、公的保健機関や民間施設などさまざまな機関においてギャンブル障害の治療、支援方法の検討、その普及や均霑化が必要である。

本研究班は、治療を求めて医療機関を受診するギャンブル障害の実態について調査することを目的とする。また、当初、本研究は、日本医療研究開発機構研究班が作成した認知行動療法に基づくギャンブル等依存症治療プログラムの効果を検証することを目的としたが、治療プログラムは医療機関によってもさまざまであり、受診者数も限られることから、治療プログラムの内容は限定せず、医療機関における治療の効果を検証することに変更した。

海外の調査によると、ギャンブル障害の治療として、認知行動療法²⁾や動機づけ面接³⁾が有効であることが示されている。しかし、すべてのギャンブル障害に有効とは言えず、治療終了時の有効率は、39%から89%、治療後12か月で30%から71%とされる⁵⁾。しかし、これらの治療成績の違いは、治

療効果の評価方法の違いによるところもあることから、Banff consensusと呼ばれる治療効果評価が提唱されており、ギャンブルを使った金額やギャンブルの頻度、ギャンブルをしたり考えたりする時間を最低限の必要条件としている⁴⁾。

このような治療効果の違いには、ギャンブル障害の疾患異質性も考慮する必要があり、ギャンブル障害の特徴として、他の依存と同様に精神科併存症が多いことが示されている。海外の調査によれば、精神科疾患の中でもニコチンを含む物質使用障害、アルコール使用障害、気分障害、不安障害が多いとされる。住民調査の系統的レビューによると、合併する割合は、ニコチン依存(60.1%)、アルコール使用障害(57.5%)、気分障害(37.9%)、不安障害(37.4%)の順に多いという⁵⁾。しかし、国内では、ギャンブル障害の併存症の実態は、ほとんど把握されておらず、併存症が及ぼす治療効果への影響についてもほとんど知られていない。

これらの要因や治療への動機、回復への意欲など様々な要因が治療効果に影響を及ぼすと考えられ、治療効果の予測因子を調査することによって、治療効果を得られやすい、あるいは治療効果の得られにくい特徴を解明することができれば、治療法の改善にも貴重なデータを提供すると期待される。

本研究は、初年度は、海外の文献を中心に治療効果の予測因子について調査を行い、治療効果検証において予測因子と考えられる因子を整理した。2年目は、効果検証研究のプロトコールを作成し、久里浜医療センター倫理審査委員会の承認を得た。ま

た、ギャンブル障害治療を行っている多施設の医療機関の協力を得て、治療を求めて医療機関を訪れるギャンブル障害を対象として、調査協力者を募ってベースライン調査を実施し、併存疾患などの実態を把握するとともに、追跡調査を開始してギャンブル行動を中心に経過を観察した。3年目の令和3年度は、調査組み入れを継続すると共に追跡調査を実施して治療効果を測定した。

B. 研究方法

令和3年度は、ギャンブル外来を有する多施設の医療機関と共同で、ギャンブル障害患者の調査組み入れを継続するとともに、追跡調査を実施した。表1に協力医療機関および代表者のリストを示す。各医療機関で共通のデータベースを使用して予診を行い、DSM-5のギャンブル障害と診断され、調査に同意の得られた者には、初診時にベースライン調査を実施し、さらに追跡調査に同意が得られたものは、受診後1ヶ月、3ヶ月、6ヶ月、9ヶ月、12ヶ月後に追跡調査を行った。

1. 調査対象者

対象者は、研究協力医療機関のギャンブル外来を受診する初診、再初診または初診から1か月以内の受診者で以下の選択基準を満たす者とする。

- 1) 年齢は20歳～65歳の男女
- 2) DSM-5⁶⁾にてギャンブル障害と診断される
- 3) 調査に同意が得られる
- 4) 治療プログラム参加の有無は問わない一方、除外基準は以下とした。
 - 1) 調査に同意が得られない
- 2) ギャンブル障害と診断できない
- 3) 認知機能に問題があり、質問の理解が不十分
- 4) 言語に問題があり、質問が十分理解できない
- 5) 担当医師が調査対象として適当ではないと判断する者

各医療機関では、ギャンブル問題を主訴に受診し、上記項目に合致する者に対して、各医療機関で共通の予診票に従って下記の情報を聴取し、担当医師が Structured Clinical Interview for DSM-5 Research Version: SCID-5-RV)⁶⁾に基づいて診断を行い、ギャンブル障害と診断されるものを対象に、調査について説明し、同意の得られた者を調査に組み入れて、ベースライン調査を実施した。調査全体で、200例の組み入れを目標とした。

2. ベースライン調査

ベースラインの調査は、面接によって以下の内容を聴取した。

1. 予診による聴取
 - a) 氏名、性別、年齢、生年月日
 - b) 住所、電話番号（固定電話と携帯）、メールアドレス
 - c) 同伴受診者の有無と情報提供の有無
 - d) 最終学歴
 - e) 婚姻状況、婚姻歴
 - f) 就労状況（職業）と仕事の種類
 - g) 主な収入と世帯年収
 - h) 住居について
 - i) 同居家族の有無
 - j) 受診のきっかけ
 - k) ギャンブル問題の相談経験の有無
 - l) ギャンブル歴（開始年齢、習慣的ギャンブル開始年齢、隠れギャンブル、問題

- 化年齢、初めて発覚した問題の種類と年齢、受診前の最終ギャンブル)
- m) 主なギャンブルの種類と方法（オンライン利用の有無）
 - n) ギャンブルを始めたきっかけ
 - o) ギャンブルの状況（頻度、勝った金額・負けた金額、平均金額）
 - p) ギャンブルによる問題（家庭問題、社会・学業問題、借金の有無と金額）
 - q) 健康問題（身体と精神、既往を含む）
 - r) 喫煙と飲酒の状況
 - s) 自殺念慮（過去、現在）と自殺企図経験の有無
 - t) 治療目標（節ギャンブルか断ギャンブルか）
 - u) GA 参加の有無
 - v) 希望する治療

2. 併存疾患調査

精神科併存疾患の有無については、以下の構造化面接によって併存疾患の有無について評価を行った

- a) 併存疾患（MINI）⁷⁾
- b) Semi-Structured Assessment for the Genetics of Alcoholics, 2nd edition (SSAGA-II)（注意欠陥多動性障害セクション）⁸⁻¹⁰⁾

3. 自記式調査票（ベースライン調査）

以下の項目について対象者より回答を得た。

- a) ギャンブル症状評価尺度（Gambling Symptom Assessment Scale: GSAS）（12問）^{11, 12)}

- b) ギャンブル認知の評価尺度（Gambling Related Cognitions Scale: GRCS）（23問）^{13, 14)}
- c) ギャンブル問題の重症度尺度（Problem Gambling Severity Index: PGSI）^{15, 16)}
- d) 抑うつ尺度（K-6）（6問）^{17, 18)}
- e) 飲酒問題（AUDIT-C）（3問）^{19, 20)}
- f) フラッシング質問票（2問）²¹⁾
- g) 喫煙の有無（1問）
- h) 衝動性尺度（Barratt Impulsiveness Scale: BIS）（30問）^{22, 23)}
- i) 小児期逆境体験質問票（1問）

診断は、各医療機関の担当医師が面接にて行ったが、予診、併存疾患スクリーニングのための構造化面接は、精神保健福祉士、心理士など各医療機関の担当者が実施した。同意の得られた対象者の調査への組み入れおよびベースライン調査は、タブレットPCや受診者のスマートフォンを利用して情報を得たが、パソコン操作に不慣れな者場合には、紙の調査票を用いた。

診断後の治療内容は、各医療機関で通常実施されているもので担当医がその適応を判断した。追跡調査は、治療プログラム参加の有無にかかわらず、同意の得られたものを対象として実施した。

4. 追跡調査

調査に同意し、かつ追跡調査にも同意した者を対象に、受診後1カ月、3カ月、6カ月、9カ月、12カ月後に調査を実施した。追跡調査の項目一覧を表2に示す。追跡調査は、スマートフォンで登録した者は、スマートフォンで回答を得て、紙で回答した者はアンケートを郵送して回答を返送してもらった。

- 調査項目は以下の内容である。
- a) 通院の有無（毎回）
 - b) 治療内容（プログラム参加、個人精神療法など）（毎回）
 - c) プログラム終了の有無
 - d) 初診からのギャンブルの有無（毎回）
 - e) 調査前1ヶ月間のギャンブル回数（毎回）
 - f) 初診後のギャンブル回数（毎回）
 - g) 調査前1カ月間にギャンブルを使った金額の平均（毎回）
 - h) 初診からの借金の有無（毎回）
 - i) 治療目標（6か月後、12か月後）
 - j) 社会機能の自記式評価尺度（Work and Social Adjustment Scale: WSAS）（5問）
(1か月後、6カ月後、12ヶ月後)^{24,25)}
 - k) GSAS、PGSI、K-6、GRCS（6か月後、12か月後）

5. 統計学的解析

ベースラインで聴取した属性および臨床的特徴に関して記述統計を中心に集計した。群間の有意差検定は、量的変数についてはt-検定を、カテゴリカル変数については、ピアソンのカイ二乗検定またはフィッシャーの正確確率検定を用いた。検定を用いる際は、有意水準5%を基準として、統計的有意を判定した。データ解析には統計ソフトSAS ver. 9.4を用いた。

（倫理面への配慮）

本研究は、久里浜医療センターおよび各協力医療機関において倫理審査委員会の承認を得て実施している。

C. 研究結果

1. ベースライン集計

1) 予診情報の集計

調査対象者の組み入れは、2021年2月8日から2021年9月20日の間である。調査に同意して、登録されたのは、男性195名（平均年齢：36.2±8.7歳）、女性7名（平均年齢39.1±9.8歳）であり、参加者

は、調査目標の200名に到達した。表3に男女別の年代分布を示す。参加者の年代は男女とも30歳代が最多であった。表4に家族構成を示す。男性は配偶者との同居が最多で、子供との同居が次ぎ、女性は子供との同居が最多で、配偶者との同居、親との同居が次ぎに多かった。表5には婚姻状況を示す。男性は既婚が過半数で、離婚が次に多いが、女性では未婚が最多で、離婚が次に多い。表6には最終学歴を示す。男性は大学が最多で、女性は高校が最も多かった。修了については、卒業が147名(80.3%)であり、中退が33名(18.0%)、在学中3名(1.6%)であった。

表7に職業分布を示す。雇用されているのは、正規・非正規を問わず男性の83.4%、女性の71.4%であった。

表8に、主な収入の分布を示す。本人の収入と回答したのは、男性の85.3%、女性の71.4%といずれも最多であった。表9に年収の分布を示す。無回答は28例と多いが、男性は400万円以上600万円未満が最多で、女性では100万円以上200万円未満が最多であった。

表10に受診時の精神的問題について示す。表にある各項目の有無を確認したところ、最も頻度が高いのは、男性では不安(40.2%)で罪悪感が33.9%と次に多い。女性も不安とイラライラが各々57.1%と最も多い。

表11には、生涯および過去1年間の希望死念慮の有無、生涯の自殺企図の有無の割合を示す。いずれも高い割合であり、男女間に有意な差は認めなかった。

表 12 に喫煙の有無を示すが、男女とも 4~5 割が喫煙者であった。

表 13 に飲酒の有無、表 14 にアルコール使用障害のスクリーニングテストである AUDIT-C の結果を示す。男性の 69.1%、女性の 57.1% が飲酒していたが、AUDIT-C のカットオフ値（男性 5 点、女性 4 点）を上回って飲酒問題が疑われたのは、男性の 26.7%、女性の 28.6% であった。

表 15 には、精神科の通院、入院歴及び既往歴を示す。男性の 30.6%、女性の 42.9% に通院歴があり、ギャンブル以外の既往歴としては、抑うつ障害が多い。ギャンブル障害での受診歴は、男性の 13.4%、女性の 14.3% に認められた。

表 16 にギャンブル行動に関して聴取した結果を示す。ギャンブルを始めた年齢の平均は、男性 19.0 歳、女性 20.1 歳、習慣的に（月に 1 回以上の頻度）でギャンブルをするようになった年齢の平均は、男性 20.6 歳、女性 21.0 歳と初めてギャンブルをしてから 1 年程度で習慣的にギャンブルをしている。隠れてギャンブルをするようになった平均年齢は、男性 25.7 歳、女性 22.0 歳と習慣的にギャンブルをするようになって 5 年程度で隠れてギャンブルをするようになっている。ギャンブルをすることを隠すこととは、ギャンブル障害の診断基準にも含まれている行動であり、ギャンブル問題が示唆される行動である。初めてギャンブル問題が発覚した年齢の平均値は、男性 27.3 歳、女性 27.3 歳と隠れてギャンブルをするようになって 2 年弱で問題が発覚したことになる。表 17 には、最初に発覚した問題の内容を示す。ほとんどが借金であり、家庭問題が次ぐ。

表 18 には、ギャンブルの手段を示す。オンライン・オフライン両方を含めると、男女とも半数はオンラインギャンブルを利用していた。

表 19 にはギャンブルの種類（該当するもの全て）、表 20 にはギャンブルの目的（複数選択）を示す。ギャンブルの種類は、男女ともパチンコ、パチスロが最多であり、男性では競馬、競艇、女性では競輪が次ぐ。ギャンブルの目的は、男性では金稼ぎがほとんどで、ストレス解消が次に多いが、女性ではストレス解消が金稼ぎよりも多い。

表 21 に最も多い時のギャンブルの頻度を示す。男女とも週に 7 回以上と毎日ギャンブルをしていた者の割合が高い。表 22 にギャンブルに使った金額（勝った分は含めない）の平均値を示す。ばらつきが大きいが、男性では 1 日に平均約 13 万円、女性では約 5 万円であった。

表 23 には借金額を示す。現在の金額は、男性で平均 294 万円、女性は 136 万円で、総額は、男性 827 万円、女性 742 万円であった。借金への対応を表 24 に示すが、家族や知人からの借金で対応している者が最多であり、一方で、男性の約 4 割、女性の約 2 割が法律家に相談していた。また、債務整理をした者も男性の 27%、女性の 33% にみられた。

表 25 にはギャンブルによる問題について、社会生活への影響、触法行為、子供への影響に分類して示す。社会生活への影響は、男女とも失業が多かった。触法行為は、男性では横領、窃盗の順に多く、女性も窃盗と回答した者が 1 名あった。子供がいる 107 名を対象に、子供への影響を聴取

しているが、虐待やネグレクトと回答した者はわずかであった。

GA 参加経験の有無については、男性の約 2 割、女性の 3 割が参加した経験を有していた（表 26）。

2) 併存疾患に関する構造化面接

表 27 に MINI の結果を示す。

表 27 に示した精神科疾患のうち、C の自殺の危険を除き、何らかの精神科疾患（現在）を併存している者は、男性の 75 名（38.5%）、女性の 3 名（42.9%）であり、合計で 78 名（38.6%）が何らかの精神科疾患を併存していた。

併存する精神科疾患では、うつ病が最多であり、アルコール依存、広場恐怖の順に多かった。

MINI には神経発達障害群の項目は含まれていないため、SSAGA-II の ADHD セクションを用いて構造化面接にて併存の有無を検討した。その結果を表 28 に示す。回答の得られた 199 名中、注意欠陥/多動性障害混合型は 4 名、不注意優勢型は 6 名、多動性-衝動性優勢型は 3 名が該当し、併存していたのは、13 名（6.5%）であった。

3) SCID-5-RV を用いた診断面接結果

表 29 に DSM-5 ギャンブル障害の診断基準の各項目に該当した割合を性別に示す。該当した割合が最も高いのは、第 7 項目の“嘘をつく”であり、第 6 項目の負けの深追い、第 9 項目の借金と続く。一方、該当する割合が低いのは、第 3 項目の離脱、第 5 項目の気晴らしで、該当する割合は半分以下であった。さらに、該当する項目数に基づく重症度の分布を男女別に示す。各項目に該当する割合、重症度とも男女で統計学的に有意な違いは認められなかった。

4) 自記式評価尺度に関する集計

① GRCS

GRCS は、ギャンブル障害者の非合理的な考えを測定する尺度であり、ギャンブルに対する期待、ギャンブルを断つことの放棄、幻想的必勝法、誤った統計的予測、偏った解釈の 5 つの因子で評価される。

表 30 に男女別に点数の平均値を示すが、男女間での有意な差は認められなかつた。表 31 には、DSM-5 診断基準該当項目数による重症度との関連を示す。幻想的必勝法を除く各因子の点数は、重症度と正の相関が認められ、重症度が高くなるにつれて、各因子の点数も高くなっていた。

② GSAS

GSAS は、ギャンブル問題の症状や重症度を多角的に測定する尺度である。

GSAS の点数分布を男女別に表 32 に示す。男女間で有意な差は認められなかつた。DSM-5 重症度との相関は表 33 に示す。GSAS による評価と DSM-5 重症度との間に、カイ二乗検定では、有意な差は認められなかつたが、平均得点を分散分析によって 3 群間で比較すると、重症度と比例して、点数の増加が認められた。

③ PGSI

PGSI は、ギャンブル問題の自記式のスクリーニングテストである。合計得点によって、評価するものであり、表 34 に性別の結果を示す。男女ともほとんどが、問題ギャンブラーとされる 8 点以上であった。

④ 衝動性尺度 (BIS)

多次元の概念である衝動性を評価する尺度として BIS にベースラインで回答していもらい、DSM-5 診断基準で評価した重症度によって点数を比較した（表 35）。BIS 点

数が高いほど衝動性が高いと評価されるが、表に示すように、重症度と比例して BIS 点数が高く、衝動性の高さはギャンブル障害の重症度と関連することが示唆された。

⑤ K6

K6 はうつ、不安の尺度であり、得点が高いほど重度であることが示唆される。

表 36 に男女別の分布を示す。男性の 90%以上、女性では全例 13 点以上であり、男女ともに強いうつ、不安状態にあることが示された。

表 37 には、DSM-5 による重症度との関連を示すが、うつ、不安の強さと重症度との間に関連は認められなかった。

④ 小児期逆境体験

表 38 に小児期逆境体験の有無について男女別に示す。表 39 には、10 の体験で該当する体験数の分布を示す。8 名から回答が得られていないが、21 名 (10.8%) は、複数の逆境体験の経験者であった。

2. 追跡調査結果

令和 4 年 5 月 20 日時点で、9 ヶ月調査は、168 名対象中、117 名が回答 (69.64%)、12 ヶ月調査は、対象となる 80 名中 56 名が回答 (70%) しているが、本報告書では、参加者全員が対象となっている受診後 6 ヶ月までの追跡調査についてまとめる。

1) 追跡調査対象者

ベースライン調査に回答した者のうち、追跡調査に同意したのは、男性 177 名 (平均年齢 (SD) : 36.2 (8.6) 歳)、女性 6 名 (39.5 (10.7) 歳) の計 183 名であった。

2) 追跡調査回答率

表 40 に受診後調査の回答率を男女別に示す。1 か月後は、88.5%、3 ヶ月後は 84.2%、6 カ月後は、78.7% の回答率であった。追跡調査に同意した女性は、6 か月まで全員から回答を得られた。

3) 通院の有無

表 41 に外来受診後の通院の有無を示す。受診後の経過時間が長くなるにつれて通院している割合は低下し、6 カ月後に通院を継続しているものは 54.6% であった。

4) 通院の頻度

通院している者に通院の頻度を確認したところ、週 1 回、隔週といった高い頻度で通院する者の割合は、受診後の期間が長くなるにつれて低下していたが、いずれの調査においても月 1 回の頻度が最多であった (表 42)。

5) 治療内容

該当する治療内容について回答 (複数回答) を得た。表 43 に結果を示すが、医師による診察と冊子を用いたプログラムが最多であった。

6) プログラム参加状況

治療プログラム参加者に状況を確認したところ、表 44 に示すように、受診 6 カ月後では 30% が修了しており、途中でやめたのは、16% であった。

7) 外来受診後のギャンブルの有無

表 45 に外来受診後のギャンブルの有無を示す。受診後の経過が長くなるにつれてギャンブルを止めている者の割合は低下するが、6 カ月後で 56.3% が止めていると報告している。

8) ギャンブル回数の変化

外来受診後にギャンブルをしていると回答した者を対象に、回数の変化を質問し

たところ、8割近くが減少していると回答しており、止めてはいないものの回数を減らしているものが多数を占めた（表 46）。

9) ギャンブルを使う金額の変化

同様にギャンブルをしたと回答した者にギャンブルを使う金額の変化について質問したところ、受診 6 カ月後の時点でも金額が減ったと回答したものが 73.8% と多数を占めていた（表 47）。

10) 最もお金を使ったギャンブルの種類

受診後にギャンブルをしたと回答した者を対象に、ギャンブルの種類を質問したところ、表 48 に示すように、パチンコが最多であった。

11) ギャンブルの回数（表 49）

調査前 1 か月間のギャンブルの回数は、6 カ月後で、平均で 8.3 回、中央値は 3 回であったが、1 回から 100 回とばらつきが大きい。

12) ギャンブルを使った金額

表 50 に調査前 1 ヶ月間に使った 1 日の平均金額を示す。回数同様にばらつきが大きいが、平均で 46,172 円、中央値は 1 万円であった。

13) 借金の有無

表 51 に受診後の新たな借金の有無を示す。受診 6 カ月後の時点で新たな借金をしたと回答した者は、16% であった。

14) GA 参加の有無

表 52 に、受診後の GA 参加の有無を示す。約 2 割の者が参加したと報告している。

15) ギャンブルに対する考え方

表 53 にギャンブルに対する考え方を示す。7 割が「すべてのギャンブルを止めたい」と回答しており、問題のある「ギャン

ブルのみ止めたい」を合わせると 9 割以上がギャンブルを止めるなどを希望していた。

16) ギャンブルに対する考え方の変化

表 54 にベースラインと 6 カ月後の考え方の変化を示す。ベースラインですべてのギャンブルを止めたいと回答した 116 名のうち、25 名 (21.6%) が、「問題のあるギャンブルだけ止めたい」「続けたい」などに変化している一方、ベースラインで「問題のあるギャンブルのみ止めたい」、「続けたい」などと回答していた 21 名のうち、8 名 (38%) が「全て止めたい」に変化していた。

17) WSAS 点数の分布と変化

社会機能の自記式評価尺度である WSAS の 1 カ月後と 6 カ月後の点数分布を表 55 に示す。また、1 カ月後と 6 カ月後の変化を表 56 に示す。WSAS は、点数が高いほど、機能低下があると評価される。1 カ月後と 6 カ月後で、10 点未満の割合は増加した一方、重大な機能障害ありの割合も増加している。1 カ月後調査に 10 点未満で問題のなかった 81 名のうち 20 名 (24.7%) が 10 点以上に変化している一方、1 カ月後に 10 点以上だった 57 名のうち、25 名 (43.8%) が 10 点未満に改善していた。表 57 には、受診後のギャンブルの有無と WSAS の変化の関連を示すが、ギャンブルをしていない者では、1 カ月後も 6 カ月後も 10 点未満（正常）の割合が高い一方、悪化の割合は低く、ギャンブルの有無が社会機能にも関連している可能性が示唆された。

18) GRCS 点数

ギャンブル障害者の非合理的な考え方を測定する尺度である GRCS 点数の変化につい

て表 58 に示す。GRCS は、ギャンブルに対する期待、ギャンブルを断つことの放棄、幻想的必勝法、誤った統計的予測、偏った解釈の 5 つの因子で評価され、点数が高いほど非合理的な考えが強い。表 58 に示すように、ベースラインと 6 カ月後の比較では、すべての因子で点数が有意に減少しており、非合理的な考え方方が弱くなっていることが示された。ギャンブルの有無とベースライン時および 6 カ月後の GRCS 得点との関連を表 59 に示す。ベースラインでの比較では、ギャンブルをしたと回答した者で、ギャンブルに対する期待、ギャンブルを断つことの放棄の 2 つの因子で有意に点数が高く、非合理的な考え方の強さが治療効果に影響する可能性を示唆している。一方、6 カ月後の GRCS 得点の比較では、すべての因子においてギャンブルをした者では点数が有意に高く、ギャンブルを止めることで考え方にも変化が生じているのではないかとも考えられる。図 1 にギャンブルの有無で分けた各因子の変化を示す。反復測定分散分析では、誤った統計的予測および偏った解釈は、有意にギャンブルをしていない者で点数が減少していた。

1 9) GSAS 点数

GSAS は、ギャンブル問題の症状や重症度を多角的に測定する尺度であり、点数が高いほど、症状が強いと評価される。

表 60 に、ベースラインと 6 カ月後の GSAS 点数分布の変化を示す。ベースラインで non problem と評価された 41 名のうち、13 名 (31.7%) が点数が悪化しているのに対して、ベースラインで non problem 以上の 102 名のうち、40 名 (39.2%) は non

problem の評価になっており、6 カ月間の改善が示された。

表 61 には、ギャンブルの有無での比較を示すが、ギャンブルのない者で non problem の割合が有意に高い。

2 0) K6 に関する集計

K6 はうつ、不安の尺度であり、得点が高いほど重度であることが示唆される。

表 62 にベースラインと 6 カ月後の K6 点数分布を示す。ベースラインでは、90% を超える者で強い抑うつ、不安が示唆されていたが、その割合は 6 カ月後もあまり変化がなく、回答した 142 名のうち、127 名 (89.4%) が 13 点以上であった。表 63 には、ギャンブルの有無との関連を示す。ギャンブルの有無で比較しても K6 点数とは関連が認められず、ギャンブルをしていない者にも強い抑うつ、不安が認められた。

2 1) PGSI

表 64 にギャンブルの有無で PGSI 点数を比較した結果を示す。

ギャンブルをしていない者では、ギャンブルをした者と比べて有意に non-problem, low risk と評価される者の割合が高い。PGSI は、過去 1 年間のギャンブルについて問うスクリーニングテストのため、6 カ月後調査では、ギャンブルをしていない者でも全員が non-problem にはならないと考えられる。

2 2) BIS

表 65 に 6 カ月調査でのギャンブルの有無でベースラインの衝動性尺度 (BIS) 点数を比較した結果を示す。

ギャンブルをしていない者でやや点数が低いものの、統計的有意差は示されていない。

D. 結果のまとめと考察

本年度は、令和2年度に開始した対象者の組み入れを継続して、追跡調査を実施した。協力医療機関のスタッフの方々の協力を得て、当初目標とした200名を超える調査参加者を得ることができ、ギャンブル外来を受診するギャンブル障害者の実態を把握することができた。

ベースライン調査で得られたギャンブル外来を受診する者の特徴としては、①受診時の精神的問題では、不安、罪悪感、イライラを抱えて受診する者が多い、②希死念慮を有する割合、自殺企図の経験も男女を問わず高い割合である、③喫煙率が男女とも高い、④飲酒問題を評価するAUDIT-Cでカットオフ値（男性5点、女性4点）を上回る割合は、男性26.7%、女性28.6%であった。一般住民の調査では、男性40.7%、女性23.2%と報告されており²⁶⁾、特にギャンブル障害が多いとは言えない、⑤精神科通院歴は、男女とも3割程度に認められ、ギャンブル障害での受診歴は13-14%であった、⑥ギャンブルを始めた年齢は、平均で男性19歳、女性で20歳であった。一般住民調査の結果で、20歳未満でギャンブルを経験しているのは、男性の43.2%、女性の17.3%であり²⁶⁾、ギャンブル障害者は、若い年齢から始めていることが示唆された、⑦男女とも4割程度の者に精神科併存疾患があり、うつ病が最多であった、⑧6.5%にADHDの併存が疑われた、⑨GRCSとDSM-5による重症度では、ギャンブルに対する非合理的な考えが強いことは重症度と相關していることが示された、⑩ギャンブル外来を受診するギャンブル障害者のほとんどが強

い抑うつ、不安状態にある、⑪1つ以上の小児期逆境体験を有する割合は、男女で31.4%だが、一般住民調査では、25.0%であり²⁶⁾、ギャンブル障害者で高い割合であることが示唆された。

追跡調査の主な結果は、以下の通りである。

- ⑪6か月調査の回答率は、78.7%
- ⑫受診6カ月後で通院を継続しているのは、54.6%
- ⑬通院している者では、頻度は月1回が多い
- ⑭治療内容は冊子を用いたプログラムと医師による診察が最多
- ⑮プログラムによる治療を受けている者では、6か月の時点で約30%がプログラムを終了しており、途中でやめて続ける気がないのは16%
- ⑯受診後にギャンブルを止めている割合は、56.3%
- ⑰ギャンブルをしたと回答した者も回数が減ったと回答しているのが77.1%
- ⑱ギャンブルをしたと回答した者でギャンブルに使う金額が減ったと回答しているのは、73.8%
- ⑲受診後にしたギャンブルの種類では、パチンコが最多
- ⑳受診後に新たに借金をしたのは、16%
- ㉑受診後にGA参加したのは、22.9%
- ㉒6カ月調査では、「すべてのギャンブルを止めたい」と回答している者が約7割であり、「問題のあるギャンブルのみ止めたい」を合わせると9割以上がギャンブルを止めることを希望していた

⑬ギャンブルを止めている者では、社会的機能も改善がみられる

⑭ギャンブルに対する非合理的な考えがベースラインで強いものでは、受診後もギャンブルをする割合が高く、受診後の予後を予測する因子になる可能性が示唆された。

⑮K6 得点は、ベースラインで点数が高く強い抑うつ、不安が示唆される者の割合が高いが、6 カ月後もその割合には明らかな変化はなく、ギャンブルの有無で比較しても同様であった。これらの結果より、ギャンブル以外の要因が関与している可能性が考えられた。

E. 結論

治療を求めて医療機関を受診するギャンブル障害のベースラインおよび追跡調査を実施し、受診 6 カ月後調査までの結果を集計して報告した。

医療機関を受診するギャンブル障害の実態が把握でき、その特徴を明らかにするとともに、構造化面接による精神科併存症の有無、割合を報告した。追跡調査では、6 ヶ月の時点で過半数がギャンブルを止めている実態が明らかになった。また、ギャンブルを止めていない者においても、回数やギャンブルに使う金額が減っていると回答した者の割合は 70% を超えており、治療の効果が示唆された。ギャンブルに対する非合理的な考えの強さが予後を予測する因子である可能性が示唆された。一方、うつ、不安の強さは、6 カ月後まで持続しており、診療や支援に当たっては、その点に配慮することが必要と考えられた。

参考文献

1. 松下幸生：新しい依存について—ギャンブル依存の実態と対応 産業精神保健, 2019;27(4):306-309
2. Cowlishaw S, Merkouris C, Dowling N, et al.: Psychological therapies for pathological and problem gambling. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012 Nov 14;11:CD008937.
3. Yakovenko I, Quigley L, Hemmelgarn BR, et al.: The efficacy of motivational interviewing for disordered gambling: systematic review and meta-analysis. Addict Behav. 2015; 43: 72-82
4. Walker M, Toneatto T, Potenza MN, et al.: A framework for reporting outcomes in problem gambling treatment research: The Banff, Alberta consensus. Addiction, 2005;101:504-511.
5. Lorains FK, Cowlishaw S, Thomas SA, et al.: Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. Addiction 2011; 106: 490-498
6. 高橋三郎監修、北村俊則訳：SCID-5-RV 使用の手引き：DSM-5 のための構造化面接 医学書院, 2020 年
7. Sheehan DV, et al: M.I.N.I. (大坪天平ほか訳)、星和書店, 2003 年
8. Bucholz KK, Cadoret R, Cloninger CR, Dinwiddie SH, Hesselbrock VM, Nurnberger JI Jr, et al.: A new, semi-structured psychiatric interview for use in genetic linkage studies: A report on the reliability of the SSAGA. J Stud Alcohol. 1994;55:149-

- 58.
9. Bucholz KK, Hesselbrock VM, Shayka JJ, Nurnberger JI Jr, Schuckit MA, Schmidt I, et al. Reliability of individual diagnostic criterion items for psychoactive substance dependence and the impact on diagnosis. *J Stud Alcohol*. 1995;56:500–5.
 10. Hesselbrock M, Easton C, Bucholz KK, Schuckit M, Hesselbrock V. A validity study of the SSAGA--a comparison with the SCAN. *Addiction*. 1999;94:1361–70.
 11. Yokomitsu K., & Kamimura, E. (2019).. Factor structure and validation of the Japanese version of the Gambling Symptom Assessment Scale (GSAS-J). *Journal of Gambling Issues*, 41.
doi:10.4309/jgi.2019.41.1
 12. Kim, W. S., Grant, E. J., Potenza, N. M., Blanco, C., & Hollander, E. (2009). The Gambling Symptom Assessment Scale (G-SAS): A reliability and validity study. *Psychiatry Research*, 166, 76–84.
doi:10.1016/j.psychres.2007.11.008.
 13. Yokomitsu K., Takahashi, T., Kanazawa J., & Sakano Y. (2015). Development and validation of the Japanese version of the Gambling Related Cognitions Scale (GRCS-J). *Asian Journal of Gambling Issues and Public Health*, 5, 1. doi:
<https://doi.org/10.1186/s40405-015-0006-4>
 14. Raylu, N., Oei, T. P. (2004). The Gambling Related Cognitions Scale (GRCS): Development, confirmatory factor validation and psychometric properties. *Addiction*, 99(6), 757-769.
 15. So R, Matsushita S, Kishimoto S, Furukawa TA. Development and validation of the Japanese version of the problem gambling severity index. *Addictive behaviors*. 2019 Nov 1;98:105987.
 16. Ferris JA, Wynne HJ. The Canadian problem gambling index. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse; 2001 Feb 19.
 17. Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, et al.: Screening for serious mental illness in the general population. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Feb;60(2):184-9.
 18. Furukawa T, Kawakami N, Saitoh M, et al.: The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. *Int J Methods Psychiatr Res*, 17(3): 152-158, 2008.
 19. Johnson JA, Lee A, Vinson D, Seale JP.: Use of AUDIT-based measures to identify unhealthy alcohol use and alcohol dependence in primary care: a validation study. *Alcohol Clin Exp Res*, 2013; 37: 253-9.
 20. Osaki Y, Ino A, Matsushita S, et al.: Reliability and Validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test - Consumption in Screening for Adults with Alcohol Use Disorders and Risky Drinking In Japan. *Asian Pac J Cancer Prev*, 2014; 15(16):6571-4.
 21. Yokoyama A, Muramatsu T, Ohmori T, et al.: Reliability of a flushing questionnaire and the ethanol patch test in screening for inactive aldehyde dehydrogenase-2 and alcohol-related cancer risk. *Cancer*

- Epidemiol Biomarkers Prev. 1997; 6(12):1105-7.
22. Stanford MS, Mathias CW, Dougherty DM, Lake SL, Anderson NE, Patton JH. Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: an update and review. Pers Individ Dif, 2009; 47:385-95.
23. Someya T, Sakado K, Seki T, et al.: The Japanese version of the Barratt Impulsiveness Scale, 11th version (BIS-11): its reliability and validity. Psychiatry Clin Neurosci. 2001 55(2):111-4.
24. Mundt JC, Marks IM, Shear MK, et al.: The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning. Br J Psychiatry, 2002;180:461-464.
25. 山本竜也、古賀佳樹、坂井 誠：Work and Social Adjustment Scale (WSAS)日本語版の作成と信頼性・妥当性の検討 精神医学 2019;61(10):1207-1214.
26. 独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター：令和2年度 依存症に関する調査研究事業 「ギャンブル障害およびギャンブル関連問題の実態調査」報告書 (<https://www.ncasa-japan.jp/pdf/document41.pdf>)

F. 健康危険情報

特にない。

G. 研究発表

1. 論文発表

英文

- 1) Ueno F, Matsushita S, Hara S, Oshima S, Roh S, Ramchandani VA,

Mimura M, Uchida H: Influence of alcohol and acetaldehyde on cognitive function: findings from an alcohol clamp study in healthy young adults. Addiction. 2022;117(4):934-945.

- 2) Ueno F, Uchida H, Kimura M, Yokoyama A, Yonemoto T, Itoh M, Yumoto Y, Nakayama H, Matsushita S : Increasing trend in the prevalence of alcohol-sensitive individuals with alcohol use disorder over the past 40 years. Psychiatry Clin Neurosci. 2022; 76(1):32-33.

邦文

- 1) 松下幸生：ギャンブル障害（ギャンブル依存症）：本邦における現状と回復への取り組み 新薬と臨床 2021; 70巻6号 76-82.
- 2) 松下幸生：高齢期のアルコール使用の医学的問題 老年精神医学雑誌 第32巻第1号：13-21、2021
- 3) 松下幸生、遠山朋海：高齢期のアルコール問題 日本アルコール関連問題学会雑誌 第22巻第2号 1-6, 2021

2. 学会発表

- 1) ギャンブル問題とうつの関係 松下幸生、樋口 進、第18回日本うつ病学会総会/第21回日本認知療法・認知行動療法学会シンポジウム 2021/7/8 オンライン、口頭
- 2) 介護現場のアルコール問題 松下幸生、真栄里 仁、新田千枝、樋口 進、第

40回日本認知症学会学術集会、
2021/11/26、オンライン、口頭
3) ギャンブル実態調査の概要について
松下幸生、新田千枝、遠山朋海、樋口
進、2021年度アルコール・薬物依存関連
学会合同学術総会、2021/12/18、三重、口
頭
4) アルコール使用障害における非活性型
ALDH2 遺伝子頻度の変化および完全欠損症
例 松下幸生、上野文彦、横山 顕、木村
充、樋口 進、2021年度アルコール医学
生物学研究会、2022/2/4、オンライン、口
頭

H. 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
特になし

表1 研究協力医療機関一覧

医療機関名	代表者氏名（敬称略）
1 赤城高原ホスピタル	村山昌暢
2 旭山病院	山家研司
3 アパリクリニック	梅野充
4 茨城県立こころの医療センター	小松崎智恵
5 指宿竹元病院	竹元隆英
6 岡山県精神科医療センター	宋龍平
7 各務原病院	天野雄平
8 雁の巣病院	熊谷雅之
9 吴みどりヶ丘病院	長尾早江子
10 神戸大学大学院医学研究科精神医学分野	山木愛久
11 国立病院機構久里浜医療センター	松下幸生
12 国立病院機構さいがた医療センター	佐久間寛之
13 国立病院機構榎原病院	村田昌彦
14 国立病院機構肥前精神医療センター	武藤岳夫
15 昭和大学附属鳥山病院精神科	常岡俊昭
16 東北会病院	奥平富貴子
17 東布施辻本クリニック	辻本土郎
18 船橋北病院	南 雅之
19 メンタルオフィス亀戸	佐藤光雅
20 渡辺病院	山下陽三

表2 追跡調査項目一覧

初診から の期間	調査項目												
	通院の有 無	プログラ ム終了の 有無	初診から のギャン ブルの有 無	ギャンブ ル回数 (直近1 カ月間)	ギャンブ ル回数 (初診 後)	ギャンブ ルに使っ た1回あ たり平均 金額(直 近1カ 月)	初診から の借金の 有無	治療 目標	GSAS	PGSI	K-6	GRCS	WSAS
1ヶ月	○	○	○	○	○	○	○	○	—	—	—	—	○
3か月	○	○	○	○	○	○	○	○	—	—	—	—	—
6か月	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9カ月	○	○	○	○	○	○	○	○	—	—	—	—	—
12か月	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

表3 調査対象者の性別年代分布（ベースライン調査）

	性別		合計 (%)
	男性 (%)	女性 (%)	
20代	44(22.6)	1(14.3)	45(22.3)
30代	93(47.7)	4(57.1)	97(48.0)
40代	39(20.0)	0(0.0)	39(19.3)
50代	18(9.2)	2(28.6)	20(9.9)
60代	1(0.5)	0(0.0)	1(0.5)
合計	195	7	202
平均年齢	36.19±8.68	39.14±9.77	36.29±8.71

表4 家族構成（無回答3例）

	男性 (%)	女性 (%)	合計 (%)
同居家族：一人暮らし	47 (24.5)	2 (28.6)	49 (24.6)
同居家族：配偶者（内縁を含む）	93 (48.4)	3 (42.9)	96 (48.2)
同居家族：本人の親	54 (28.1)	3 (42.9)	57 (28.6)
同居家族：子ども	79 (41.2)	4 (57.1)	83 (41.7)

表5 婚姻状況（無回答3例）

	男性 (%)	女性 (%)	合計
既婚	105 (54.7)	1 (14.3)	106 (53.3)
内縁関係	2 (1.0)	1 (14.3)	3 (1.5)
離婚	16 (8.3)	2 (28.6)	18 (9)
未婚	69 (35.9)	3 (42.9)	72 (36.2)

男性 VS 女性; DF = 3, $\chi^2 = 13.08$, P = 0.0045

表6 最終学歴（無回答4例）

	男性 (%)	女性 (%)	合計 (%)
中学	4 (2.1)	0 (0)	4 (2)
高校	73 (38.2)	4 (57.1)	77 (38.9)
大学（4年制）	80 (41.9)	2 (28.6)	82 (41.4)
大学院	6 (3.1)	0 (0)	6 (3)
短大	1 (0.5)	1 (14.3)	2 (1)
専門学校	25 (13.1)	0 (0)	25 (12.6)
その他	2 (1.1)	0 (0)	2 (1)

表7 職業分布（無回答2例）

	男性 (%)	女性 (%)	合計 (%)
自営・自由業・経営者（家族従業含む）	5 (2.6)	0	5 (2.5)
勤め（正社員・正職員）	142 (73.6)	3 (42.9)	145 (72.5)
勤め（契約・派遣・嘱託・パート・アルバイト）	19 (9.8)	2 (28.6)	21 (10.5)
学生	3 (1.6)	0	3 (1.5)
無職	23 (11.9)	1 (14.3)	24 (12)
退職（今後働く予定なし）	1 (0.5)	1 (14.3)	2 (1)

男性 VS 女性; DF = 5, $\chi^2 = 16.26$, P = 0.0061

表8 主な収入

	男性 (%)	女性 (%)	合計 (%)
本人の収入	163 (85.3)	5 (71.4)	168 (84.9)
配偶者の収入	33 (22.5)	1 (20.0)	34 (22.4)
両親の収入	13 (9.7)	0	13 (9.7)
子供の収入	0	0	0
本人の年金	3 (1.6)	2 (28.6)	5 (2.5)
家族の年金	3 (1.6)	0	3 (1.5)
生活保護	7 (3.7)	1 (14.3)	8 (4.0)
その他	6 (3.1)	0	6 (3.0)

表9 年収の分布（無回答28例）

	男性 (%)	女性 (%)	人数 (%)
収入無し	14 (8.3)	0	14 (8)
1円以上～100万円未満	4 (2.4)	1 (16.7)	5 (2.9)
100万円以上～200万円未満	3 (1.8)	3 (50.0)	6 (3.4)
200万円以上～300万円未満	17 (10.1)	0	17 (98)
300万円以上～400万円未満	27 (16.1)	0	27 (15.5)
400万円以上～600万円未満	61 (36.3)	1 (16.7)	62 (35.6)
600万円以上～800万円未満	28 (16.7)	1 (16.7)	29 (16.7)
800万円以上～1,000万円未満	10 (6.0)	0	10 (5.7)
1,000万円以上～1,200万円未満	3 (1.8)	0	3 (1.7)
1,200万円以上	1 (0.6)	0	1 (0.6)

表 10 受診時の精神的問題（無回答 6 例）

	男性 (%)	女性 (%)	合計 (%)
不眠	40 (21.2)	0	40 (20.4)
不安	76 (40.2)	4 (57.1)	80 (40.8)
イライラ*	34 (18.0)	4 (57.1)	38 (19.4)
抑うつ	44 (23.3)	1 (14.3)	45 (23)
食欲不振	7 (3.7)	1 (14.3)	8 (4.1)
罪悪感	64 (33.9)	2 (28.6)	66 (33.7)
無力感	35 (18.5)	2 (28.6)	37 (18.9)
集中力低下	42 (22.2)	2 (28.6)	44 (22.4)
落ち着かない	30 (15.9)	1 (14.3)	31 (15.8)
発汗	5 (2.7)	1 (14.3)	6 (3.1)
パニック**	2 (1.1)	1 (14.3)	3 (1.5)
特になし	61 (32.3)	2 (28.6)	63 (32.1)
その他	16 (8.5)	0	16 (8.2)

*男性 VS 女性; DF = 1, $\chi^2 = 6.62$, P = 0.0101 (FISHER 正確確率 p = 0.0274)

**男性 VS 女性; DF = 1, $\chi^2 = 7.84$, P = 0.0051 (FISHER 正確確率 p = 0.104)

表 11 自殺に関連する項目

	男性 (%)	女性 (%)	無回答	合計 (%)
希死念慮（生涯）	112 (58.0)	4 (57.1)	2	116 (58.0)
希死念慮（過去一年）	83 (43.0)	2 (28.6)	4	85 (42.9)
自殺企図（生涯）	30 (15.5)	2 (28.6)	1	32 (15.9)

表 12 喫煙の有無（無回答 1 例）

	男性 (%)	女性 (%)	合計 (%)
喫煙している	100 (51.6)	3 (42.9)	103 (51.2)
禁煙した	31 (16.0)	2 (28.6)	33 (16.4)
これまで吸ったことはない	63 (32.5)	2 (28.6)	65 (32.3)
合計	194	7	201

表 13 飲酒の有無（無回答 4 例）

	男性 (%)	女性 (%)	合計 (%)
飲酒	132 (69.1)	4 (57.1)	136 (68.7)
断酒	6 (3.1)	0	6 (3.0)
全く飲まない	53 (27.8)	3 (42.9)	56 (28.3)
合計	191	7	198

表 14 AUDIT-C 得点分布

	男性	女性	合計
明らかな飲酒問題なし (男性 4 点以下、女性 3 点以下)	143 (73.3)	5 (71.4)	148 (73.3)
飲酒問題あり (男性 5 点以上、女性 4 点以上)	52 (26.7)	2 (28.6)	54 (26.7)
合計	195	7	202

表 15 精神科受診歴、入院歴の有無および精神科既往

	男性 (%)	女性 (%)	無回答	合計 (%)
通院歴あり	59 (30.6)	3 (42.9)	2	62 (31.0)
精神科入院歴あり	8 (4.3)	1 (14.3)	9	9 (4.7)
神経発達障害	8 (4.3)	0	9	8 (4.2)
統合失調症スペクトラム障害	5 (2.7)	0	9	5 (2.6)
双極性障害	3 (1.6)	1 (14.3)	9	4 (2.1)
抑うつ障害	14 (7.5)	1 (14.3)	9	15 (7.8)
不安障害	7 (3.8)	1 (14.3)	9	8 (4.2)
強迫性障害	0	0	9	0
解離性障害	2 (1.1)	1 (14.3)	9	3 (1.6)
睡眠覚醒障害	1 (0.5)	0	9	1 (0.5)
ギャンブル障害	25 (13.4)	1 (14.3)	8	26 (13.4)
その他	7 (3.8)	1 (14.3)	9	8 (4.2)

表 16 ギャンブル行動の経過について

	ギャンブル 開始年齢	習慣的ギャンブ ル開始年齢	隠れギャンブ ル開始年齢	初めてギャンブル 問題が発覚した 年齢
平均値	19.05	20.57	25.57	27.29
標準偏差	3.31	3.96	6.72	6.24
中央値	18	20	25	26
最小値	10	14	14	18
最大値	34	37	50	47
該当人数	202	199	159	198
欠損値/該当なし	0	3	43	4
男性平均値 (SD)	19.0 (3.3)	20.6 (3.9)	25.7 (6.8)	27.3 (6.3)
女性平均値 (SD)	20.1 (3.1)	21.0 (4.7)	22.0 (5.1)	27.3 (4.3)

表 17 最初に発覚した問題（無回答 1 例）

	男性 (%)	女性 (%)	人数 (%)
借金	170 (87.6)	5 (71.4)	175 (87.1)
仕事への影響	13 (6.7)	0	13 (6.5)
家庭問題	19 (9.8)	2 (28.6)	21 (10.4)
警察沙汰	4 (2.1)	0	4 (2)
失踪	0	0	0 (0)
その他	17 (8.8)	0	17 (8.5)

表 18 ギャンブルの手段（無回答 5 例）

	男性 (%)	女性 (%)	合計 (%)
主にオフライン	80 (41.9)	3 (50)	83 (42.1)
主にオンライン	64 (33.5)	2 (33.3)	66 (33.5)
オンライン/オフライン両方	47 (24.6)	1 (16.7)	48 (24.4)

表 19 ギャンブルの種類（該当するもの全て）

	男性 (%)	女性 (%)	人数 (%)
パチンコ	125 (64.1)	6 (85.7)	131 (64.9)
パチスロ	112 (57.4)	5 (71.4)	117 (57.9)
競馬	69 (35.4)	0	69 (34.2)
競輪	28 (14.4)	2 (28.6)	30 (14.9)
競艇	38 (19.5)	1 (14.3)	39 (19.3)
オートレース	5 (2.6)	0	5 (2.5)
宝くじ	6 (3.1)	0	6 (3.0)
スポーツくじ	3 (1.5)	0	3 (1.5)
カジノ（合法・違法）	13 (6.7)	0	13 (6.4)
ポーカー	0	0	0
麻雀	8 (4.1)	0	8 (4.0)
バカラ	3 (1.5)	0	3 (1.5)
FX	16 (8.2)	0	16 (7.9)
株や証券の信用取引	7 (3.6)	0	7 (3.5)
その他	10 (5.1)	0	10 (5.0)

表 20 ギャンブルの目的（該当するもの全て）（無回答 1 例）

	男性 (%)	女性 (%)	合計 (%)
何となく	33 (17.0)	1 (14.3)	34 (16.9)
時間つぶし	64 (33.0)	4 (57.1)	68 (33.8)
ストレス解消	77 (39.7)	5 (71.4)	82 (40.8)
息抜き・気晴らし	67 (34.5)	4 (57.1)	71 (35.3)
スリル	38 (19.6)	2 (28.6)	40 (19.9)
不安感の低減	27 (13.9)	2 (28.6)	29 (14.4)
稼ぎ・借金返済	155 (79.9)	4 (57.1)	159 (79.1)
その他	28 (14.4)	1 (14.3)	29 (14.4)

表 21 ギャンブルの頻度（1週間当たり）（最も多い時）

	男性 (%)	女性 (%)	人數 (%)
2回以下	24 (12.3)	1 (14.3)	25 (12.4)
3~4回	40 (20.5)	1 (14.3)	41 (20.3)
5~6回	44 (22.6)	2 (28.6)	46 (22.8)
7回以上	87 (44.6)	3 (42.9)	90 (44.6)
TOTAL	195	7	202

表 22 ギャンブルに使った金額（単位：万円）

	N	最も勝った金額 (/日)	N	ギャンブルに 使った平均金 額 (/日)	N	最も負けた金額 (/日)
男性	191	65.1±126.1	182	12.9±53.4	189	47.6±116.5
女性	7	15.6±10.3	7	4.8±4.7	7	11.6±4.9
全体	198	63.3±124.2	189	12.6±52.4	196	46.3±114.6

表 23 借金の金額（単位：万円）

	現在の借金			借金総額		
	全体	男性	女性	全体	男性	女性
N	193	187	6	194	188	6
平均値	289.5	294.4	136.2	823.8	826.5	741.7
中央値	130.0	130.0	68.5	500.0	500.0	575.0
標準偏差	511.0	517.5	190.4	1,112.5	1,120.8	886.8
範囲	4,000	4,000	500.0	10,000	1,000	2,300
最小値	0	0	0	0	0	0
最大値	4,000	4,000	500	10,000	10,000	2,300

表 24 借金への対応

	男性 (%)	女性 (%)	合計 (%)
家族知人からの借金	112 (57.4)	4 (66.7)	116 (57.7)
法律家への相談	77 (39.5)	1 (16.7)	78 (38.8)
自己破産	18 (9.2)	1 (16.7)	19 (9.5)
債務整理	52 (26.7)	2 (33.3)	54 (26.9)
その他	3 (1.5)	0	3 (1.5)

表 25 ギャンブルによる問題

	男性 (%)	女性 (%)	合計 (%)
社会生活への影響			
休職	12 (6.2)	0	12 (6.0)
失業	23 (11.9)	1 (16.7)	24 (12.0)
家出	11 (5.6)	0	11 (5.5)
失踪	12 (6.2)	0	12 (6.0)
留年	6 (3.1)	1 (16.7)	7 (3.5)
退学	4 (2.1)	1 (16.7)	5 (2.5)
その他	9 (4.6)	0	9 (4.5)
法に触れる行為			
窃盗	15 (7.7)	1 (16.7)	16 (8.0)
横領	21 (10.8)	0	21 (10.4)
詐欺	4 (2.1)	0	4 (2.0)
着服	6 (3.1)	0	6 (3.0)
傷害	0	0	0
その他	5 (2.6)	0	5 (2.5)
子供への影響（子供のいる 107 名）			
不登校	2	0	2 (1.9)
非行	0	0	0
ネグレクト	0	0	0
身体的虐待	0	0	0
心理的虐待	2	0	2 (1.9)
性的虐待	0	0	0
その他	9	0	9 (8.4)

表 26 GA 参加の有無

	男性 (%)	女性 (%)	人数
あり	38 (19.9)	2 (33.3)	40 (20.3)
なし	153 (80.1)	4 (66.7)	157 (79.7)

表 27 精神科併存症の分布 (MINI 結果)

M. I. N. I. 診断モジュール	男性 (%)	女性 (%)	合計 (%)
A 大うつ病エピソード現在	34/192 (17.7)	2/7 (28.6)	36 (18.1)
A 大うつ病エピソード過去	21/109 (19.3)	0/3	21 (18.8)
A メランコリー型の特徴を伴う大うつ病エピソード現在*	20/107 (18.7)	2/3 (66.7)	22 (20.0)
B 気分変調症現在	9/181 (5.0)	0/6	9 (4.8)
C 自殺の危険現在	95/185 (51.4)	2/7 (66.7)	97 (50.5)
C 自殺の危険度【軽度】	20/95 (21.1)	1/2 (50.0)	21 (21.6)
C 自殺の危険度【中度】	44/95 (46.3)	0/2	44 (45.4)
C 自殺の危険度【高度】	31/95 (32.6)	1/2 (50.0)	32 (33.0)
D 軽躁病エピソード現在	6/188 (3.2)	0/7	6 (3.1)
D 軽躁病エピソード過去	17/189 (9.0)	1/7 (14.3)	18 (9.2)
D 躁病エピソード現在	5/186 (2.7)	0/7	5 (2.6)
D 躍病エピソード過去	15/186 (8.1)	1/7 (14.3)	16 (8.3)
E パニック障害生涯**	1/192 (0.5)	1/7 (14.3)	2 (1.0)
E 症状限定発作現在	7/192 (3.6)	0/7	7 (3.5)
E パニック障害現在	0/192	0/7	0
F 広場恐怖現在	15/192 (7.8)	1/7 (14.3)	16 (8.0)
F 広場恐怖を伴わないパニック障害現在	0/192	0/7	0
F 広場恐怖を伴うパニック障害現在	1/192 (0.5)	0/7	1 (0.5)
F パニック障害の既往のない広場恐怖現在	14/192 (7.3)	0/7	14 (7.0)
G 社会恐怖（社会不安障害）現在	9/192 (4.7)	1/7 (14.3)	10 (5.0)
H 強迫性障害現在	6/190 (3.2)	1/7 (14.3)	7 (3.6)
I 外傷後ストレス障害現在	4/192 (2.1)	0/7	4 (2.0)
J アルコール依存現在	16/192 (8.3)	1/7 (14.3)	17 (8.5)
J アルコール乱用現在	7/192 (3.6)	0/7	7 (3.5)
K 薬物依存現在	1/192 (0.5)	0/7	1 (0.5)
K 薬物乱用現在	1/192 (0.5)	0/7	1 (0.5)
L 精神病症候群現在	4/181 (2.2)	1/7 (14.3)	5 (2.7)
L 精神病症候群生涯	8/178 (4.5)	1/7 (14.3)	9 (4.9)
L 精神病像を伴う気分障害現在	4/180 (2.2)	1/7 (14.3)	5 (2.7)
M 神経性無食欲症現在	2/190 (1.1)	0/7	2 (1.0)
N 神経性大食症現在	5/190 (2.6)	0/7	5 (2.5)
N 神経性無食欲症むちや食い/排出型現在	0/190	0/7	0
O 全般性不安障害現在	13/191 (6.8)	0/7	13 (6.6)
P 反社会性人格障害生涯	15/183 (8.2)	0/7	15 (7.9)

*男性 VS 女性; DF = 1, $\chi^2 = 4.20$, P = 0.0405, **男性 VS 女性; DF = 1, $\chi^2 = 12.86$, P = 0.0003

表 28 ADHD 併存の割合

	ADD (%)	ADHD (%)	HDD (%)	非該当 (%)	無回答	合計
女性	0	0	1 (14.3)	6 (85.7)	0	7
男性	6 (3.1)	4 (2.1)	2 (1.0)	180 (92.3)	3	195
合計	6 (3.0)	4 (2.0)	3 (1.5)	186 (92.1)	3	202

表 29 ギャンブル障害診断基準該当の割合と重症度分布

	DSM-5 ギャンブル障害診断基準	男性 (%)	女性 (%)	合計 (%)
1	興奮を得たいがために、賭け金の額を増やして賭博をする欲求	158 (81.0)	4 (57.1)	162 (80.2)
2	賭博をするのを制限する、減らす、または中止するなどの努力を繰り返し成功しなかったことがある	173 (88.7)	7 (100)	180 (89.1)
3	賭博をするのを中断したり、または中止したりすると落ち着かなくなる、またはいらだつ	83 (42.6)	4 (57.1)	87 (43.1)
4	しばしば賭博に心を奪われている	165 (84.6)	6 (85.7)	171 (84.7)
5	苦痛の気分の時に、賭博をすることが多い	92 (47.2)	5 (71.4)	97 (48.0)
6	賭博で金をすった後、別の日にそれを取り戻しに帰ってくることが多い	178 (91.3)	6 (85.7)	184 (91.1)
7	賭博へののめり込みを隠すために嘘をつく	183 (93.9)	7 (100)	190 (96.5)
8	賭博のために、重要な人間関係、仕事、教育、または職業上の機会を危険にさらし、または失ったことがある	123 (63.1)	5 (71.4)	128 (63.4)
9	賭博によって引き起こされた絶望的な経済状況をのがれるために、他人に金を出してくれるよう頼む	175 (89.7)	6 (85.7)	181 (89.6)

重症度 (DSM 該当項目数)	男性 (%)	女性 (%)	合計 (%)
軽症 (4-5)	36 (18.5)	0	36 (17.8)
中等症 (6-7)	88 (45.1)	4 (57.1)	92 (45.5)
重症 (8-9)	71 (36.4)	3 (42.9)	74 (36.6)
合計	195	7	202

表 30 GRCS 集計（性別比較）

GRCS 因子	男性 (SD)	女性 (SD)	合計 (SD)
N	194	7	201
ギャンブルに対する期待	13.5 (5.5)	13.3 (6.3)	13.5 (5.6)
ギャンブルを断つことの放棄	20.1 (7.6)	19.6 (9.1)	20.1 (7.6)
幻想的必勝法	9.8 (5.7)	10.1 (6.8)	9.9 (5.7)
誤った統計的予測	19.0 (7.9)	17.2 (8.2)	19.0 (7.9)
偏った解釈	16.1 (6.3)	12.3 (8.2)	15.9 (6.3)

男女間に有意差なし

表 31 GRCS とギャンブル障害重症度

GRCS 因子	軽症 (SD)	中等症 (SD)	重症 (SD)
N	36	91	74
ギャンブルに対する期待	11.8 (5.5)	13.0 (4.9)	14.9 (6.0)
ギャンブルを断つことの放棄	17.2 (6.9)	19.0 (7.6)	22.8 (7.2)
幻想的必勝法	9.0 (5.6)	9.3 (5.6)	11.0 (5.7)
誤った統計的予測	17.7 (7.9)	17.7 (7.5)	21.2 (8.0)
偏った解釈	14.1 (6.1)	15.0 (6.6)	18.0 (5.7)

ギャンブルに対する期待; $F(2, 198)=4.85, p = 0.0087$ 、

ギャンブルを断つことの放棄; $F(2, 198)=8.90, P = 0.0002$ 、

誤った統計的予測; $F(2, 198)=4.92, P = 0.0082$ 、

偏った解釈; $F(2, 198)=6.90, P = 0.0013$

表 32 GSAS 得点集計（性別比較）

	点数	男性 (%)	女性 (%)	合計 (%)
non problem	7 点以下	52 (26.8)	3 (42.9)	55 (27.4)
mild gambling symptoms	8-20 点	80 (41.2)	1 (14.3)	81 (40.3)
moderate gambling symptoms	21-30 点	39 (20.1)	2 (28.6)	41 (20.4)
severe gambling symptoms	31-40 点	18 (9.3)	1 (14.3)	19 (9.5)
extreme gambling symptoms	41 点以上	5 (2.6)	0	5 (2.5)
合計		194	7	201

表 33 DSM-5 重症度と GSAS 得点の相関

	点数	DSM-5 重症度		
		軽症 (%)	中等症 (%)	重症 (%)
non problem	7 点以下	15 (41.7)	28 (30.8)	12 (16.2)
mild gambling symptoms	8-20 点	12 (33.3)	39 (42.9)	30 (40.5)
moderate gambling symptoms	21-30 点	8 (22.2)	14 (15.4)	19 (25.7)
severe gambling symptoms	31-40 点	1 (2.8)	7 (7.7)	11 (14.9)
extreme gambling symptoms	41 点以上	0	3 (3.3)	2 (2.7)
合計		36	91	74
GSAS 平均得点 (SD)		11.7 (9.4)	14.3 (11.7)	19.0 (11.5)

$\chi^2(8) = 14.6$, p = 0.0664、F(2, 198)=6.15, P = 0.0026

表 34 PGSI 得点集計（性別比較）

	点数	男性	女性	人数
non-problem gambler	0	0	0	0
low risk gambler	1-2	0	0	0
moderate	3-7	4 (2.1)	0	4 (2.1)
problem gambler	8-27	188 (97.9)	7 (100)	195 (98.0)
合計		192	7	199

表 35 衝動性尺度 (BIS) とギャンブル障害の重症度

	DSM-5 重症度		
	軽症	中等症	重症
BIS 合計点数 (SD)	67.0 (9.7)	72.3 (11.5)	78.4 (9.8)

F (2, 198)=15.08, p < 0.0001

表 36 K6 集計（性別比較）

	男性 (%)	女性 (%)	合計 (%)
問題なし (0-4)	0	0	0
何らかのうつ・不安の問題がある可能性がある (5-9)	4 (2.1)	0	4 (2.0)
うつ・不安障害が疑われる (10-12)	12 (6.2)	0	12 (6.0)
重度のうつ・不安障害が疑われる (13 点以上)	178 (91.8)	7 (100)	185 (92.0)
合計	194	7	201

表 37 K6 と DSM-5 重症度の相関

	DSM-5 重症度		
	軽症 (%)	中等症 (%)	重症 (%)
問題なし (0-4)	0	0	0
何らかのうつ・不安の問題がある可能性がある (5-9)	0	2 (2.2)	2 (2.7)
うつ・不安障害が疑われる (10-12)	1 (2.8)	5 (5.5)	6 (8.1)
重度のうつ・不安障害が疑われる (13 点以上)	35 (97.2)	84 (92.3)	66 (89.2)
合計	36	91	74

表 38 小児期逆境体験

	男性 (%)	女性 (%)	合計 (%)
N	194	7	201
心理的虐待を受けた	10 (5.2)	2 (28.6)	12 (6.0)
家庭内暴力(DV)を目撃した	9 (4.6)	1 (14.3)	10 (5.0)
精神疾患がある人との同居*	8 (4.1)	2 (28.6)	10 (5.0)
アルコール依存や薬物乱用のある人との同居	9 (4.6)	1 (14.3)	10 (5.0)
身体的虐待を受けた	9 (4.6)	1 (14.3)	10 (5.0)
ネグレクト(養育の放棄)を受けた	2 (1.0)	1 (14.3)	3 (1.5)
性的虐待を受けた	2 (1.0)	1 (14.3)	3 (1.5)
両親の離婚	21 (10.8)	0	21 (10.5)
刑務所に入ったことがある人との同居	1 (0.5)	0	1 (0.5)
学校でのいじめ被害	32 (16.5)	2 (28.6)	34 (16.9)
あてはまるものはない	131 (67.5)	3 (42.9)	134 (66.7)
答えたたくない	7 (3.6)	0	7 (3.5)

* $\chi^2(1) = 8.5$, p = 0.04 (Fisher の正確確率)

表 39 該当する逆境体験数の分布 (回答したくない: 7名、無回答: 1名)

該当数	0	1	2	3	4	5	6	7
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
男性	130 (69.5)	38 (20.3)	10 (5.4)	1 (0.5)	2 (1.1)	4 (2.1)	1 (0.5)	1 (0.5)
女性	3 (42.9)	2 (28.6)	1 (14.3)	0	0	0	0	1 (14.3)
合計	133 (68.6)	40 (20.6)	11 (5.7)	1 (0.5)	2 (1.0)	4 (2.1)	1 (0.5)	2 (1.0)

表 40 追跡調査回答率

	受診 1か月後		受診 3ヶ月後		受診 6ヶ月後	
	回答あり (%)	回答なし (%)	回答あり (%)	回答なし (%)	回答あり (%)	回答なし (%)
男性	156 (88.1)	21 (11.9)	148 (83.6)	29 (16.4)	138 (78.0)	39 (22.0)
女性	6 (100)	0	6 (100)	0	6 (100)	0
合計	162 (88.5)	21 (11.5)	154 (84.2)	29 (15.9)	144 (78.7)	39 (21.3)

表 41 通院の有無

	受診 1か月後		受診 3ヶ月後		受診 6ヶ月後	
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
通院あり	138 (85.2)		107 (69.5)		78 (54.6)	
通院なし	23 (14.2)		45 (29.2)		62 (43.4)	
無回答	1 (0.6)		2 (1.3)		4 (2.8)	
合計	162		154		144	

表 42 通院の頻度

	受診 1か月後 (%)	受診 3ヶ月後 (%)	受診 6ヶ月後 (%)
毎日	0	2 (1.9)	1 (1.3)
週 1回	15 (10.9)	10 (9.4)	4 (5.2)
2週に 1回	42 (30.4)	29 (27.1)	11 (14.3)
月 1回	59 (42.8)	49 (45.8)	39 (50.7)
数か月に 1回	7 (5.1)	14 (13.1)	17 (22.1)
不定期	15 (10.9)	2 (1.9)	4 (5.2)
無回答	0	1 (0.9)	2 (2.6)
合計	138	107	78

表 43 受診後に受けた治療の内容

	受診 1か月後	受診 3ヶ月後	受診 6ヶ月後
	(%)	(%)	(%)
冊子を用いたプログラム	85 (52.5)	97 (63.4)	94 (65.7)
医師の診察	118 (72.8)	113 (73.9)	98 (68.5)
デイケア	11 (6.8)	10 (6.5)	13 (9.1)
医師以外のスタッフとの面接	54 (33.3)	43 (28.1)	45 (31.5)
その他	24 (14.8)	14 (9.2)	16 (11.2)
無回答	3 (1.9)	3 (2.0)	9 (6.3)

表 44 治療プログラムの参加状況

	受診 1か月後	受診 3ヶ月後	受診 6ヶ月後
	(%)	(%)	(%)
修了した	0	6 (6.2)	28 (30.1)
継続中	77 (91.7)	74 (76.3)	36 (38.7)
途中でやめた（続ける気はない）	1 (1.2)	5 (5.2)	15 (16.1)
中断している（続けるつもり）	6 (7.1)	12 (12.4)	12 (12.9)
無回答	0	0	3 (3.2)

表 45 外来受診後のギャンブルの有無

	受診 1か月後	受診 3ヶ月後	受診 6ヶ月後
	(%)	(%)	(%)
ギャンブルした	51 (31.5)	55 (35.7)	62 (43.1)
ギャンブルしていない	110 (67.9)	97 (63.0)	81 (56.3)
答えない	1 (0.6)	2 (1.3)	1 (0.7)

表 46 ギャンブル回数の変化（受診後ギャンブルありの者のみ）

	受診 1 か月後 (%)	受診 3 ヶ月後 (%)	受診 6 カ月後 (%)
受診前との比較			
減った	39 (76.5)	46 (83.6)	47 (77.1)
増えた	1 (2.0)	1 (1.8)	3 (4.9)
変わらない	10 (19.6)	8 (14.6)	11 (18.0)
答えない	1 (2.0)	0	1 (1.6)

表 47 ギャンブルに使う金額の変化（受診後ギャンブルありの者のみ）

	受診 1 か月後	受診 3 ヶ月後	受診 6 カ月後
受診前との比較	(%)	(%)	(%)
減った	36 (70.6)	38 (69.1)	45 (73.8)
増えた	2 (3.9)	0	3 (4.9)
変わらない	13 (25.5)	16 (29.1)	13 (21.3)
答えない	0	1 (1.8)	1 (1.6)

表 48 過去 1 ヶ月に最もお金を使ったギャンブルの種類（ギャンブルをした者のみ）（単一回答）

受診後月数	パチンコ	パチスロ	競馬	競輪	競艇	オートレース	宝くじ	証券取引	ネットギャンブル	カジノ	無回答
1か月後	12 (23.5)	9 (17.7)	8 (15.7)	7 (13.7)	9 (17.7)	0	0	1 (2.0)	3 (5.9)	2 (3.9)	0
3ヶ月後	15 (27.8)	10 (18.5)	9 (16.7)	5 (9.3)	8 (14.8)	0	0	2 (3.7)	3 (5.6)	1 (1.9)	2 (3.6)
6カ月後	15 (25.9)	8 (13.8)	12 (20.7)	6 (10.3)	5 (8.6)	0	1 (1.7)	2 (3.5)	2 (3.5)	4 (6.9)	4 (6.5)

表 49 ギャンブルの回数（過去 1 ヶ月）（ギャンブルをした者のみ）

	N	平均値	中央値	標準偏差	範囲	最小値	最大値
受診 1 か月後	45	5.2	3.0	5.2	30	0	30
受診 3 ヶ月後	55	5.5	3.0	5.8	20	0	20
受診 6 カ月後	61	8.3	3.0	14.4	100	0	100

表 50 ギャンブルに使った金額（1 回あたりの平均額）（ギャンブルをした者のみ）

	N	平均値	中央値	標準偏差	範囲	最小値	最大値
受診 1 か月後	51	30,282.4	10,000.0	56,984.2	300,000	0	300,000
受診 3 ヶ月後	55	69,281.8	10,000.0	299,909.4	2,200,000	0	2,200,000
受診 6 カ月後	61	46,172.3	10,000.0	137,464.9	1,000,000	0	1,000,000

表 51 受診後の新たな借金の有無

	受診 1か月後 (%)	受診 3ヶ月後 (%)	受診 6カ月後 (%)
ある	19 (11.7)	21 (13.6)	23 (16.0)
ない	141 (87.0)	132 (85.7)	116 (80.6)
答えない	2 (1.2)	1 (0.7)	5 (3.5)
合計	162	154	144

表 52 外来受診後の GA 参加の有無

	受診 1か月後 (%)	受診 3ヶ月後 (%)	受診 6カ月後 (%)
参加した	31 (19.1)	37 (24.0)	33 (22.9)
参加していない	128 (79.0)	115 (74.7)	109 (75.7)
答えない	3 (1.9)	2 (1.3)	2 (1.4)
合計	162	154	144

表 53 ギャンブルに対する考え方

	受診 1か月後 (%)	受診 3ヶ月後 (%)	受診 6カ月後 (%)
全て止めたい	109 (67.3)	103 (66.9)	101 (70.1)
問題のあるもののみ止めたい	39 (24.1)	40 (25.0)	35 (24.3)
全て続けたい	2 (1.2)	3 (2.0)	2 (1.4)
その他	8 (4.9)	7 (4.6)	3 (2.1)
無回答	4 (2.5)	1 (0.7)	3 (2.1)
合計	162	154	144

表 54 ギャンブルに対する考え方の変化（ベースラインと 6カ月後の比較）

	6カ月後			
	全て止めたい (%)	問題あるもののみ (%)	続けたい (%)	その他 (%)
ベースライン				
全て止めたい	91 (78.5)	21 (18.1)	2 (1.7)	2 (1.7)
問題のあるもののみ止めたい	7 (46.7)	7 (46.7)	0	1 (6.7)
全て続けたい	0	1 (100)	0	0
その他	1 (20.0)	4 (80.0)	0	0
合計	99	33	2	3

$\chi^2(9) = 20.3$, p < 0.05

表 55 WSAS 点数の分布

WSAS 点数	受診 1 か月後 (%)	受診 6 カ月後 (%)
Subclinical (10 点未満)	95 (58.6)	88 (61.5)
重大な機能障害があるが、精神症状は深刻ではない (10-20 点)	47 (29.0)	31 (21.7)
重大な機能障害あり、中等度から重度の精神症状あり (21 点以上)	20 (12.4)	24 (16.8)
無回答	0	1
合計	162	143

表 56 WSAS 点数の変化 (1 か月後と 6 カ月後) (無回答 6 例)

1 か月後	6 カ月後			合計
	10 点未満	10-20 点	21 点以上	
10 点未満	61	12	8	81
10-20 点	19	13	8	40
21 点以上	6	4	7	17
合計	86	29	23	138

$\chi^2(4) = 18.3$, p < 0.01 (マクネマー検定)

表 57 受診後ギャンブルの有無と WSAS の変化 (1 か月後と 6 か月後の双方に回答した者、双方に無回答のない者のみ)

ギャンブルの有無	WSAS 評価の変化				合計
	正常	改善	変化なし	悪化	
あり	27 (46.6)	2 (3.5)	11 (19.0)	18 (31.0)	58
なし	59 (74.7)	1 (1.3)	9 (11.4)	10 (12.7)	79
合計	86	3	20	28	137

$\chi^2(3) = 11.8$, p < 0.01

正常：1 か月後も 6 カ月後も正常

改善：1 ヶ月調査から評価が改善している者

悪化：1 ヶ月調査から評価が悪化している者

変化なし：1 ヶ月後と 6 カ月後に評価の変化ない者（共に正常を除く）

表 58 GRCS 点数の変化

GRCS 因子	ベースライン (SD)	6 カ月後 (SD)	p
N	143	143	
ギャンブルに対する期待	13.5 (5.7)	9.9 (5.7)	<.0001
ギャンブルを断つことの放棄	20.3 (7.7)	14.8 (8.8)	<.0001
幻想的必勝法	10.2 (5.7)	7.2 (4.4)	<.0001
誤った統計的予測	19.1 (7.8)	13.9 (7.6)	<.0001
偏った解釈	16.3 (6.4)	11.0 (6.3)	<.0001

表 59 ギャンブルの有無と GRCS 点数

GRCS 因子	ギャンブルあり	ギャンブルなし	p
ベースライン			
N	62	80	
ギャンブルに対する期待 (SD)	15.0 (5.3)	12.3 (5.7)	< 0.01
ギャンブルを断つことの放棄 (SD)	23.7 (6.1)	17.5 (7.7)	< 0.0001
幻想的必勝法 (SD)	10.6 (5.8)	9.8 (5.6)	NS
誤った統計的予測 (SD)	19.8 (7.7)	18.6 (8.1)	NS
偏った解釈 (SD)	16.9 (5.9)	15.7 (6.7)	NS
6 カ月後			
N	58	79	
ギャンブルに対する期待 (SD)	12.2 (6.1)	8.1 (4.5)	< 0.0001
ギャンブルを断つことの放棄 (SD)	19.8 (9.2)	11.0 (6.4)	< 0.0001
幻想的必勝法 (SD)	8.4 (5.0)	6.2 (3.4)	< 0.01
誤った統計的予測 (SD)	16.1 (8.2)	12.2 (6.8)	< 0.01
偏った解釈 (SD)	13.0 (6.1)	9.3 (5.8)	< 0.001

表 60 GSAS 点数の変化

ベースライン	6 カ月後					合計
	Non problem	Mild	Moderate	Severe	Extreme	
non problem	28 (68.3)	11 (26.8)	1 (2.4)	1 (2.4)	0	41
mild	28 (50.0)	18 (32.1)	8 (14.3)	1 (1.8)	1 (1.8)	56
moderate	6 (21.4)	9 (32.1)	10 (35.7)	1 (3.6)	2 (7.1)	28
severe	4 (28.6)	2 (14.3)	3 (21.4)	4 (28.6)	1 (7.1)	14
extreme	2 (50.0)	1 (25.0)	0	0	1 (25.0)	4
合計	68	41	22	7	5	143

$\chi^2(16) = 50.0$, p < 0.0001

表 61 ギャンブルの有無と GSAS 点数

	6 カ月後					合計
	Non problem	Mild	Moderate	Severe	Extreme	
ギャンブルあり	17 (27.4)	17 (27.4)	18 (29.0)	6 (9.7)	4 (6.5)	62
ギャンブルなし	51 (63.0)	24 (29.6)	4 (4.9)	1 (1.2)	1 (1.2)	81
合計	68 (47.6)	41 (28.7)	22 (15.4)	7 (4.9)	5 (3.5)	143

$\chi^2(4) = 30.5$, p < 0.0001

表 62 K6 点数の変化

K6 点数	6 カ月後				合計
	0-4 点	5-9 点	10-12 点	13 点以上	
0-4 点	0	0	0	0	0
5-9 点	0	0	0	1 (100)	1
10-12 点	0	1 (11.1)	0	8 (88.9)	9
13 点以上	0	7 (5.3)	7 (5.3)	118 (89.4)	132
合計	0	8	7	127	142

表 63 ギャンブルの有無と K6 点数

K6 点数	6 カ月後				合計
	0-4 点	5-9 点	10-12 点	13 点以上	
ギャンブルあり	0	4 (6.5)	5 (8.1)	53 (85.5)	62
ギャンブルなし	0	4 (5.0)	2 (2.5)	74 (92.5)	80
合計	0	8	7	127	142

表 64 ギャンブルの有無と PGSI 得点

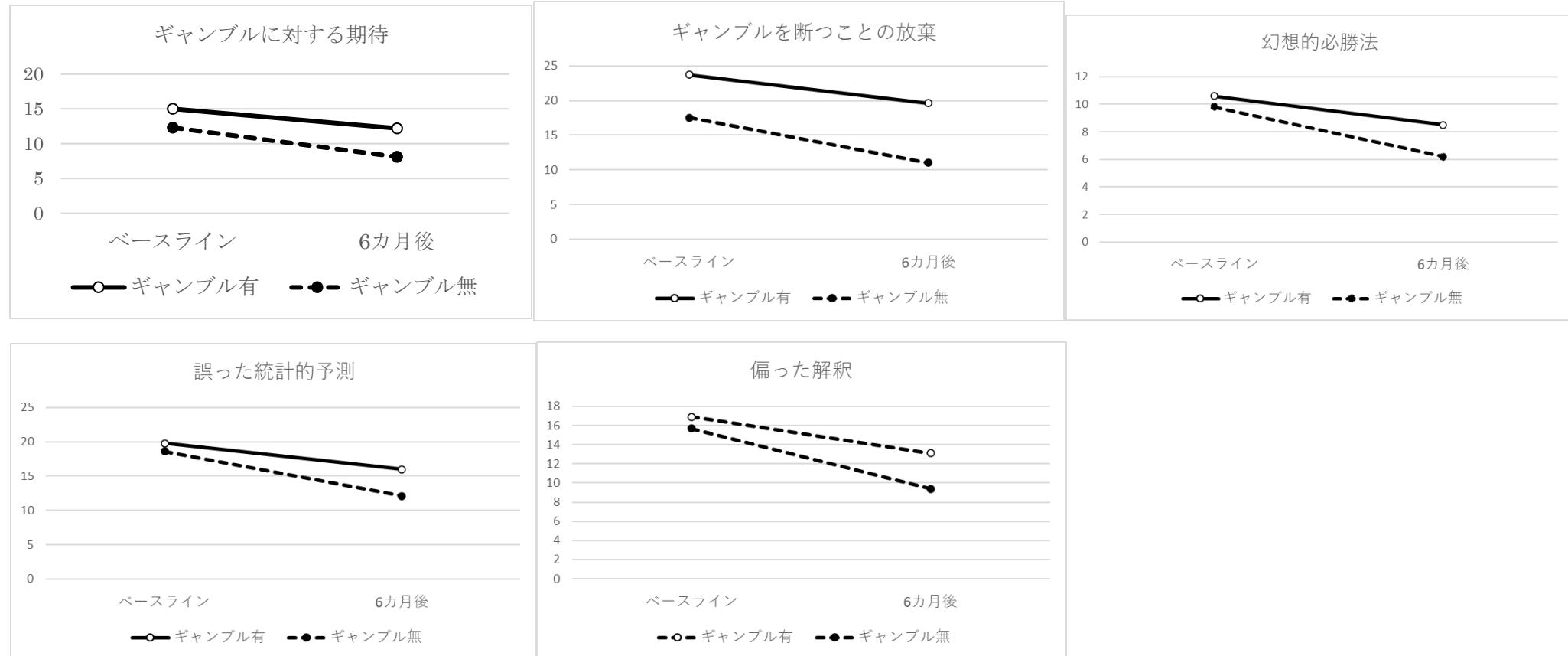
	Non-problem	Low risk	Moderate	Problem gambler	合計
ギャンブルあり	1 (1.7)	0	5 (8.3)	54 (90.0)	60
ギャンブルなし	9 (11.1)	4 (4.9)	5 (6.2)	63 (77.8)	81
合計	10	4	10	117	141

$\chi^2(3) = 8.1$, p < 0.05 (Fisher の正確確率)

表 65 ギャンブルの有無と衝動性の評価尺度(BIS)結果 (ベースライン)

	ギャンブルあり	ギャンブルなし	p
N	62	80	
BIS 得点 (SD)	74.5 (9.2)	72.7 (12.0)	ns

図1 ギャンブルの有無による GRCS 各因子の変化



令和3年度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）
「ギャンブル等依存症の治療・家族支援の推進のための研究」
分担研究報告書

精神保健福祉センターにおける回復プログラムの効果検証医療・福祉・社会的支援のありかたについての研究 第3報

研究分担者 白川 教人
横浜市こころの健康相談センター センター長
全国精神保健福祉センター長会 常任理事 依存症対策委員長

研究要旨 :

【目的】

研究1：全国の精神保健福祉センター職員のギャンブル障害に対する理解を促進し、回復支援が円滑に進むようにする。
研究2：全国精神保健福祉センターにおけるギャンブル障害の相談状況や回復プログラムの実施状況、コロナウィルス感染症による影響をモニターする。

【方法】

研究1：精神保健福祉センター職員、保健所精神保健担当者、依存症拠点病職員等向けにギャンブル障害の精神保健相談・支援の実践的技術の向上を目的に、認知行動療法プログラム「SAT-G：島根ギャンブル障がい回復トレーニングプログラム」の使い方研修を実施する。研修形式は講義とロールプレイでZoomを用いて行う。研修前後で「ギャンブルおよびギャンブル障害に関する基礎知識（正誤を回答する方式の質問6問）」、「支援者として十分な知識・相談対応の技術を有していると感じるか（5段階のリッカート尺度）」、「GGPPQ(Gamble and Gambling Problem Perception Questionnaire)（ギャンブル障害者に対して仕事をする際の従事者の態度を評価する質問紙）」、「SAT-Gの相談援助業務での活用可能性（4段階のリッカート尺度）」を用いて研修効果を測定する。また、本研修を受講することで、受講者の所属施設でSAT-Gを施行することが可能となる。

研究2：全国精神保健福祉センター長会のマーリングリストを介して調査票を送付し、各精神保健福祉センターより 1) 薬物依存症・ギャンブル障害の相談件数 2) 指定相談機関の選定状況 3) 治療・回復プログラムの実施状況 4) 新型コロナウィルス感染症の影響を回答頂く。それらを集計し、経年モニタリングを実施する。

【結果】

研究1：令和3年8月20日、9月7日、令和4年1月11日にZOOMを用いたリモート形式の研修を実施し、延べ53自治体からそれぞれ167名、126名、107名が研修と効果測定に参加した。いずれの質問紙および尺度においても研修前後比較で向上が見られた。また、参加者の感

想として「実践的で分かり易い」「自信がついた」「テキストに沿って取り組めそう」などが挙がった。

研究2：調査票を送付し、全69箇所の精神保健福祉センターより回答を受領した。全国のセンターでの平均相談件数は232.8件であり、平成27年度から一貫して増加傾向にあった。ギャンブル障害当事者向けプログラムは58センターで実施されており、昨年度（53センター）よりも増加していた。家族教室などの家族向けプログラムを実施しているセンターは46で前年度（44か所）よりも増加した。プログラムを実施していないセンターでは、人員がいない、ノウハウがない、予算がつかない近隣の医療施設が提供しているといった傾向にあった。コロナウィルス感染症の流行継続に伴いセンターの依存症事業への影響はあり、プログラムの中止・延期・縮小なども認めたが、多くのセンターでは感染対策を行なって対面で行なったりオンラインで行なったりしていた。会場を借りられることや利用者が外出制限していることもプログラム運営に影響していた。募集はしたものの感染危惧で希望者が集まらず中止とした事業も認めた。他との連携は低迷しており、外部講師を招きにくかったり、利用者を紹介できなかつたりといった弊害は継続していた。支援減少、在宅時間延長などからスリップした利用者、外出自粛や勤務多忙で依存対象が変わったり症状が軽快したりした利用者、ワクチンの映像で欲求が高まった利用者なども報告された。

【考察と結論】

考察：精神保健福祉センターでSAT-Gに基づいた回復支援を行う体制が整い、さらに多くの支援者にギャンブル障害の精神保健福祉相談に有効性のある回復プログラムの普及ができたと考える。支援者が自信を持って支援に臨めること及び支援内容が相談者に伴走したものとなることは重要な点と考える。コロナウィルス感染症の蔓延にギャンブル回復事業も影響を受けつつも、現場は予防対策を積み重ねて事業は実施されている。

結論：本研究を通じ研修を実施することで精神保健福祉センターにおけるギャンブル障害の精神保健福祉相談の技術支援向上に役立ち、また支援実施のセンターも増え、ギャンブル障害の回復の一助になった。

研究協力者

田辺 等（北星学園大学社会福祉学部教

授）

小泉典章（長野大学）

天野 託（栃木県精神保健福祉センター
所長）

藤城 聰（愛知県精神保健福祉センター
所長）

小原圭司（島根県立心と体の相談センター
所長）

川口貴子（福岡市精神保健福祉センター
所長）

杉浦 寛奈（横浜市こころの健康相談セン

ター）※執筆担当

片山宗紀（横浜市こころの健康相談セン

ター）※執筆担当

A. 研究目的

精神保健福祉センターにおける依存・嗜癖（アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル障害など）に対する相談は、厚生労働省の定める「精神保健福祉センター運営要領」において、「精神保健福祉相談」として位置づけられている。そのうちアルコール依存症については、「特定相談事業」として国庫補助もなされているが、薬物依存症やギャンブル障害には適応はされていない。その中、ギャンブル障害に関する相談は広まりを見せており、契機としては、平成3年の一部センターにおける治療グループの開始や、平成27年度厚生労働省新規事業「依存症者に対する治療・回復プログラムの普及促進事業」の開始などがある。

平成28年度の当研究班の分担研究の結果、ギャンブル障害に対して依存症回復プログラムを実施している精神保健福祉センターは少なく（15か所）、回復プログラムが実施されない要因は①スタッフがギャンブル障害に対する十分な相談の知識を得られていない、②ギャンブル障害に適用できるツールが不足している、③人員や予算が不足しているであることが分かった。

それゆえ、平成29年度以降当研究班の分担研究では、各自治体の専門職を対象にギャンブル障害者向けプログラムの使い方研修を実施し、その効果を検証（研究1）および全国の精神保健福祉センターのギャンブル障害の相談件数等の推移の継続調査（研究2）を行っている。

B. 研究方法

1. 研究①

精神保健福祉センター職員および自治体の支援者（保健所職員など）のうち希望者に対し、「ギャンブル障害の認知行動療法プログラム(SAT-G)」の使い方研修を実施した。研修内容は、①ギャンブル障害の相談における基礎知識、および②同センターで開発された Shimane Addiction recovery Training program for Gambling disorder (SAT-G: SMARPP を参考に作成された、ギャンブル障害向けの回復プログラム) の使い方とした。

また、研修の前後でアンケートを実施して研修効果を解析した。アンケートの内容は、(1) ギャンブル障害に関する基礎知識（正誤を回答する方式の質問6問）、(2) 支援者として十分な知識・相談対応の技術を有していると感じるか（5段階のリッカート尺度）、(3) SAT-G の相談援助業務での活用可能性（4段階のリッカート尺度）、(4) GGPPQ（Gambling and Gambling Problems Perception Questionnaire: ギャンブル障害者に対して仕事をする際の従事者の態度を評価する質問紙。薬物使用障害の支援者向けに作成された DDPPQ をギャンブルに読み替え、一部質問を改変して使用）、(5) 研修への感想（自由記載）とした。

また、本研修による全国の精神保健福祉センターへの SAT-G プログラムの活用状況を調査し、研修効果の指標として検討した。

2. 研究②

全国 69 箇所の精神保健福祉センターに対し、「ギャンブル障害の相談・治療に関する調査」を令和 3 年 9 月 13 日～令和 3 年 10 月 26 日に行った。

調査票の内容は、1) 薬物依存症・ギャンブル障害の相談件数 2) 指定相談機関の選定状況 3) 治療・回復プログラムの実施状況 4) 連携状況 5) 新型コロナウイルス感染症の影響を回答頂き、集計し経年モニタリングを実施する。5)の項目は昨年調査の自由記述で挙がった内容をもとに回答項目を作成している。

質問票は Microsoft EXCEL の電子ファイルを、全国精神保健福祉センター長会のメーリングリストを用いて配布し、直接ファイルに回答を記載し、E メールでの返信を依頼した。

なお、本調査は令和 3 年度障害者対策総合研究開発事業（精神障害分野）研究費「再犯防止推進計画における薬物依存症者の地域支援を推進するための政策研究」分担研究「薬物依存症者に対する地域支援体制の実態と均てん化に関する研究」（分担研究者：白川教人）と合同で実施した。

3. 倫理的配慮

研究①、研究②とも全国精神保健福祉センター長常任理事会倫理委員会の承認を受けて行われた。研究①では、研修参加者募集案内において、研修の目的、効果測定の実施を明記し、参加は任意とした。効果測定のための質問紙はセンター名の記載のみで匿名で回答できるようにした。結果公表時にはセンター名は表記しない。データは

鍵のかかる所定の場所で管理し、研究への使用後は破棄する。研究②では、個人情報は扱わない。

C. 研究結果

研究① 精神保健福祉センター職員等向けに「ギャンブル障害の認知行動療法プログラム(SAT-G)」研修

A. 第一回研修会

令和 3 年 8 月 20 日にオンラインで開催され、研修には 167 名が参加した。アンケート回収率は 59.9% (100/167) であった。

（1）参加者の属性

参加者の属性を表 1 に示す。58 名が精神保健福祉センターからの参加であった。ギャンブル障害支援を毎日行っている者が 5 名から現在は支援を全く行っていない者が 24 名と幅広く、研修会への参加経験のない者が 53 名であった。女性が 69 名と多かったことも特徴的である。

（2）ギャンブル障害に関する基礎知識の結果（表 2）

6 問の質問のうち、研修前の正答率（中央値）は 4.5 問であったのに対し、研修後は 6.0 問であり、研修後に 1% 水準で有意に正答率が上昇していた。

（3）支援者として十分な知識・相談対応の技術を有していると感じるかの結果（表 2）

「支援者として十分な基本的知識を有していると感じるか」「相談者に対して十分な相談対応ができると感じるか」「相談者に対して、その特性に合わせた具体的なアドバイスができると感じるか」に対して、「ややそう思う」「とてもそう思う」と回答した者が研修後に有意（1%水準）に増加した。

（4）GGPPQ の結果（表 2）

GGPPQ の事前のスコアは 69.50 であったのに対し、研修後は 87.00 であり、研修後に 1% 水準で有意に GGPPQ スコアが上昇していた。また効果量は $d=1.24$ と極めて高かった。

（5）満足度と SAT-G の相談援助業務での活用可能性の結果（表 3）

研修は理解でき、今後の業務に役立ち、相談者の特性に合わせた具体的な支援ができそうであり、SAT-G は実施可能性だと概ね回答を得た。

（6）研修に参加しての感想（表 4）

研修参加者からは、理論が馴染みやすい、マニュアル化されており理解しやすく実践しやすそう、研修やツールが具体的で理解しやすく実践のイメージもつき自信がついた、目標が明確で一回ごとが簡潔で実践できそう、今後の支援の基礎となるなどのプログラムと研修の有用性の指摘が目立った。更に練習をして自分の言葉にする必要がある、実際に効果が上がるのか不明、外来での実施に向いており病棟では不向きという点の指摘もあった。

B. 第二回研修会

令和 3 年 9 月 7 日にオンラインで開催され合計 126 名が参加した。アンケート回収率は 68.3% (86/126) であった。また、本研修は SAT-G ではなく、SAT-G をベースに短縮した簡易版である SAT-G ライトプログラムの使い方に関する研修を行った。

（1）参加者の属性

参加者の属性を表 1 に示す。精神保健福祉センターから 41 名、福祉事務所から 2 名、医療機関から 17 名が参加した。ギャンブル障害支援を週に一回行っている者 11 名から現在は行っていない者 22 名までと幅広く、研修参加経験の無い者が 30 名であった。女性が 70 名と多いことも特徴的であった。また、28 名が過去に SAT-G 研修を受講した経験があった。

（2）ギャンブル障害に関する基礎知識の結果（表 2）

6 間の質問のうち、研修前の正答率（中央値）は 5.0 間であったのに対し、研修後は 6.0 間であり、研修後に 1% 水準で有意に正答率が上昇していた。

（3）支援者として十分な知識・相談対応の技術を有していると感じるかの結果（表 2）

研修前に「支援者として十分な基本的知識を有していると感じるか」「相談者に対して十分な相談対応ができると感じるか」及び「相談者に対して、その特性に合わせた具体的

なアドバイスができると感じるか」のいずれの項目においても、「ややそう思う」「とてもそう思う」と回答した者が研修後に有意（1%水準）に増加し8割以上を占めた。

（4）GGPPQ の結果（表 2）

GGPPQ の事前のスコアは 69.50 であったのに対し、研修後は 87.00 であり、研修後に 1% 水準で有意に GGPPQ スコアが上昇していた。また効果量は $d=0.87$ と高かった。

（5）満足度と SAT-G の相談援助業務での活用可能性の結果（表 3）

研修は理解でき、同内容であれば実施できそうであり、今後の業務に役立つと概ね回答を得た。

（6）研修に参加しての感想（表 4）

研修参加者からは、全体の理論が馴染みやすい、マニュアルが構造化されていて分かりやすい、研修やツール（テキストやロールプレイなど）が具体的で理解でき実践できそうな自信がついた、相談者を尊重しながら一緒に取り組めそうな内容であり相談者の意思確認や動機付けになりなど、プログラムと研修の有用性の指摘がされた。また、実践を積む必要がある、相談員が少なく緊急案件も多いため SAT-G ライトの方が使い易い、他職種の協力を得られるか不明などの指摘もあった。

C. 第三回研修会

令和 4 年 1 月 11 日にオンラインで開催された。研修には 107 名が参加した。

現在アンケートの回収と解析を行っているが、参加者の感想からおおむね好評であったことが伺えた。

D. SAT-G プログラムの活用状況（表 5）

全国 69 の精神保健福祉センターに対して、精神保健福祉センターで実施しているギャンブル障害者向け回復プログラムに SAT-G プログラムを活用しているかアンケート調査を行った結果、88.4% のセンターで SAT-G そのもの、もしくは SAT-G を参考にしたプログラムを実施していることが分かった。

調査②全国精神保健福祉センターにおけるギャンブル障害の相談状況や回復プログラムの実施状況調査

（1）回収状況

全国全て（69箇所）の精神保健福祉センターへ調査票を配布した。全てのセンターより調査票の返信があった。
(回答率 100%)

（2）全国の精神保健福祉センターのギャンブル及び全相談の概況

問 1-1. 令和 2 年度の貴センターの精神保健福祉相談の全件数、ギャンブル関連問題相談件数をご教示ください（メール・電話・来所相談の総計）。（表 6）

全国の精神保健福祉センターでの精神保健福祉相談の全件数、ギャンブル関連問題の令和 2 年度の平均件数はそれぞれ 5890.3 件と 232.8 件であつ

た。平成 27 年度から一貫して増加傾向にあった。

(3) 相談拠点の設置状況

問 1-3. 令和 3 年 9 月 1 日時点で、貴センターはギャンブル等依存症相談拠点の指定を受けていますか？

すでに 65 センターが指定を受けていた。令和 3 年度以降にセンターが指定を受ける予定になっているのは 2 つのセンターであった。1 つのセンターが相談拠点を外部に委託しているもしくは委託する予定であった。

(4) 回復プログラムの実施状況

問 2-1. 貴センターで実施している依存症の当事者向け治療・回復プログラムで受け入れている依存対象を選択してください（個別・集団は問わず）
(アルコール・薬物・ギャンブル・プログラムを実施していない・その他から選択式・複数可)

ギャンブル障害当事者向けプログラムは 58 センターで実施されており、昨年度の 53 センターよりも増加していた。プログラムを実施していない理由には、人員がいない(6 センター)、ノウハウがない(4 センター)、予算がつかない(4 センター)、近隣の医療施設が提供している(3 センター)が挙がった。現在検討を進めているとしたセンターが 1 箇所あった。

(5) 家族向け支援の実施状況

問 2-2. 貴センターで実施している依存症の家族教室・家族会で受け入れている依存対象を選択してください（アルコール・薬物・ギャンブル・プログラムを実施していない・その他から選択式・複数可）

ルコール・薬物・ギャンブル・プログラムを実施していない・その他から選択式・複数可)

ギャンブル障害当事者の家族教室などの家族向けプログラムを実施しているセンターは 46 で前年度(44 か所)よりも増加した。

(6) コロナウィルス感染症の流行に伴うセンターの依存症事業への影響
(表 7)

問 3-1. 貴センターで実施している依存症の当事者・家族向け個別相談(特定相談事業)の令和 3 年度の実施状況について、令和 3 年 9 月 1 日時点での状況としてあてはまるものを選択してください（複数可）

規模を縮小した（人数・実施時間を制限・回数を減らすなど）(12 センター)、対面相談を電話・リモート相談に切り替えた(14 センター)、事業を中止・休止した(13 センター)、コロナ禍以前と比較して変化はない(6 センター)、感染対策（検温など）を行って実施した(61 センター)、二週間以内の行動歴を確認している(1 センター)となつた。

問 3-2. 貴センターで実施している依存症の当事者向け回復プログラムの令和 3 年度の実施状況について、令和 3 年 9 月 1 日時点での状況としてあてはまるものを選択してください（複数可）

規模を縮小した（人数・実施時間を制限・回数を減らすなど）(11 センター)、電話・リモート形式で実施した

(併用含む) (6 センター)、開始時期を変更した (2 センター)、事業を中止・休止・延期した (20 センター)、感染対策（検温など）を行って実施した (48 センター)、外部講師の受入れを中止した (3 センター)、コロナ禍以前と比較して変化はない (4 センター)、プログラムを実施していない (9 センター)、メールでの情報発信を開始した (1 センター)、参加希望者がいない (1 センター)、個別対応に変更した (3 センター)、広い会場を借りた (1 センター)、保健所への相談希望者の対応も行った(1 センター)、事業中の飲食をやめた(1 センター)となった。

問 3-3. 貴センターで実施している依存症の家族会・家族教室の令和3年度の実施状況について、令和3年9月1日時点での状況としてあてはまるものを選択してください（複数可）

規模を縮小した（人数・実施時間を制限・回数を減らすなど） (16 センター)、電話・リモート形式で実施した（併用含む） (12 センター)、事業を中止・休止・延期した (30 センター)、検温などの感染対策を行って実施した (46 センター)、外部講師の受入れを中止した (2 センター)、コロナ禍以前と比較して変化はない (2 センター)、プログラムを実施していない (12 センター)、参加希望者が減った・いない (2 センター)、広い部屋を借りた(3 センター)、個別対応とした(2 センター)、直前二週間の行動範囲を確認している(1 センター)が挙がった。

問 3-4. コロナウイルス感染症によつて貴センターで対応する相談者（当事者・家族）に生じた影響について、以下から該当するものを選択してください（複数可） 症状が悪化ないし再発した (34 センター)、医療機関・自助グループなどが利用できなかつた・紹介できなかつた (44 センター)、事業への参加者が減つた (1 センター)、面談が継続できなかつた (1 センター)、事業への参加を促しにくかつた (1 センター)、症状が軽快・改善した (3 センター)、問題が目立つようになつた (12 センター)、依存対象が変わつた (8 センター)、変化なし (5 センター) いう回答となつた。

問 3-4-1. 上記の問 3-4. にて「症状が悪化ないし、再発した」とご回答されたセンターの方にお伺いいたします。その理由（要因）として考えられるものを、以下から選択してください（複数可）

自助グループや回復施設が利用できなかつた (21 センター)、医療機関への受診控え・受診間隔が空く (9 センター)、在宅時間の増加 (24 センター)、空き時間の増加 (19 センター)、外出頻度の低下 (1 センター)、対人交流の減少 (1 センター)、人間関係・家族関係の悪化 (12 センター)、感染への不安 (12 センター)、失業 (8 センター)、休校 (7 センター)、特別定額給付金 (3 センター)、経済状況の悪化 (11 センター)、継続支援の停滞 (1 センター)、ワクチン接種映像を見ること (1 センター) という回答となつた。

問 3-5. コロナウイルス感染症によって、貴センターが連携する自助グループ・民間回復施設との連携にはどのような影響がありましたか？以下から該当するものを選択してください（複数可）

連携・交流の機会が増えた（1センター）、相談者を自助グループや回復支援施設に紹介できなかった（22センター）、相互の人員交流（プログラムへの派遣など）が制限された（24センター）、自助グループや回復支援施設の動向が把握しづらかった（31センター）、協力して実施しているミーティング・プログラム・会議などが開催できなかった（27センター）、実施状況を直前に確認してから出向いたり紹介するようになった（2センター）、オンラインでの実施が増え遠方の情報が入るようになった（1センター）、変化なし（6センター）が挙がった。

問 3-6.

貴センターが所轄している地域で、依存症の自助グループや回復施設の活動に対して、コロナウイルス感染症拡大により、どのような影響がありましたか？以下から該当するものを選択してください（複数可）

会場が借りられずミーティングなどができるない（52センター）、ミーティング参加者・施設の利用者が減少（31センター）、外出制限のためミーティングなどができるない（24センター）、訪問支援やメッセージ活動を実施できない（22センター）、資金の確保が困難になる

（11センター）、ミーティングや活動の形態の変更・規模の縮小（オンライン化・時間短縮など）（57センター）、参加人数を絞ったため参加できない人がいた（1センター）、事業内容が変化し参加者交流が減った（1センター）、把握していない（1センター）、となった。

D. 考察

研究①では、全国の精神保健福祉センター職員のギャンブル依存症者支援の技術の向上を目的とした研修を開催し、効果的であることが分かった。定期的な異動がある行政職員を対象に定期的にギャンブル障害についての研修が実施されることは、支援の均てん化という観点から極めて重要であり、本研修が全国の精神保健福祉センターギャンブル障害支援体制の普及に大きく貢献していると考える。

研修調査②では、全国の精神保健福祉センターのギャンブル依存相談件数と回復プログラム（本人向け、家族向け）実施状況を調査し、相談件数は増加し、回復プログラムは本人向けは増加しているが、家族向けは減少していることが分かった。69センター中 67センターがギャンブル等依存症相談拠点指定を既に受けているもしくは近日受ける予定で、1センターは外部委託を行なっており、ほぼ日本全国を網羅できたことはこれまでの研修の積み上げが有意義であったと考える。昨年の調査時よりも活動継続のための工夫がこらされているものの、コロナウイルス感染症拡大予防のためにプログラムの中止・縮小・オンライン化および連携低下を認め、利用者を紹

介しにくい、利用の継続ができないなどの弊害があった。症状が悪化した利用者も確認されており、プログラムや通院の中止・時間を持て余す・経済状況や人間関係の悪化などが関係しているようである。

ギャンブル障害を患う本人および家族からの相談件数は今後も増えることが予想され、精神保健福祉センター相談員の支援技術の向上および支援プログラムの普及は今後も益々重要と考える。また、研修効果の測定をより安定させるために、J-GGPPQ の尺度化も重要である。

E. 結語

本研究を継続し研修会を実施することで精神保健福祉センターにおけるギャンブル障害の精神保健福祉相談の技術支援向上に役立ち、ギャンブル障害からの回復の一助になる。

F. 健康危険情報

(省略)

G. 研究発表

(口頭発表) 片山宗紀, 小原圭司, 佐藤寛志, 杉浦寛奈, 田辺等, 白川教人. ウェブ形式による SAT-G (島根ギャンブル障がいトレーニング) プログラム研修の効果. 2021 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会.

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

I. 謝辞

大変多忙な業務の中、調査にご回答いただいた都道府県・政令指定都市の精神保健福祉センターの担当者の皆さまと、研修にご参加いただいた全国の精神保健福祉センター・保健所等の職員の皆さんに、心よりお礼を申し上げます。

J. 参考文献 なし

表1 参加者の属性

	第一回	第二回		第一回	第二回
センター数	24	18	研修参加経験		
参加者数 (アンケート回答数)	167 (100)	126 (86)	SAT-G	3	28
男性：女性	31：69	16：70	SAT-G以外	29	24
平均支援年数	8.36	8.57	一般向け講演会	23	28
平均ギャンブル支援年数	1.80	2.372	なし	53	30
支援頻度			職場		
毎日	5	0	医療機関	26	17
週1以上	13	11	精神保健福祉センター	58	41
月1以上	39	34	保健所	9	10
年1以上	19	19	その他行政機関	3	12
なし	24	22	福祉事業所	1	2
			その他	3	4

所有する資格	第一回	第二回
精神科医	4	3
社会福祉士	18	14
精神保健福祉士	29	26
保健師	22	27
看護師	20	12
心理師／士	25	14
作業療法士	4	3
その他	4	4
なし	6	10

表2 各尺度の結果（1～4は中央値、5は平均値）

1. クイズの正答数

	事前	事後	p値	効果量
8月	4.5	6.0	<.001	1.24
9月	5.0	6.0	<.001	1.26

2. Q1 当事者の相談支援に関する基本的な知識がある

	事前	事後	p値	効果量
8月	2.00	4.00	<.001	1.36
9月	3.00	4.00	<.001	.88

3. Q2 当事者が相談に来所した時に、実際の相談支援ができる

	事前	事後	p値	効果量
8月	2.00	4.00	<.001	1.46
9月	3.00	4.00	<.001	1.03

4. Q3 相談者が来所したときに、当事者の特性に合わせた具体的なアドバイスができる

	事前	事後	p値	効果量
8月	2.00	3.00	<.001	1.37
9月	2.00	4.00	<.001	1.08

5. GGPPQ スコア

	事前	事後	p值	效果量
8月	69.50	87.00	<.001	1.32
9月	72.00	88.50	<.001	.87

表3 満足度と、SAT-Gの相談業務での活用可能性

	第一回	第二回
研修内容		
よく理解できた	66	53
理解できた	34	33
今後の業務に役立つか		
そう思う	94	71
ややそう思う	6	15
ロールプレイへの参加		
した	92	70
見学のみ	3	5
していない	5	11

	第一回	第二回
SAT-Gの活用可能性		
この内容なら実施できそう	52	43
この内容なら何とか実施できそう	48	42
この内容では実施できる自信がない	0	1

表4 参加者の感想

<第一回研修>

研修に参加しての感想（8月）	
選択解答が多い	選択解答が多く寛容であるから 項目も選択式のため、これなら実施できるかと思った。
指標が明確	明確な指標があって、実行しやすい 面接中に行なうことが明確になっているため
簡潔で良い	簡潔なため やるべきことがシンプルかつ具体的に記載されているから
理解しやすい	対象者にも理解しやすい 解説もありわかりやすい 見てわかりやすいので テキストが分かりやすいから。 わかりやすかった 現在、標準版のテキストなどを参考にしたギャンブル障害の方へのプログラムを実施しているが、それよりも分かりやすいと感じたため。
構造化されていて良い	プログラムが出来ているから プログラムが構造化されているため、説明がしやすい
参加人数的にライトが適切	集団を組むほどの人数がいないのでライトのほうが取り組みやすいかもしない
マニュアル化されていて良い	指導者向けのマニュアルにポイントが記載されていることと、今回の研修で具体的な進め方を学習できたから 今回の研修が非常に丁寧であったため。実施者用マニュアルがあるため。

	<p>マニュアル化されているので、使いやすいと感じる。</p> <p>わかりやすい内容で、かつマニュアルがあるため</p> <p>マニュアルがある為、活用しやすいと感じました。</p> <p>マニュアルがあり、項目も選択式のため、これなら実施できるかと思った。</p> <p>マニュアル化されている。ワークブックがあるとクライエントと取り組みやすい。</p> <p>内容がわかりやすく、実施用マニュアルもあるため支援者としても導入する際に安心感がある。</p> <p>実施者用マニュアルがわかりやすい</p> <p>マニュアルに沿って進められそうであるため。</p> <p>マニュアルがあるため</p> <p>マニュアルテキストがあることと、1つ1つの進め方や要点を全体の流れと合わせて解説頂けたので、とても分かりやすく、自分でもやれそうだと感じました。</p> <p>マニュアルが非常にわかりやすいため</p> <p>プログラムが確立されていて、必要な視点もきめ細かく網羅されているため、知識や経験によらず実施しやすいとおもいました。</p>
イメージ着きやすく良い	<p>ロールプレイを含め、テキストの説明も実際の症例をイメージできました。</p> <p>動画で実際の場面を見ることができたため</p>
理論の重要性、問診の重要性が必要	もう少し依存のベースとなる理論や、インテークの重要性などを話して貰えると良かった。
テキストが分かりやすい	<p>テキストが具体的だったから</p> <p>テキストが支援者、当事者、双方にわかりやすく、取り組みやすい内容と感じたため。</p> <p>テキストや構成がわかりやすく、特別な専門知識がなくても実施できるように作られており、実施するハードルもあまり高くないと感じました。</p> <p>わかりやすいテキストのおかげで、迷わずにプログラムを実施できると思う。</p> <p>テキストが充実しており、一人できそうだと思う</p> <p>テキストがあり、進め方等も明確に記載されているため。</p> <p>テキストがわかりやすい</p> <p>テキストがあるため</p> <p>テキスト本文を読めば概ね理解できるようになっているから</p> <p>もう少し練習が必要であるが、わかりやすいテキストがあるので、なんとか実施できるかな?と感じています。</p> <p>テキストの作りが丁寧であり、それが支援者にとっても拠り所として活用できると思うため</p>
知識がついた	ギャンブル依存にも種類があることや、借金が希死念慮に繋がること、なるべく避けて通ることが回復に繋がると学んだ。研修会に参加しなくてはわからない内容だった
自信がついた	<p>研修を受けたことで、自信がつきました。動画やマニュアルは大変わかりやすいです。</p> <p>これまでの対応が良かったのかと考えたり、どのように対応すれば良いか不安があったが、目標を決めるのは当事者主体や、やめたい気持ちを理解することなどを学び、私の依存症患者・利用者に対する看護観にも通ずることもあり、実施していくことへの不安が軽減した。</p>

馴染みやすい	当施設では、SMARPP を学習する機会が多いので、G-SAT は親しみやすく感じました。
	現在、アルコール依存者に対して SMARPP のテキストを使用している。SAT-G は SMARPP を参考にされているため、内容を理解すれば実施できそうだと感じた。
	スマープを実践しているので馴染みやすい
効果ありそう	テキストに沿って進めていくだけでも、十分効果が得られそうと感じたから。
参加者にも分かりやすい	対象者も比較的取り組みやすいと感じた。
個別支援に使えそう	個別支援の中でも利用していきたいと思った。
今後の支援の基礎になる	今後のギャンブル等依存症の当事者支援につなげることができればと思うため
	貴重なお時間をいただきありがとうございました。とても勉強になりました。自分の中の知識が足りていないことを痛感しておりますが、日々勉強しながら、今回の研修内容を合わせて支援の中に取り入れさせていただきたいと感じたため。
	対応の基本になるから
練習必要	もう少し練習が必要であるが、わかりやすいテキストがあるので、なんとか実施できるかな?と感じています。
	指導内容が具体的なので、慣れたら実施できそうだから。
	研修では関わり方や流れは理解出来た。しかし、現在の業務では認知行動療法の経験がなく、ロールプレイでは上手にフィードバック出来ずに戸惑った為、経験が必要と感じた。
	実際に行っている場面に立ち合いたい。場数が必要だと感じた。
	読み合わせしながらできそうだから
さらに理解したい	今回の研修を受けて丁寧に解説してくださったので、内容を理解した上で実際にやっていきたいと思います。
外来向きであり病棟向きではない	わかりやすい講義内容だったが外来用プログラムで病棟看護師としては活用する機会が少ないと思った。
参加者に分かりにくい	チェック項目を拝見した時にどのようなリアクションを返すべきかが難しく感じた。
効果不明	これ通りやって効果があるのか、ギャンブル障害のどういう病状の人に役に立つかわからなかった。

<第二回研修>

研修に参加しての感想（9月）	
理論が馴染みやすい	<p>寄って立つマインドや理論に馴染みがあるから。</p> <p>既に SAT-G の研修を受けていて、実際に当事者に SAT-G を実施している。今回の SAT-G ライトの内容は簡易版だったので実施出来そうだと感じた。</p> <p>スマープと基本は変わらないから</p> <p>SAT-G を実施しているので、可能と思いました。</p> <p>薬物問題の支援には携わったことがあり、その知識や経験が活用できると感じたため</p> <p>現在、それに近いものを行なってあることに加え、実施者用のマニュアルも分かりやすく解説されており、実施の際に役に立ちそうだと思ったから。</p> <p>スマープやハッピープログラムを実際に行っているので、テキスト進行については慣れているため。</p>

ライトとの違いも理解できた	今回はライトの研修を受けましたが、SAT-G のテキストを用いての支援はしているので、違いがよくわかりました。
単純で良い	複雑でないため丁寧にできそうだと思った。
	内容が簡潔で使いやすい
	わかりやすく、簡便である
	わかりやすい。複雑でない。
テキストが分かりやすい	テキストが使いやすいと感じるため。
	テキストがわかりやすく、参加者と一緒に読み上げて進めていく形は負担感が少なく行えると感じました。
	わかりやすい、テキストがあるから
	テキストに指導のポイントが記載されているため
マニュアルが分かりやすい（構造化されているため）	マニュアルがあるのでやりやすい
	テキストマニュアルがあるので、先輩と相談しながら、対応出来ると思う。
	プログラムを行っているため
	プログラムがあるので分かりやすい
	テキストに沿って実施すればいいと感じました。
	マニュアルがあり、わかりやすい内容だから。
	マニュアルがしつかりしてるので、取り組めそう
	プログラムと冊子などの形があり、マニュアルもあるため。
	専門知識や経験が乏しくても、テキスト通り進行すればプログラムが実施できそうだから。
	パッケージ化され、支援者のテキストがあるので。
	マニュアルがしつかりしているので実施者が悩まなくていい。チェック式なので取り組みやすい。
	現在、それに近いものを行なってあることに加え、実施者用のマニュアルも分かりやすく解説されており、実施の際に役に立ちそうだと思ったから。
	支援者用のテキストがあり、ワークブックに沿ってプログラムを実施しやすいと感じたこと。また、動画やロールプレイでイメージが掴めたこと。
	テキストに沿ってできるという簡便さと、研修を受けたという安心感があります。ロールプレイを見たことでイメージも湧きやすかったです。あとは、実戦で経験と自信を積み重ねていくだけです。
解説が分かりやすい	分かりやすい解説があったため。
	解説もありわかりやすい内容になっているので
イメージが掴めた	動画やロールプレイにより、イメージを掴むことができた。
	支援者用のテキストがあり、ワークブックに沿ってプログラムを実施しやすいと感じたこと。また、動画やロールプレイでイメージが掴めたこと。
目標が明確で進めやすい	実施者と当事者用で冊子が分かれており、説明やワークのポイントが書かれているのがとても良く、進めやすいと思いました。
	各回の目的が明確で、対象者とゴールをイメージしながら進めることができそうに思えた。また、実施者用テキストもあり、ポイントを確認しつつ実践できると感じた。
一回が短時間でいい	一回あたり一時間程度で実施できる。
	回数が少ないので負担も少なく、実施しやすい。
選択肢が使いやすい	また、具体的な目標や対処方法を考えやすいように選択肢が示されている。

チェックシートが良い	チェックシート形式でわかりやすかったです
生活密着な内容で良い	実施者用マニュアルがあることや、選択項目が多く生活に密着した内容であり、本人の生活を知る切り口にもなるため。
具体的で良い	研修が具体的だった
相談者と一緒に取り組めそう	わかりやすかったので、相談者と一緒にできると思います。 分かりやすいテキストであること、また、個別対応で読み合わせやワークなど、対象者とやり取りしながら進められそう。 過程がわかりやすく、対象者と共有する内容もわかりやすく、テキストにまとまっているから。 対象者がギャンブルをやめたいと思いがあるのならば、一緒に考えることが可能と思う。 テキストが具体的な内容であり、相談者と共通の話題で話ができるため、支援する側として緊張せずに関わると感じた。 具体策がチェック項目になっていて、支援者も参加者も取り組みやすいと感じたから。
相談者を尊重できる	相談者の意見を尊重し、勞ったりストレンジスをいかしたりするので、お互いにいやな気持ちになりにくいと思う。
動機付けに繋がる	医療機関でも動機付けの一環として活用できると思う。
本人の意思確認に使える	支援策を考えていく上で本人の意思確認のために活用できると思いました。
自信がついた	福祉サービスを受けている方への支援に希望が持てました。個別面接の考え方、手法を身につけることができました。 テキストに沿ってできるという簡便さと、研修を受けたという安心感があります。ロールプレイを見たことでイメージも湧きやすかったです。あとは、実戦で経験と自信を積み重ねていくだけです。
練習が必要	テキストに沿ってできるという簡便さと、研修を受けたという安心感があります。ロールプレイを見たことでイメージも湧きやすかったです。あとは、実戦で経験と自信を積み重ねていくだけです。
自分の施設にはライトが適切	前回 SAT-G を受講して今回はライトであったが、当院はギャンブル依存症での対応は少ないため小規模でスタートしたいと考えライトから導入したいと思う
??	所属機関、他職種の協力を得ることが課題。算定など。

表5 SAT-G プログラムの活用状況

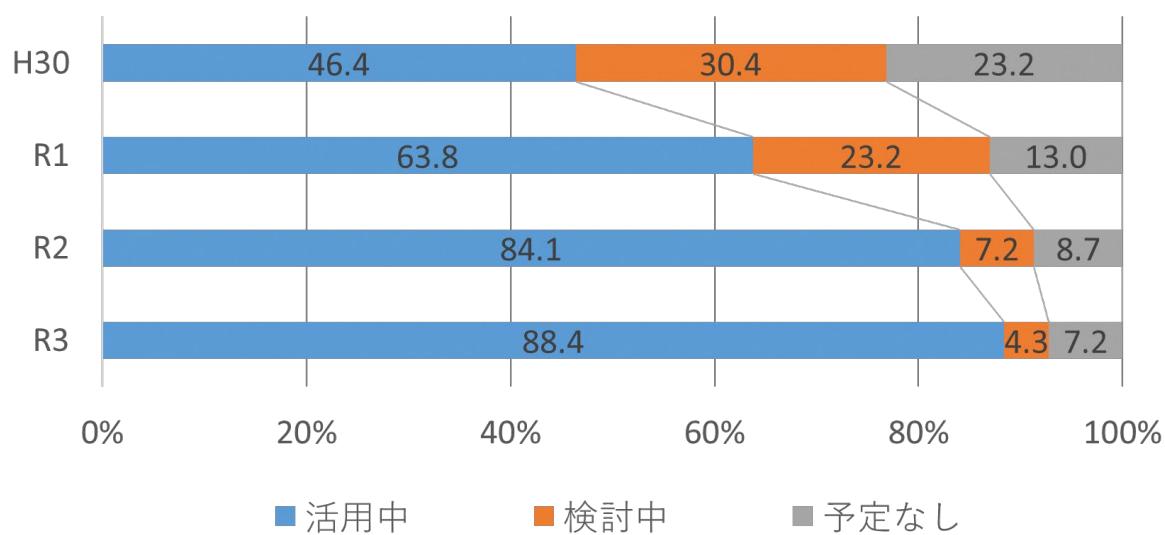


表 6 全国の精神保健福祉センターのギャンブル及び全相談の概況

		回答数	平均値	最小値	最大値	標準偏差
H25	GA相談	62	40.6	0	242	45.8
	全相談	68	3521	113	14157	3,098.60
H26	GA相談	67	51.3	0	284	51.6
	全相談	69	3800	62	14268	3,301.20
H27	GA相談	68	60.7	1	287	55.9
	全相談	69	3947	53	15625	3,424.50
H28	GA相談	68	67.1	2	293	69.4
	全相談	69	4059	28	14914	3442.9
H29	GA相談	69	97	2	580	99.9
	全相談	69	4810	87	12702	3324.1
H30	GA相談	69	149.5	4	577	137.8
	全相談	69	5461	185	14520	5461.1
R1	GA相談	69	169.7	5	567	138.8
	全相談	69	5312.9	112	12683	3346.7
R2	GA相談	69	232.8	20	1192	252.1
	全相談	69	5890.3	141	14849	3778.7

表7 コロナウイルス感染症による精神保健福祉センターの相談体制への影響

	相談	本人 PG	家族教室
検温などの感染対策	65	47	44
規模の縮小	12	11	16
中止	12	19	26
リモート開催	11	5	9
新規の受け入れ停止	0	3	2
形態の変更	0	2	0
COVID-19 以前から変化なし	6	4	2

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

ギャンブル等依存症の治療・家族支援に関する研究 (19GC1101)
(研究代表者 松下幸生)

自助グループや民間支援団体への支援のための課題抽出
令和3年度分担研究報告書

研究分担者 森田展彰 筑波大学 医学医療系 社会精神保健学准教授

研究要旨

ギャンブル障害の支援や治療における自助グループや民間団体の実態や効果を調べて、包括的な支援体制を築く上での示唆を得ることを目的に、以下の4つの研究を本年度行った。

研究1：ギャンブル障害当事者の自助グループの効果に関する文献研究。

- ① GAへの参加状況とギャンブルの停止などの様々な回復の指標の関係の間に統計的に有意な関連があることが示された。
- ② 質的な研究では、GAでは同じ体験を仲間同士での関係に支えられて、債務などの実際的な対応について知ることのみでなく、スピリチュアルや感情の面における効果が実感されていることが確かめられた。
- ③ RCTによる効果の確かめは、AAやNAでは行われているがGAではまだなので今後行われるべきであると考えられた。

研究2：ギャンブル障害の家族への支援に関する自助グループとその他の支援の効果の比較⑦

ギャンブル障害の家族に対するアンケート調査をしたところ、ギャマノンを主に用いている群と精神保健福祉センターや医療機関などを中心に用いている群を比較したところ、以下のような所見がみられた。

- ① 援助を受けたことでの変化として、「ギャンブル障害への対応ができるようになった」、「自分の生活を守る行動が取れるようになった」、「自分自身の問題に向き合えるようになった」という回答の割合が、自助グループを主に用いている群の方が、有意に多かった。
- ② 自助グループを主に用いている群の方が、WHO/QOL、依存症への理解得点、当事者への肯定的な関わり得点が高い。

研究3：ギャンブル障害の家族の自助グループによる回復過程に関する複線径路等至性アプローチ (Trajectory Equifinality Approach, TEA) による研究

TEAにより23人の家族の回復を過程過程についてTEM(複線径路等至性モデリング: Trajectory equifinality modeling)図を作成し。さらにこれを統合して1つのTEM図にした。この図から明らかになった等至点（何らかの文化的・社会的な諸力の影響を受ける中で収束していくポイント）は以下であった。

- ① ギャンブル障害を正しく理解した上で、依存症者の症状に翻弄されていたところから物理的、心理的距離をとることができた。
- ② 自分自身の感情やニーズを自己認識、自己受容し、それを満たす行動をとることができた。
- ③ 現実を受け止め、将来に希望を持つこと、経験を役立てようと有意味感を持つこと。

これらのポイントは、当事者のギャンブル問題での苦しい状況の中で、ギャマノンでの仲間と助けを受けることで生じており、自助グループの具体的な有効性を示すものといえた。

研究4：全国の民間団体や自助的な活動の研究

成果は以下の通りである。

- ① 昨年度に引き続き、全国各地の民間団体に連絡して、その活動を紹介する冊子を作製した。
- ② 同時に改めて各団体の方に意見を聞いたところ、「行政、病院、警察、弁護士などの理解が進み、正しい情報をすぐに受け取り素早く適正な治療が出来るようになって欲しい」などの連携強化を求める意見が多かった。自助グループや民間団体の効果や特徴などをより的

確に伝えられるような人材や情報提供体制がさらに必要であると考えられた。

研究協力者

土方郁美

(筑波大学 大学院人間総合科学学術院、
国立病院機構栃木医療センター附属看護学校)

A. 研究目的

ギャンブル障害は、病的にギャンブルにのめり込む状態である。ギャンブルに対する強い渴望とギャンブルをしたいという衝動を抑えられなくなり、次第にギャンブルの程度や頻度を自分で制限できなくなる。ICD-10で Pathological Gambling は、「ギャンブルへのこだわりとリスクが高いにも関わらずギャンブルの興奮を求め、嘘をついたり盗んだり、大切な人間関係や仕事・教育の機会を失う可能性があるにもかかわらずギャンブルを止めることができない」とされている。DSM-5 にギャンブル障害が明記され、ギャンブルが娯楽にとどまらず依存症としての面が明確化された。カジノへの対策という問題が契機になり、「ギャンブル等依存症対策基本法」が作られ 2011 年から施行されている。その理念の中で、ギャンブル等依存症の発症、進行及び再発の各段階に応じた防止及び回復のための対策を適切に講ずるとともに、ギャンブル等依存症である者等及びその家族が日常生活及び社会生活を円滑に営むことができるよう支援する指摘されている。

このうちの回復支援としては、アルコール薬物依存症のような中毒性の心身の問題ではなく、あくまで行動上の病理が主であることから心理療法が中心になる。心理療法としては、認知行動療法 (Cognitive Behavioral Therapy, CBT) と、ギャンブルアノニマス (GA) である。GA とは、ギャンブル障害からの回復を目指す自

助グループである。日本では、CBTについてはあまり使われてこなかったが、今回の法制度の整備とともに急速に導入が進み、多くの医療機関や精神保健福祉センターなどで使われ始めている。GA は、最近のこうした動向の以前から各地で行われてきたものであるが、CBT が導入される中で、包括的な支援体制の中での位置づけなどを明確にする必要が出てきていると思われる。というのは、CBT が、精神保健福祉センターなどの行政機関や医療などの専門機関が提供するので位置づけ自体は明確にしやすいが、GA の場合は自主的に参加する活動なので、行政機関・専門機関が直接行うのではなく導入を図るような位置づけになる。したがって行政や専門機関で、GA がどのような活動であり、またどのような効果があるのかを伝えることが必要であり、そうした知見をまとめおく必要があるといえる。

またギャンブル等依存症での支援対象は、当事者のみでなく、家族も含まれている。一人の当事者の周りには両親、配偶者、子供など複数の家族が存在する。当事者がギャンブルへのめり込んでいくことによって、家族は多重債務と経済苦に巻き込まれていく。また、度重なる嘘から当事者への信頼感を損ない、精神的に追い込まれていき、家族自身の全人的健康が悪化し QOL が低下する (Wenzel et al., 2008; Carolyn, et al., 2010)。一方、家族が自助グループや相談機関に相談し、家族自身の認知や行動が変化、回復していくことによって、状況の受け止め方が変化し、状況が好転することが先行研究で明らかとなっている (Bradshaw, et al. 2015. ; Christine T. et al., 2015)。こうした家族への働きかけとして、心理教育とともに家族にとっての自助グループであるギャマノンがある。当事者の自助グループの場合と同様に家族の自助グループの効果や支援体制における位置

づけについても十分な検討がなされてこなかった。

更には、当事者や家族に対する自助グループにとどまらず、自助グループの手法を取り入れたりハビリ施設や民間団体の活動も取り上げる必要がある。というのは依存症の回復には、単に問題行動のパターンから離れることのみでなく、そのパターンが生じた背景にある社会的な孤立や傷つきなどの問題の解決が重要であるとされるためである。症状をとるというキュアのみでなく、全人的な意味を含むケアが必要であるといえる。自助グループはミーティングを通じて同様の困難を抱えた人の間でのつながりを作り出し、この全人的なケアの一翼を担っているといえるが、自助グループ以外でも多様な当事者、家族、市民の活動が幅の広いケア活動を行っていると思われ、これもその実態や効果を共有して、統合的な支援体制に位置づけていく必要があると思われる。しかし、これもまだ十分な調査が行われておらず、昨年度から本研究で取り組み始めている。

以上から本研究では以下のような研究目標を立てた。

- I. 当事者の自助グループの GA の有効性やそれを生かすための連携のありようを明らかにする。
- II. 家族の自助グループの有効性の検証
- III. 自助グループ以外の民間団体の活動の実態を明らかにして、また連携を促す方法を検討する。

この 3 つの目標に対して、以下の 4 つの研究を本年度行った。

研究 1 : ギャンブル障害当事者の自助グループの効果に関する文献研究

研究 2 : ギャンブル障害の家族への支援に関する自助グループとその他の支援の効果の比較

研究 3 : ギャンブル障害の家族の自助グループ

による回復過程に関する複線径路等至性アプローチ (Trajectory Equifinality Approach, TEA) による研究

研究 4 : 全国の民間団体や自助的な活動の研究

B. 研究方法

研究 1 : ギャンブル障害当事者の自助グループ (GA) の効果に関する文献研究

GA の有効性について書かれた論文を収集した。収集にあたっては、Gambling Anonymous (GA)、self help group、Gambling disorder , efficacy, effectiveness をキーワードにして、PubMed, Google で検索したうえで、見つかった論文の関連文献からさらに収集することを繰り返した。今回は言語として英語のみを選択した。その論文の形式やテーマをもとに整理して、実証性や論点について考察を行った。

研究 2 : ギャンブル障害の家族への支援に関する自助グループとその他の支援の効果の比較

ギャンブル障害の家族で、継続的に支援を受けている家族が、自助グループ、精神保健福祉センター、医療機関の支援の違いによってどのような回復をたどるのかの差を調べるために以下の調査を行った。

(1) 研究対象

家族のギャンブルについて問題があり、医療機関、行政機関、自助グループから継続的に支援を受けている方である。調査目標人数は、医療機関 50 名、行政機関 50 名、自助グループ 200 名であるが、今回は収集途中の中間的分析になる。

(2) 調査内容 ;

調査内容は、以下の通りである（添付資料

7)。質問への回答に要する時間は、概ね20～30分程度である。

- ① 基本属性：年齢（当事者、家族）、性別（当事者、家族）、職業（当事者、家族）、学歴（当事者、家族）当事者との関係、家族構成
- ② 当事者の状況；ギャンブルの種類、ギャンブルの程度（期間、頻度、金額）当事者はギャンブルを継続しているか、何らかの支援を受けているか
- ③ 家族がギャンブル関連問題に気付いた時期、きっかけ
- ④ 家族はどのような支援を利用しているか、支援の具体的な内容
- ⑤ 支援機関につながった時期、きっかけ
- ⑥ WHO/QOL26
- ⑦ SOC 質問票日本語版
- ⑧ 家族の理解と関わりに関する尺度

（3）調査方法

研究対象者のリクルート方法として、研究責任者や学生分担者から、ギャンブル依存症家族の会の代表、医療機関及び行政機関の責任者に対して、研究の目的、内容、倫理的配慮について、説明書と口頭で説明を行う。責任者がこれに承諾をした場合には、同意書にて同意を得る。その際、同意後も隨時撤回可能であることも説明し、同意を撤回する場合に同意撤回書を出していただく。調査をお願いする研究対象者の選択については、参加者の自由意志に基づいて行われ自主性が尊重されることとする。その後、参加している家族に対して、ポスター及び説明書を渡して頂き、本研究の目的、内容、協力は研究対象者の自由意思であること、非協力による不利益が一切生じないことを伝える。研究協力の承諾が得られた方には、アンケートへの回答をお願いする。（なお、ギャンブル依存症家族の

会においては、SNS（LINE）を通して研究の説明を行う。）研究に同意する場合は、ポスターに掲載されたQRコードまたはURLにてアクセスして頂き、質問サイトの最初のページにある「同意する」のチェックボックスにチェックをしていただいた上で、回答をお願いする。ネットアンケートができない方の場合には、担当者より質問紙を返信用封筒と共に配布していただき、回答いただく。質問紙への回答と返信によって同意したこととみなす。なお、アンケート記入の途中で協力をやめても差し支えないことも伝える。

なお、研究対象者は調査に協力することを同意した後は、無記名で提出され、個人の特定ができないために撤回できるのは質問項目の回答前のみで、回答後には撤回できないことを伝える。

研究3：ギャンブル障害の家族の自助グループによる回復過程に関する複線径路等至性アプローチ（Trajectory Equifinality Approach, TEA）による研究

自助グループによるギャンブル障害の家族の回復の効果や経過を明らかにするために以下のようない方法を用いた。

1. 対象

ギャンブル障害の家族のうち、自助グループ等に1年以上継続的に通っている家族23名を対象とした。ギャンブルの影響を受けた家族・友人の自助グループであるギャマノン（GAM-ANON）は、2022年1月現在国内に211グループ存在し、「家族の回復」を目指しているコミュニティであるが、グループの取り決めにより、調査等には参加しないことになっている。そのためギャマノンのメンバーが多く参加している民間団体に研究協力を依頼した。対象選定の理由は、本研究の目的が、ギャンブルの影響を受けた家族がギャンブル関連問題に遭遇し、対処していく時間的な経過の中で、家族の回復を目

指して自主的に参加し続けているからである。

2. データ収集方法

ギャンブル障害に関連した問題から家族自身が支援を受け、回復を目指していく個別具体的な出来事を、それぞれが体験した個人の意味世界に近づき、理解する必要が考えたため、研究協力者が自由に語ることができる半構造的面接技法が適していると考え、採用した。調査時期は2020年12月から2021年2月にかけて実施した。なお、新型コロナウィルス感染症の蔓延防止のため、オンライン面接とした。面接は承諾を得られた後に、録音を開始し、トランスクリプト後は録音データの削除と、固有名詞等の記号化を行なった。

3. 調査内容

- (1)年齢、(当事者、対象者)、家族と当事者の現在の支援の有無とその内容
- (2)支援につながった要因、状況(当事者の状況、家族の状況)
- (3)どのような支援を受けたか、参加時の態度やコミット
- (4)支援による変化の内容(自身と当事者の変化)
- (5)現在自助グループに通っている理由
- (6)ギャンブル障害の家族の回復とはどのようなものだと認識しているか

4. 分析方法

本研究では、ギャンブル障害の家族がギャンブル関連問題の影響を受けていたところから、家族自身が回復していくという時間の経過の中で、社会構造や、依存症当事者との関係、同じ境遇の仲間との体験を通して、出来事や思い、考えを可視化するために、複線径路・等至性アプローチ(Trajectory Equifinality Approach: TEA) 19)を採用した。この分析方法は、研究目

的を等至点とし、個別的で具体的な多様性を捉えつつ、経路の類型化を図ること、研究協力者にトランスビューを行うことによって、信頼性、妥当性を担保することが可能であるという強みがある。

TEAで用いられる用語を表1に示す。TEAは3つの基礎概念①調査協力者を選別する基準を示す「歴史的構造化ご招待」(HIS)、②「複線径路・等至性モデル」(TEM)、③発生の三層モデル(TLMG)から構成される。HISは研究の場に社会的存在として歴史的に構造化された文脈において出来事を経験してきたその経験を当事者の視点で語る対象としてその当事者を研究の場にご招待するというものであり、本研究では、ギャンブルの影響を受けた家族を当人の視点で経験の語りをデータとしたことになる。TEMは、時間軸(非可逆的時間)に沿って、類似した経験である等至点(EFP)に着目した場合そこに至るまでの経路が複数あると想定し、EFPとは対極にある点として、両極化した等至点(P-EFP)を設定する。そして、そこに行き着くまでの経路には、必須通過点(OPP)、分岐点(BFP)があり、そこに作用する社会的方向づけ(SD)、社会的助勢(Social SG)を図示する。TEAの用語についての説明を表1に示した。

表1 TEA(複線経路・等至性アプローチ)で用いられる用語一覧

- | |
|---|
| ・分岐点 (Bifurcation Point: BFP) : 時間の流れの中で生じる経路が分かれていくポイント |
| ・等至点 (Equifinality Point :EFP) : 何らかの文化的・社会的な諸力の影響を受ける中で収束していくポイント |
| ・両極化した等至点 (Polarized Equifinality Point :P-EFP) : EFPとは価値的に相反するポイント |
| ・必須通過点 (Obligatory Passage |

Point :OPP) : ほとんどの人が通ると考えられるポイント

- ・**歴史的ご招待 (Historically Structured Sampling: HSS)** : 研究目的において設定された EFP の経験した人、している人に該当する対象を研究対象として焦点をあてる（抽出する）こと
- ・**社会的方向づけ (Social Direction: SD)** : 個人の行動や選択に抑制的にかかっていく文化的・社会的な諸力
- ・**社会的助勢 (Social Guidance :SG)** : ある行動や選択を後押ししたり促したりするような援助的な諸力。SD が大きければ EFP から離れていく
- ・**発生の三層モデル (Three Layers Model of Genesis : TLMG)** : 行為が発生・分岐するときに、何がその行為の発生・分岐を生んだのか（記号）、それはなぜなのか（価値観）を捉えるためのモデル
- ・**ZOF (Zone of Finality)** : EFP 後に経験するであろう目標の領域、目標の幅

融合つまり結果の真正性に近づけるために面接は 3 回を推奨している。調査対象者それぞれの TEM 図を作成し、対象者に提示し、認識のずれを修正するとともに、内容を深く掘り下げデータの信頼性の確保に努めた（トランスビュー）。全員分の TEM 図を作成した後、属性毎（経験年数、立場毎、全員分の 3 種）にまとめた TEM 図を作成し、経験の類型化を図った。また、TEA 勉強会で発表し、TEA に精通した専門家からの指導を受けた。

研究 4 : 全国の民間団体や自助グループの活動の研究

対象：昨年度に収集した全国のアディクションに関する自助グループ・民間団体に加え、昨年度取り上げ切れていたかった団体も探索し、対象に加えた。

調査方法：調査用紙を送付し、それを返信用筒で返却してもらった。

（倫理面への配慮）

研究 1

レビュー研究であるため、これについては倫理審査は行っていない。

研究 2

以下の倫理的配慮を行い、筑波大学医の倫理委員会の承認を得た。

（1）研究等の対象となる個人の人権擁護

・本研究は、ギャンブル問題のある方の家族を対象としてネットアンケートを行う。（ネットアンケートが難しい場合は、質問紙にて回答をいただく）ネットアンケートは、データ漏洩を防ぐために、安全性、信頼性の高いネット調査ウェブサイト（Googleforms : <https://docs.google.com/forms/u/0/>）を利用する。本研究は研究対象に身体面への危険性はない。精神面への影響もほぼないと考

え、以下のように配慮する。

- ・ギャンブル依存症家族の会の代表および、医療機関及び行政機関の長に対して、本調査の目的、倫理的配慮、本調査の内容を記述した説明書「調査へのご協力のお願い（団体責任者用）」を口頭及び文書にて説明し、「同意書」で同意を得る。その際、同意後も、一定時期までは撤回可能であることを説明し、同意を撤回する場合には「同意撤回書」を提出してもらうこととする。

- ・同意後の撤回可能期間は、研究対象者の分析に入った後は不可能であるため、研究対象者からのアンケート回収後、概ね2週間程度になると予想している。

- ・研究対象者となる家族の会のメンバーには、本研究の意義や目的、研究方法、無記名での調査であること等の倫理的配慮を明記したポスター等を提示して研究対象者にアクセス URL, QR Code にログインしてもらう。

- ・ネットアンケートは家族の会メンバーより LINE、Twitter 等の SNS 等での研究協力の情報拡散を行っていただき、研究対象者に URL または QR Code からアクセスしてもらう。その際も上記同様に、アクセストップページに、本研究の意義や目的、倫理的配慮を明記した説明書「調査へのご協力のお願い（研究対象者用）」を提示し、読んでもらって同意の上、アンケートに回答してもらう。

- ・アンケートには研究の詳しい説明文「調査へのご協力のお願い（研究対象者用）」を提示し文書にて研究目的、方法及び倫理的配慮を説明する。

- ・研究に同意するならば、同意ボタンをチェックし、アンケートの画面にアクセスしてもらう。アクセス後は、再度、匿名性の保証、アンケート回答を持って研究に同意されることを明記し、研究対象者の自由意思によってアンケートに回答してもらう。

- ・医療機関及び精神保健福祉センターで継続的な支援を受けている家族の研究対象者に対しては、対象募集ポスターから自主的に参加を希望される方が、ネットアンケートに回答していただく。（万が一、ネットアンケートが難しい場合には、質問紙を配布していただき、返信用封筒で返信していただく。）ポスター及び、ネットアンケートの最初のページに研究の説明文「調査のご協力のお願い（研究対象者用）」を提示し文書にて研究目的、方法、及び倫理的配慮を説明する。

- ・家族会、医療機関、精神保健福祉センターでの研究協力にあたって、ポスター、説明文書は配布してもらうのみにとどめ、参加の呼びかけや、研究の趣旨を説明するといった積極的な働きかけを行わない。

- ・ネットアンケートの収集期間は、研究対象者の同意を得てから 15 日以内にアンケートに答えてもらうように設定する。データの収集は 15 日を経過したら、アンケート画面には訪問できないようにする。なおネットアンケート及び質問紙は同じ質問項目であり無記名式である。

- ・研究責任者または学生分担者は調査終了後、調査ウェブサイト上のデータをすべて削除する。収集したデータは統計的に処理され、匿名性を確保するために属性は全て数値化され統計的に処理される。データはパスワードをかけたハードディスクまたは USB メモリに保存し、研究責任者または学生分担者、及び共同研究者以外は見られないようにする。データ保存媒体自体も、筑波大学総合研究棟 D743 号室、社会精神保健学研究室、A 病院臨床研究部内にて、研究責任者または学生分担者のみが施錠・解錠可能なファイルマスター内に保管する。

- ・データを分析する際には、セキュリティソフトをインストールしてファイルが外部に流

出することを防ぐ。

- ・電子データについては研究終了後10年間保存し、その後データ消去の専用のソフトを用いて、確実に消去する。
- ・研究結果は論文及び学会で発表するが、アンケートでは個人情報を取得しないため個人が特定されることはない。

(2) 研究等の対象となる個人に理解を求め同意を得る方法

研究対象者に対して、研究目的や自由意思による参加、途中中断の権利の保障、得られたデータは目的以外に使用しないこと、また無記名による調査で個人が特定されないことを保証する内容について文書による説明を行う。同意については、ネットアンケートのアクセスした最初に載せた説明を読んでもらい、同意ボタンを押して、回答したところで同意とみなす。(質問紙への回答をされた研究対象者については、質問紙の提出をもって同意したこととみなす。)

(3) 研究等によって生ずる個人への不利益及び危険性に対する配慮

- ・質問への回答が負担に感じる場合は、不利益なく調査への協力を断ることができる。
 - ・質問への回答中に研究対象者が不快になったり拒否的な感情を抱いたりする場合には、協力を撤回できる。
- ・調査に対する質問や意見を受け、万が一何らかの不都合が生じた場合にすぐに連絡ができるように、研究責任者及び学生分担者の連絡先を提示する。

研究3

以下の倫理的配慮を行い、筑波大学医の倫理委員会の承認を得た。

(1) 研究対象者に対する人権擁護

研究対象者に対して、書面にて①研究の趣旨や方法、②データは研究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、③協力は自由意思であり、協力を断っても不利益を被らないことを説明した上で、研究協力の同意を得た。インタビューは、前述の内容を説明後、研究の同意が得られた回復者と家族に対して個室で別々に行い、インタビューの内容が第三者に漏れることのないよう実施した。その際、対象者の同意を得てインタビュー内容をICレコーダーに録音し、その後、逐語録を作成した。

質問紙は無記名式とし、回答は全て電子データ化され、統計的に処理した。匿名性を確保するために属性は全て数値化した。USBメモリはインタビューデータと同様に、筑波大学研究室内の、研究者のみが施錠・解錠可能なファイルマスター内に保管した。データを分析する際には、ネットワークにつながっているコンピューターを用いるが、セキュリティソフトをインストールしてファイルが外部に流出しないようにした。

(2) 研究方法による研究対象者に対する不利益・危険性への配慮

インタビュー及び、質問紙への回答中に、調査協力者が不快になったり拒否的な感情を抱いたりする場合には、隨時協力を撤回できることを説明書に明記し、口頭でも説明を行ったまた、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に連絡できるよう、研究者の連絡先を記した説明書を配布し、調査終了後も研究対象者の手元に残るようにした。

研究4

以下の倫理的配慮を行い、これについて筑波大学医の倫理委員会の承認を受けた。

(1) 研究対象となる個人の人権擁護

民間団体へのアンケートであり、個人的な情報は取らないものであり、あくまでも民間団体の名称、活動内容を知るものである。それ

でも調査にあたって、①研究の趣旨や方法、②データは研究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、③協力は自由意思であり、協力を断っても不利益を被らないことを説明した上で行う。

研究で得たデータを記録した記憶媒体は、筑波大学総合研究棟 D-743 号室 社会精神保健学研究室にて、施錠できる書棚に厳重に保管する。また、データを分析する際に用いるコンピューターには、セキュリティソフトをインストールしてファイルが外部に流出することを防ぐ。

(2) 研究等の対象となる個人に理解を求める同意を得る方法

研究協力者に、書面にて①研究の趣旨や方法、②データは研究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、③協力は自由意思であり、協力を断っても不利益を被らないことを説明する。アンケートの提出をもって、研究協力の同意とみなすこととした。

(3) 研究等によって生ずる個人への不利益及び危険性に対する配慮

研究は、民間施設に関するアンケートであり、危険を伴うものではないと考えられる。

C. 研究結果

研究1、自助グループの有効性に関するレビュー研究

GA の有効性に関する研究としては、①対照条件として、または薬物療法や心理療法の補助治療として GA の有効性を評価した無作為化対照試験、②RCT 以外の GA への参加とさまざまな結果指標との関連を検討した研究、④質的研究、⑤GA と認知行動療法の関係の研究、⑥12 ステッププログラム類似のプログラムの研究

(1) 無作為対照試験

無作為化対照試験を表 2 にまとめた。GA への紹介と、薬物療法や心理療法と GA を組み合わせた場合の効果が検討されている (Desai et al. 2012; Grant et al. 2009; Linardatou et al. 2014; Petry et al., 2006)。

Petry の研究は、2 カ月の治療期間中、参加者を GA への紹介のみと GA 紹介と認知行動

(CB) ワークブック」と「GA 紹介と個人的な認知行動療法 (CBT)」の 3 条件で無作為に割り付け、2 か月では GA 紹介のみ群は、CB ワークブックおよび CBT 条件の参加者は、GA 紹介のみの参加者よりも、2 カ月間の治療期間中にギャンブル症状の改善とギャンブル日数の減少がより大きく見られたとしているが、これはどの条件も GA が含まれており、専門的な治療と GA の組み合わせが良い効果を出している所見ともいえる。また同じ研究では、GA ミーティングへの参加回数は、治療後の評価と性的相関があり、また 12 カ月後の追跡調査において、過去 1 カ月間のギャンブル障害の回避と正の相関があった。また、12 カ月後の時点で、ギャンブル状態（ギャンブルの停止、大幅な減少、少しの減少、変化なし）の割合は、グループによって差はなかったという。これは、GA ミーティング参加が良い効果と関係していること、特に長期的な効果としては CB ワークブックや CBT の有無よりも GA の参加回数が関係していることを示唆する所見ともいえる。

Grant et al. (2009) では、病的ギャンブルのある人に対して、6 回のイメージ脱感作と動機付け面接 (IDMI) または GA のいずれかに無作為に割り付けられ、この 2 群の治療効果が比較された。IDMI 群のみで、ギャンブル障害の重症度や抑うつ・不安症状、心理社会的機能の有意に改善していたが、GA に割り当てられた人では有意な変化がみられなかったとした。

Desai et al. (2012) では、PG の治療を受けている人について、4つの治療群

（「Bupropion と Harm Reduction」、「Bupropion と GA」、「プラセボと Harm Reduction」、「プラセボと GA」）に振り分けられた。これらについて 12 週間の転機に関して比較されたが、それらの間に有意な違いを見出せなかった。

Linardatou et al. (2014) の研究では、GA を行っている群の中で、ストレスマネージメントを一緒に行う場合とそうでない場を比べて、GA のみに比べ、ストレスマネージメントを加えると、生活満足度や睡眠時間の改善の率が高まるが、再発率は変わらない。前者の方のみで効果がでていることが確認された。

以上の RCT の研究の結果では、3 つの研究で、GA のみと認知行動療法の条件を比べると、GA のみの方が治療効果が低いという結果になっている。

（2）横断研究など RCT 以外の研究

表 3 は、RCT ではない観察研究などで GA の利用状況と、ギャンブル状況や心理状態に関する指標の関係をみている。Stewart and Brown (1988) は、GA 研究のうち早い時期に行われたもので、GA に最初に来てから継続できる事例が限られており、GA は継続が難しい。GA 参加者で 2 年間ギャンブルをやめられている人は 1 割以下であることを報告している。GA の効果に関する議論では、この論文が影響して GA の効果に否定的な意見につながっていた時期がある。この初期の頃は CBT などの専門的ケアが少なく、GA の方が早く広く使われており、あまり動機付けの高くなかった人も含まれており、利用やギャンブルの停止の継続率が低くてもおかしくない。その後に発表された論文では、GA への通所回数などのより細かい参加状況と、ギャンブル状況の関係が調べられ、それらに統計的に有意な関係があることが報告されている。例えば、Petry

(2005) では、病的ギャンブリングの治療研究に参加した 342 名について、参加前に GA 参加歴のない人とある人に分けたところ、GA 参加歴ありの人は、それがない人に比べて、治療の開始から 2 カ月後にギャンブルを停止できる割合が多かったことを報告した。また、この治療開始後 2 カ月時におけるギャンブルの停止に対して、ギャンブル治療が重要であるという認識の強さ、GA ミーティングの回数、治療開始後に参加した専門治療のセッションの回数が関係していたという。Hodgins ら (2005) は、「最近ギャンブルをやめた」とする病的ギャンブラーを募集し、その後 1 年間の経過を追跡できた者 (N=101) のデータを分析した結果、参加者の 40% が、フォローアップ期間中に「3 ヶ月間のギャンブルの停止」を達成した。この「3 ヶ月間のギャンブルの停止」、現在治療を受けているか GA に通っていることが有意に関連していたという。

Monnatet al. (2014) は、PG の治療プログラムを受けている人 (N=361) について、治療サービスの質と、社会的・機能的・物質的な幸福の向上感、ギャンブル行動の減少の関係を評価した結果、GA またはギャマノンに参加している回答者はは、日常生活機能の改善、ギャンブルの停止、ギャンブルに関する問題の最小化を報告することと有意に関連していた。

以上のように、横断研究では、より詳細に GA への参加状況と様々な回復の指標の関係を調べると、それらの間に統計的に有意な関連があることが示されている。

（3）質的研究

Ferentzy, Skinner, and Antze (2006) は、GA 会員 23 名（男性 15 名と女性 8 名）へのインタビューと、トロント地域の 42 の GA ミーティングの観察を行った結果を報告してい

る。もともと GA が、AA や NA などと比べて、現実的な債務などの対応へのアドバイスに重点があり、12 ステップによる感情やスピリチュアルな面の回復が十分でないという批判があつたが、この報告では GA でも 12 ステップに焦点を当てるようになり、メンバーは感情や人生の問題を議論することが奨励されるようになっていたことが示された。Ferentzy, Skinner, Antze (2010)においても GA の参加者 39 人（男性 26 人、女性 13 人）のインタビューを通じて、「平安の祈り」などのスピリチュアルな面が注目される一方で、現実的な対応に関する支援を主に指摘する人もいて、参加者はそのニーズにあわせて現実的な面とスピリチュアルな面の効果を感じているとされた。

GA での過程が効果に結び付いているかということに関しては、Laracy (2011) による GA メンバーのインタビュー調査が参考になる。それによれば、多くの GA メンバーは、ギャンブルの問題を家族や友人に相談できないと感じていたが、GA は、他の会員が同じ経験を共有しているため、「自己開示と議論のための安全なフォーラム」を提供してもらえたと感じていた。そして、ベテランメンバーのリードに従うことで、新メンバーは、自分が「強迫性ギャンブラー」であることを理解し、自覚することできていた。こうした仲間からのアドバイスの影響は Straus (2006) のインタビュー調査でも確かめられている。

一方、Laracy (2011) の調査では、「強迫性ギャンブラー」というアイデンティティを受け入れられない人もいることを報告しており、こうした考え方を受け入れられるか否かが、GA の利用継続や効果に関わるといえる。12 ステップのモデルは、宗教ではないが、それが誤解されたり、また誤解ではなくても自分の強迫性などの問題のある人格面を一生涯にわ

たって向かい合うモデルになじめない人がいることは GA に限らず、AA や NA でも指摘されてきた。

このように GA には、これを利用できる人を選ぶ側面があるが、それでも深刻な困難を抱えた人がそれと向かい合っていく上で大きな支えになっていることを示したのが、Rogers et al. (2020) の研究である。この研究により、GA のメンバーには、うつ病や自殺願望や、ギャンブルのために犯罪を行った経験のものが多く含まれていることが示された。そしてそうした困難を乗り越えて回復を進める上で GA のメンバーにおける互いの支え合いが大きな意味をもっていることが示されている。

また、GA 全体の有効性と異なる視点として、女性の参加者への支援ということが研究の視点として取り上げられている。もともと GA は男性の利用者が多く、女性の利用者は居場所が見つけにくいことが指摘されていた。また提供される内容も具体的な支援へのアドバイスが主であり、女性利用者が求める感情的な問題への支援が少ないとされてきた。しかし、近年の研究では上述したように GA はあらためて感情の問題にも焦点をあてるようになり、女性の回復に対しても効果を上げている報告が出てきている。例えば、Avery and Davis (2008) による女性のギャンブル依存者 136 名のインタビューでは、同じ問題を経験している人たちに歓迎され、理解されていると感じ、孤独を感じなくなり、真実を話すことができると感じ、「問題が解決できるという希望を与えてくれた」と報告した。但しこの研究でも、女性であることを理由に GA ミーティングで歓迎されないと感じたという人もいたという。

（4）GA と認知行動療法の関係の研究

Toneatto (2008) は、GA の 12 ステップについて、GA と認知行動療法は一見異なるモデルのように受け取られがちだが、実際には共通の回復の視点を持っていることを示した。そのポイントを表 5 にまとめた。Toneatto は、こうした類似点をもとに、CBT と GA は矛盾なく用いることができるし、むしろ相補的な面をもっており、統合的な利用が望ましいと論じている。

(5) 12 ステッププログラムを補助するプログラム

専門機関で、GA などの 12 ステップの内容を伝えたり、12 ステップグループへの参加を促すプログラム (Twelve Step Facilitation Program, TSF) があり、認知行動療法と比較した研究が出されている (Marceaux and Melville, 2011; Toneatto and Dragonetti, 2008)。TSF は、GA の原理に基づいてはいるが、TSF のセッションは専門家が指導し、構造化されており、治療は時間的に制限されているものである。Toneatto and Dragonetti (2011) は、12 カ月の追跡調査において、CBT または TSF に無作為に割り付けられた参加者のアウトカムに差がないことを見いだした。Marceaux and Melville (2008) の研究では、両方のタイプの治療が、待機の時点に比べて DSM 症状の数の改善を示したが、治療間の差はみられなかったとしている。アルコール依存症では、TSF を行い、AA につながることでの効果があることが示されており、GA についても TSF そのものの効果だけでなく、TSF を用いて専門治療と GA を結び付ける効果が検証されることが今後必要と思われる。

表2. RCT を用いた研究

研究者	被験者	方法	結果	有効性の示唆
Petry ら (2006)	PG のある人	2カ月の治療期間中、参加者を無作為に以下の3群に分けた。 ・GAへの紹介のみ(n=63)、 ・GA紹介と認知行動(CB)ワークブック(n=84)、 ・GA紹介と個人的な認知行動療法(CBT)8セッション(n=84) これらの群を比較した。	・CBワークブックおよびCBT条件の参加者は、GA紹介のみの参加者に比べて、2カ月間の治療期間中にギャンブル症状の改善とギャンブル日数の減少がより大きく見られた。 ・治療後2か月の訪問時までに参加したGAミーティングの数は、治療群間に差がなかった。GA紹介、ワークブック、セラピーの各条件の参加者は、2か月の治療期間中にGAミーティングにそれぞれ1.7回、2.1回、2.3回参加した。12カ月後の追跡調査では、出席したミーティングの平均回数は7.6回、6.8回、7.4回であった。しかし、各参加者の最後の追跡調査では、約半数の参加者(3群で41.3%、38.1%、53.6%)が1年間にGAミーティングに一度も出席しなかった。 ・GAミーティングへの参加回数は、治療後の評価、12カ月後の追跡調査において、過去1カ月間のギャンブル障害の回避と正の相関があった。 ・12カ月後の追跡調査では、CBワークブック群とCBT群の参加者は、GA紹介のみの参加者に比べて、ギャンブル症状スコアの改善が引き続き見られたが、ギャンブル日数の改善は見られなかつた。12カ月後の時点で、禁酒、大幅な減酒、やや減酒、変化なしの割合は、グループによって差がありませんでした。禁酒またはギャンブルの大幅な減酒に分類された割合は、GA紹介、CBワークブック、CB療法の各群で、それぞれ60.5%、60.0%、65.7%でした。	GAの紹介のみよりもCBTやワークブックを行った方が2か月後にはいい結果がでた。12か月のフォローアップでもギャンブル症状の改善はCBTやワークブックを加えた群でよい影響がみられた。しかし12か月時にギャンブルをやめたり、大きく減らせている者の割合には差がなかった。 ・12か月時にGAみて一ティングの参加回数とギャンブル依存の回復には相関があった。
Grant ら (2009)	病的ギャンブルのある人 68名	68人の被験者が、6回のイメージ脱感作と動機付け面接(IDMI)またはGAのいずれかに無作為に割り付けられ、この2群の治療効果が比較された。	・IDMI群の参加者は、ギャンブル障害の重症度(G-SAS、CGI-S)、抑うつ・不安症状、心理社会的機能(SDSスコアなど)の項目に対して、有意に改善していたが、GAに割り当てられた人では有意な変化がみられず、群分けについて共分散分析で有意差を認めた。	単独のGAの使用は、イメージ脱感作と動機づけ面接と比べて、効果が少ない。
Desai ら (2012)	PGの治療を受けている人。参加者(n=36)	4つの治療群(「BupropionとHarm Reduction」、「BupropionとGA」、「プラセボとHarm Reduction」、「プラセボとGA」)に振り分けられ。12週間の転機に関して比較された。 ・ギャンブルの頻度と強度、治療コンプライアンス、グローバル機能、障害、治療動機	試験終了時に検討したすべてのアウトカム(ギャンブルの頻度と強度、治療コンプライアンス、グローバル機能、障害、治療動機)について、有意なグループ差を検出することができなかった。しかし、サンプル全体を考慮すると、77%の参加者がギャンブルに費やした金額の削減を示し、60%の参加者がギャンブルに費やした時間の削減を示し、大多数(63~74%)の参加者が試験終了時にギャンブル症状の重症度を評価する様々な尺度で改善を示しました。	他の治療との比較では差がない。治療を行うことでのギャンブルに費やす金額や時間、終了時のギャンブル症状の改善あり。
Linardato u ら (2014)	GAを用いている人(45名)	GAの補助的治療としてのストレス管理介入(n=23)の効果を、8週間の追跡期間における心理社会的機能についてGA単独(n=22)と比較した。ストレスマネジメント(SM)介入では、食事や運動に関する教育、ストレス対処法、リラクゼーション呼吸法、段階的筋弛緩	著者らは、SM介入群は、GA群と比較して、抑うつ、不安、ストレスに大きな減少を示したことを見明らかにした。さらに、GA群と比較して、SM介入群では、生活満足度と睡眠時間の改善が見られました。再発率については、両群間に有意な差は認められなかった。	GAのみに比べ、SM介入を加えると、生活満足度や睡眠時間の改善率が高まる。再発率は変わらない。

		法などが行われた。	
--	--	-----------	--

表3. 横断研究などRCT以外の研究

著者	被験者	評価	結果	GAの有効性
Stewart and Brown (1988)	GAの参加者 (N=232)	後ろ向き調査では、3つのGAのグループの平均5年間の記録(232名分)を分析した。初めてミーティングを行った日、ミーティング回数、退会の有無や時期を分析した。前向き調査では、14のグループにおいて3か月間の新規参加者について調査し、その後の参加や再発状況等を尋ねた。	<ul style="list-style-type: none"> 後ろ向き研究の232名中のうちドロップアウトした人は、初回のみで22%、3回までに47%、10回目までに69%であった。2回以上のGAを参加した人114名のうち、2年間でギャンブルをやめられていた人は10名(8.8%)、GAへの出席継続は17名(14.9%)であった。 前向き研究の結果では、初回の参加後に41%がやめてしまったという。 	GAは継続が難しい。GA参加者で2年間ギャンブルをやめられている人は1割以下であり、限定的である。
Petry (2003)	PGの専門治療を受け始める人 (N=342)	ギャンブルの専門的治療を受けようとする人を無作為に3群(GAへの紹介のみの群、GA紹介と認知行動(CBT)ワークブックを行う群、GA紹介と個人的な認知行動療法(CBT)8セッションを行う群)に分ける研究のデータを用いて、過去のGA利用歴のある群とない群での比較を行っている。比較の指標は、人口統計学的背景、ギャンブルおよび心理社会的問題(Addiction Severity Index)とSOGSおよび、治療導入後2か月の状態である。	342人の病的ギャンブラーのうち54%が過去にGAに参加していた。GA参加歴のない人と比較して、GA参加歴ありの人は、年齢が高く、収入が高く、独身であったが、性別や教育歴に違いはなかった。またSOGSのスコアが高く、ギャンブル問題の経験年数が長く、借金も多かった。GA参加歴のある人は、治療開始から2カ月後にギャンブルを停止できている割合が多かった。この治療開始後2影時にギャンブルが呈していることに有意な関係がみられたのは、ギャンブル治療が重要であるという認識の強さ、治療開始後に参加した専門治療のセッションの回数、GAミーティングの回数であった。	これらのデータは、ギャンブルの専門的な治療を受ける際に、GAへの出席率がある人が方が。それがない人に比べて、ギャンブル問題が深刻な状態であるが、治療へ動機づけが高く、GAや専門治療に頻回に出向き、ギャンブルを停止できる可能性が高い。
De Castro et al. (2005)	PGの治療を受けている人 (N=47)	治療条件(週1回のGAミーティング、臨床治療、またはその両方)と、ギャンブル問題を抱える個人のフォローアップおよび治療結果の指標であるGambling Follow-Up Scale(GFS)の全項目との関連を調べた。	3つの治療条件は、ギャンブルに費やす頻度と時間、仕事の状況、家族関係の点では差はなかった。しかし、GAに登録された参加者(GAのみ、またはGAと臨床治療)は、GFSの余暇項目のスコアが、臨床治療のみを受けた被験者に比べて高かった。	主な得点には違いはあるが、自由時間の使い方にのみ、GAを用いた群で良い結果であった。
Hodginsら (2005)	「最近ギャンブルをやめた」とする病的ギャンブラーを募集し、その後1年間の経過を追跡できた者 (N=101)	調査導入およびその後の1年後の調査の2回のデータを基に分析する。対象者における合併する精神障害や物質使用障害の有無や種類および、GA参加やその他の治療への参加が、「安定したギャンブル停止状況」までたどり着くまでの期間にどのような影響するかを検討する。この場合、「安定したギャンブル停止状態」とは3か月間連続してギャンブルを停止できている状態を指す。	<ul style="list-style-type: none"> 1年間前向きに追跡調査した際の追跡率は80%であった。 合併症は、生涯気分障害は61%、生涯アルコール使用障害73%、生涯薬物使用障害48%であった。現在の有病率はもっと低く、気分障害20%、7%が現在のアルコール使用障害7%、7%が現在の薬物使用障害7%であった。 参加者の40%が12ヶ月間のフォローアップ期間中に3ヶ月間のギャンブル断ちを達成した。3ヶ月の連続禁欲期間を予測する分析では、現在治療を受けているかGAに通っている参加者、過去に気分障害のなかつた参加者、現在アルコール使用障害のある参加者がより良い結果を示した。 	前向き研究で、GAや治療機関にかかる者が、3か月以上のギャンブルの停止を早く達成できることが確かまねられた。GAのみでない治療機関の支援が含まれているところは明確ではない面である。
Oei and Gordon (2008)	GAの参加者 (N=75)	GAメンバーでギャンブルをやめられている者と、ギャンブルを再開してしまった者との間で比較した。	GAのミーティングへの出席状況、GAが採用している12ステッププログラムの遵守、神への信仰、ハイヤーパワーへの信仰、家族や友人からの支援と、ギャンブルの停止が有意に関係していた。	GAメンバーの中でミーティング参加状況、プログラムの遵守が、ギャンブルの停止に関係する。
Gomes and Pascual-Leone	PGで治療に来ている外来患者	ギャンブルの治療を受けている個人のある特徴や条件(感情的サポート、道具的サポート)	GA参加は、変化への準備と関連していたが、ギャンブルをやめることの自己効力感、変化への動機づけ、ギャンブルの重症	GA参加は主な項目は関係していなかったが、変化への準備と

(2009)	(N=60)	ト、感情的認識、GA 関与、抑うつ感情) が変化を促進する効果を調べた。	度とは関連していなかった。	のみ関係していた。
--------	--------	--------------------------------------	---------------	-----------

表3. 横断研究などRCT以外の研究（続き）

著者	被験者	評価	結果	GA の有効性
Hodgins and el-Guebaly (2011)	Hodgins et al (2005)と同じ対象。「最近ギャンブルをやめた」とする病的ギャンブラーを募集し、その後1年間の経過を追跡できた者 (N=101)	Hodginsら (2005)と同じ101名の対象について、5年後のデータを収集し、分析しなおしたものである。	<ul style="list-style-type: none"> 最近ギャンブルをやめた病的ギャンブラー (N = 101) の自然主義的サンプルを追跡調査し、3ヵ月時点で 83%、12ヵ月時点で 80%、5年時点で 52% の参加者のデータが入手できた。 ギャンブル停止期間をもつことについて：生涯に薬物診断を受けた参加者は、最低3ヶ月のギャンブル停止機関期間の達成の可能性が低く、GA を含むギャンブル治療に関わったことのある参加者は、12ヶ月の継続的な禁欲期間を持つ可能性が高かった。 ギャンブル停止期間を持てるまでの長さ：生涯のギャンブル問題の重症度とギャンブル治療への関与は、ギャンブル停止期間が 3, 6, 12 カ月のいずれの場合も達成するまでの時間の短さと関連していた。生涯気分障害の既往も、最低3ヵ月間の継続的な禁酒に達するまでの時間が長いことを予測した。 ギャンブル治療とアルコール診断のフォローアップの両方が、最低 6 カ月の禁酒期間から再発する確率の上昇を予測した。全体として、共存する精神疾患は短期的な転帰を予測するが、長期的な転帰を予測しなかった。 	Hodgins et al. (2005) の研究を発展させ、より長期の 5 年という単位で確かめている。GA や治療機関の支援を受けていることが、安定したギャンブル停止状態の達成や達成までの時間の短縮に関係することが、5 年間という観察機関でも確かめられたことに意義がある。一方再発も GA を含む支援を受けている人の方が高い確率であり、治療を受ける人はもともと重度の人であり、問題の重篤さは治療やギャンブル停止を促すが、再発も増やすということが示唆された。こうした点は観察研究の限界ともいえる。
Monnat et al. (2014)	PG の治療プログラムを受けている人 (N=361)	治療サービスの質と、社会的・機能的・物質的な幸福の向上感、賭博行動の減少の関係を評価した。	全体としては、クライエントの治療サービスへの満足度は、様々な回答者特性を制御した後でも、社会的、機能的、物質的な幸福の改善、ギャンブルからの断絶、ギャンブル思考の低下、ギャンブルに関連する問題の減少と正の関連が見られた。GA またはギャマノンに参加している回答者は 48.3% いたが、日常生活機能の改善、ギャンブルの停止、ギャンブルに関連する問題の最小化を報告することと有意に関連していた。	GA は、ギャンブルの停止や停止までいかなくてもギャンブルに関連する問題の低下や日常生活活動の改善に役立つ。
Murakiet al. (2015)	GA に参加したことがある病的ギャンブラー (N=58)	再ギャンブルをした群としなかった群に分け、基本情報、STAI-T (特性不安尺度), GSES (一般的自己効力感尺度), ECSA (成人エフォートフル・コントロール尺度) を検討した。	GA 参加後、再びギャンブルをしたかどうかについての回答は、しなかった 25 名 (43.1%)、した 33 名 (56.9%) であった。ロジスティック回帰分析の結果、GSES と ECSA の「抑制的コントロール」がギャンブルの再開の有無に関連する有意な因子であることが示された。	GA 参加後に約 6 割の被験者が再びギャンブルを行うことが判明し、再発に自己効力感や努力型コントロール (抑制的コントロール) が関係していた。
Ledgerwood (2007)	PG 治療の無作為化研究に登録された病的ギャンブラー (N=231)	治療前の 1 年間にギャンブル関連の違法行為を行った群と行わなかった群について、ペースラインの特性と治療成績の違いを調べた。	違法行為を報告した群 (n=63) は、違法行為を否定した群 (n=168) に比べて、治療期間中、ギャンブル障害の重症度が有意に高い状態を維持していた。ギャンブルに関連した違法行為の有無にかかわらず、病的ギャンブラーは同程度の改善率を示した。	違法行為を伴う PG では、重度であり、集中的な治療を要する。
Grant and Kim (2002)	2 つの異なる無作為化対照試験に登録された参加者のコホート (n =	参加者の人口統計学的特性、問題のあるギャンブルの症状、および治療歴の面での性差を調べた。	GA の治療歴を持つ男性 (59.0 %) と女性 (68.1 %) の大部分は、GA または外来治療のいずれに対しても治療反応 (症状の完全寛解、中程度の改善、わずかな改善、変化なし、症状の悪化) を報告しておらず、また、ギャンブル行動や衝動に関する GA への自己報告による治療反	GA の使用歴の有無での、違いはなかった。

	131)の二次 分析		応についても、男女間に有意な差は認められま せんでした。	
--	---------------	--	---------------------------------	--

表4. 質的研究

著者	被験者	評価	結果	GA効果
Ferentzy, Skinner, and Antze (2006)	GAメンバー23名（男性15名と女性8名、トロント地域の42のGAミーティング）	GA会員へのインタビューそれに加えて、みて一ティングの観察が行われた。	GAがより12ステップに焦点を当てるようになり、会員は感情や人生的問題を議論することが奨励されるようになったことがわかった。	GAの有効性があらためて確かめられた。女性会員への効果についても考察された。
Straus (2006)	GAメンバー	ミーティングにおけるメンバー間の直接対話の効果について、アンケートと電話インタビューが行われた。	GAミーティングでは、メンバーが間での直接的なコメントが認められており、これがは、ギャンブルをしないことへのサポートや「性格的な問題」への洞察という点で、会員にとって有益であると感じていることが示された。	GAのメンバー間の相互行為流が有効であることが示された。
Avery and Davis (2008)	女性のギャンブル依存者（N=136）	インタビューが行われた。	GAミーティングでは、同じ問題を経験している人たちに歓迎され、理解されていると感じ、孤独を感じなくなり、真実を話すことができると感じ、「問題が解決できるという希望を与えてくれた」と報告した。しかし、女性であることを理由にGAミーティングで歓迎されないと感じた人もいた。	・GAミーティングに出席した女性たちにとって、頻繁な出席は回復初期の典型的なものでした。 ・GAでは、ミーティングで孤独感を減らせると感じ、回復の希望を持てる感じていた。 ・女性であるという理由で歓迎されていないと感じることがあった人もいた。
Ferentzy, Skinner and Antze. (2010)	GAのメンバー39人（男性26人、女性13人）	半構造化インタビューが行われた。	メンバーはGAの相互的な支援をつうじて、現実的に人生に対処する方法を学んでいる。一方で「セレニティープレイヤー」によりスピリチュアルな面の支援が、救いを感じていた。	ギャンブラー・アノニマス（GA）は、アルコール依存症などの同様の12ステップの仲間よりも世俗的な志向であると科学的な文献に長い間記載されてきたが、過去20年の間に、GAがよりスピリチュアルな方向性を持つようになったこともわかった。
Laracy (2011)	現在と過去のGAメンバー	GAでの経験についてインタビューした。	・大半の参加者がギャンブルの問題を家族や友人に相談できなかったが、GAでは、同じ経験を共有している会員があり、「自己開示と議論のための安全なフォーラム」をもてたという。 ・新会員は、ベテラン会員のリードにより、自分が「強迫性ギャンブラー」であることを理解できることで、回復をすすめられていた。しかし、この「強迫性ギャンブラー」というアイデンティティを受け入れられない人もいた。	GAは、同じ困難を抱えた人同士であることで、安心して自己開示できる場にあっている。GAが示すモデルをうけいれる人もそうでない人もいる。
Rogers, et al(2020)	2015年に行われた20のGAミーティングとその常連参加者8人	ミーティングの観察および、常連の8人の常連参加者との半構造化インタビューして、何がきっかけでGAに参加するようになったのか、なぜGAのミーティングに参加し続けるのか、GAがどのように役に立ったのか、などを尋た。	GAのメンバーは、ミーティング中も外でも、回復のために互いに支え合っていた。多くのメンバーが、うつ病や自殺願望に苦しんでいると報告した。また、ギャンブルのために犯罪を犯したメンバーもいた。その他の精神的な問題に関して、GAのミーティングで受けたサポートはさまざまであった。研究者は、彼らのフィードバックをもとに、テーマを修正し、GAや依存症回復に関する他の調査研究との比較も行った。研究者は、GAミーティングで観察された9つの主要なテーマを特定した。	ギャンブルに関連した犯罪や自殺念慮の頻度と重要性が、GAミーティングの参加者で特に高い可能性を示唆された。また、定期的なGAミーティングによって提供されるサポートは、ソーシャルメディアの定期的な使用によつても補完されることが示された。

表5. GAの12ステップとそれに対する認知行動療法の要素

	GAの文言	認知行動療法
ステップ1	私たちは、ギャンブルに対して無力であり、思い通りに生きていけなくなつたことを認めた。	ギャンブルの結果をコントロールできる、あるいは予測できるという信念は幻想であり、この幻想を無批判に信じることによって、人生の重要な分野のすべてでギャンブルに関連した深刻な問題が生じていることに気づいた
ステップ2	自分を超えた大きな力が、私たちの考え方や生活を健康的なものに戻してくれる信じるようになった。	ギャンブルの行動を支配するものよりも、自分にとって最大の意味や報酬の価値を持つ価値や動機が、より健全な思考と行動へと導いてくれることに気づいた。
ステップ3	私たちの意志と生き方を自分なりに理解したこの力の配慮にゆだねる決心をした。	自分にとって最も意味のある高次の価値観と動機に従って行動することを決心した。
ステップ4	恐れずして、徹底して、モラルと財務の棚卸しを行い、それを表に作った。	ギャンブル障害が自分の機能のあらゆる側面、特に他人との関係、自分自身との関係、そして経済的な面に及ぼす悪影響を徹底的に評価した。
ステップ5	自分に対し、そしてもう一人の人に対して、自分の過ちの本質をありのままに認めた。	この自己評価の結果を受け入れ、その結果を共有し、話し合い、適切で正確なフィードバックとサポートを受けられるセラピストと協力関係を結びました。
ステップ6	こうした性格上の欠点全部を、取り除いてもらう準備がすべて整った。	私たちは、習慣的で自動的な不適応な対人関係の行動を修正する意欲と準備がありました。
ステップ7	私たちの短所を取り除いて下さいと謙虚に（自分の理解している）神に求めた。	私たちは、不適切で機能不全の行動パターンを修正するために私たちを導く専門知識を持っていると認めているセラピストと協力して取り組む。
ステップ8	私たちが傷つけたすべての人の表を作り、その人たち全員に進んで埋め合わせをしようとする気持ちになった。	自分のギャンブルが他人に与える悪影響を自覚し、これらの関係を改善する責任を負う覚悟をした。
ステップ9	その人たちやほかの人を傷つけない限り、機会あるたびに、その人たちに直接埋め合わせをした。	可能な限り、また他者に悪影響を与えないように、自分のギャンブルによって害を受けた可能性のある人々との関係を具体的に変更した。
ステップ10	自分自身の棚卸しを続け、間違ったときは直ちに認めた。	自分の考えや行動を自己監視し続け、気づいた不適応な信念や行動は即座に修正した。
ステップ11	祈りと瞑想を通して、自分なりに理解した神との意識的な触れ合いを深め、神の意志を知ることと、それを実践する力だけを求めた。	私たちは、自分の最高の動機と価値観を意識し続け、できるだけ一貫した考え方と行動をするように努めた。
ステップ12	私たちの全てのことにこのこの原理を実行しようと努力を続け、このメッセージをほかの強迫的なギャンブラーに伝えるように努めた。	自分が行った認知と行動の変化が安定していることを確認したら、他の問題のあるギャンブラーの模範となるよう行動した。

研究2：ギャンブル障害の家族への支援に関する自助グループとその他の支援の効果の比較

・回収数（n=213）のうち、継続的に利用している支援期間は、自助グループ 188 (88.2%)、行政相談機関 7(3.2%)、医療機関 18(8.4%) であった。

・自助グループを継続的に利用している群（自助グループ群）と行政相談機関と医療機関を主に継続的に利用している群（非自助グループ群）の間で基本的な背景や当事者のギャンブル状況について比較を行った結果を表6に示した。その結果、性、年齢や当事者との関係には有意差はなかった。どちらの群も年齢は40歳台以上が多く、女性が8割程度を占めている。また、ギャンブルにより使われたお金の金額、ギャンブルの期間についても両群間で有意差がなかった。どちらの群でもギャンブルに使われたお金は200万以上の者が多く、1000万以上も3分の1以上を占め、ギャンブル期間の6年以上の者が大半を占めており、非常に家族とは厳しい状況に置かれていることがわかった。当事者がギャンブルを調査時に継続しているかでは、両群ともわからないが半数以上を占めており、やめていると回答した人は3割以下であった。当事者が援助を受けているか者は、自助グループ群で43%であり、非自助グループで、57%であった。当事者のギャンブル停止状況や支援機関につながっている状況に関する割合は両群間で有意差を認めなかった。

両群で援助をうけてから、変化したことについて尋ねた結果を表7に示した。両群での回答に有意な違いがあったのは、「ギャンブル依存症への対応ができるようになった」「自分の生活を守る行動が取れるようになった」「自分自身の問題に向き合えるようになった」であった。自助グループの方が、非自助グル

ープ群よりも、これらのことができるようになったと回答した人の割合が有意に高いという結果であった。

両群の心理テストに関して比較した結果を表8に示した。自助グループ群は、非自助グループ群に比べて、WHO/QOL得点と、依存症の理解に関する得点、当事者への肯定的な関りの得点について、有意に高いという結果であった。SOCの得点、家族の否定的な関わりの得点に関しては両群間に有意差を認めなかつた。

自助グループにつながる時間的な面を検討するために、自助グループ群の家族がギャンブル問題に気づいた時期と自助グループを用いた期間を、図1と図2に示した。どちらの群も2-5年が最も割合が多かった。しかし、気づいた時期については6年より前の者が56%を占めた。一方、自助グループを使っている期間は6年以上の群は、3割に満たない。したがって、ギャンブル問題に気づいた時期より時間がたって初めて自助グループにつながった人がいることを示されている。

表6. 自助グループ群と非自助グループ群) の背景や当事者のギャンブル状況

項目	回答肢	自助グループ群		非自助グループ群		検定結果
		N=179		N=24		
性別	男性	19	10.6%	5	20.8%	n.s.
	女性	160	89.4%	19	79.2%	
年齢	20~29歳	2	1.1%	0	0.0%	n.s.
	30~39歳	19	10.6%	3	12.5%	
	40~49歳	39	21.8%	5	20.8%	
	50~59歳	62	34.6%	7	29.2%	
	60~69歳	46	25.7%	8	33.3%	
	70歳以上	11	6.1%	1	4.2%	
配偶者がギャンブル問題を もつ	はい	70	39.1%	7	29.2%	n.s.
	いいえ	109	60.9%	17	70.8%	
子どもがギャンブル問題を もつ	はい	105	58.7%	13	54.2%	n.s.
	いいえ	74	41.3%	11	45.8%	
配偶者や子ども以外の家族 がギャンブルをもつ	はい	8	4.5%	3	12.5%	n.s.
	いいえ	171	95.5%	21	87.5%	
当事者のギャンブルに使わ れたがお金	なし	4	2.2%	0	0.0%	n.s.
	1~100万円	9	5.0%	1	4.2%	
	101万~200万	14	7.8%	0	0.0%	
	201万~500万	42	23.5%	7	29.2%	
	501万~1000万	46	25.7%	6	25.0%	
	1001万円以上	64	35.8%	10	41.7%	
当事者のギャンブル期間	1年未満	1	0.6%	0	0.0%	n.s.
	1~5年	18	10.1%	3	12.5%	
	6~10年	44	24.7%	8	33.3%	
	11~15年	41	23.0%	3	12.5%	
	16~20年	23	12.9%	6	25.0%	
	21~25年	13	7.3%	2	8.3%	
	26~30年	11	6.2%	0	0.0%	
	31年以上	16	9.0%	2	8.3%	
	わからない	10	5.6%	0	0.0%	
	その他	1	0.6%	0	0.0%	
当事者はギャンブルを継け ているか	続いている	38	21.2%	4	16.7%	n.s.
	続けていない	48	26.8%	7	29.2%	
	わからない	93	52.0%	13	54.2%	
	無回答	1	0	1	0	
当事者はギャンブルをやめ る支援を受けているか	受けている	75	42.9%	13	56.5%	n.s.
	受けっていない	60	34.3%	7	30.4%	
	わからない	40	22.9%	3	13.0%	
	無回答	4	0	1	0	
	無回答	4	0	1	0	

統計的検定は、Fisherの直接確率法による。n.s.:有意差なし

表7. 援助を受けることで変わったことに関する自助グループと非自助グループの比較

項目	回答肢	自助グループ群		非自助グループ群		検定結果
		N=179		N=24		
依存症という病気について						
知ることができた	はい	177	100%	22	95.7%	n.s.
	いいえ	0	0%	1	4.3%	
	無回答	2		1		
ギャンブル依存症への対応						
ができるようになった	はい	168	96.6%	20	83.3%	*
	いいえ	6	3.4%	4	16.7%	
	無回答	5		0		
自分の生活を守る行動が取れるようになった						
はい	171	97.7%	17	77.3%	**	
いいえ	4	2.3%	5	22.7%		
無回答	4		2			
当事者へのコミュニケーションが肯定的なものになった						
はい	144	85.7%	17	77.3%	n.s.	
いいえ	24	14.3%	5	22.7%		
無回答	1		2			
傷ついた気持ちが癒された						
はい	163	94.8%	19	86.4%	n.s.	
いいえ	9	5.2%	3	13.6%		
無回答	7		2			
孤立していた気持ちが少なくなった						
はい	171	98.3%	21	91.3%	n.s.	
いいえ	3	1.7%	2	8.7%		
無回答	5		1			
自分自身の問題に向き合えるようになった						
はい	165	95.9%	19	86.4%	*	
いいえ	7	4.1%	2	9.1%		
無回答	7		3			
自分を大切にできるようになった						
はい	163	94.2%	18	81.8%	n.s.	
いいえ	10	5.8%	4	18.2%		
無回答	6		2			
将来に希望を持つことができるようになった						
はい	151	87.8%	16	72.7%	n.s.	
いいえ	21	12.2%	6	27.3%		
無回答	7		2			
当事者を尊重することができるようになった						
はい	143	85.1%	18	81.8%	n.s.	
いいえ	25	14.9%	4	18.2%		
無回答	1		2			

統計的検定は、Fisherの直接確率法による。n.s.:有意差なし、*:P<0.05, **:: P<0.01

表8. 心理テストの結果に関する自助グループ群と非自助グループの比較

	自助グループ群			非自助グループ群			検定結果
	度数	平均値	標準偏差	度数	平均値	標準偏差	
WHO/QOL	179	93.6	18.4	24	84.1	21.6	*
SOC把握可能感	174	44.1	4.4	23	43.2	3.6	n.s.
SOC処理可能感	175	34.4	5.3	24	35.2	4.1	n.s.
SOC有意味感	176	29.2	3.9	23	29.0	3.4	n.s.
理解に関する得点平均	176	15.5	2.6	24	12.3	5.2	**
肯定的関わり得点平均	174	10.4	2.4	23	8.6	3.5	***
否定的関わり得点平均	177	8.6	3.6	23	8.2	4.4	n.s.

検定は、ANOVAによる。n.s.: 有意差なし、*: P<0.05, **: P<0.01, ***: P<0.001

図1. 自助グループ群のギャンブル問題に気付いた時期 (N=178)

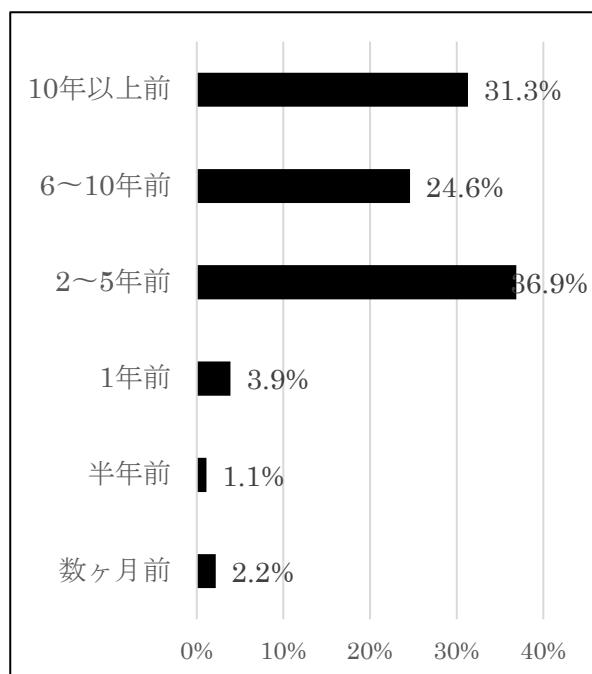
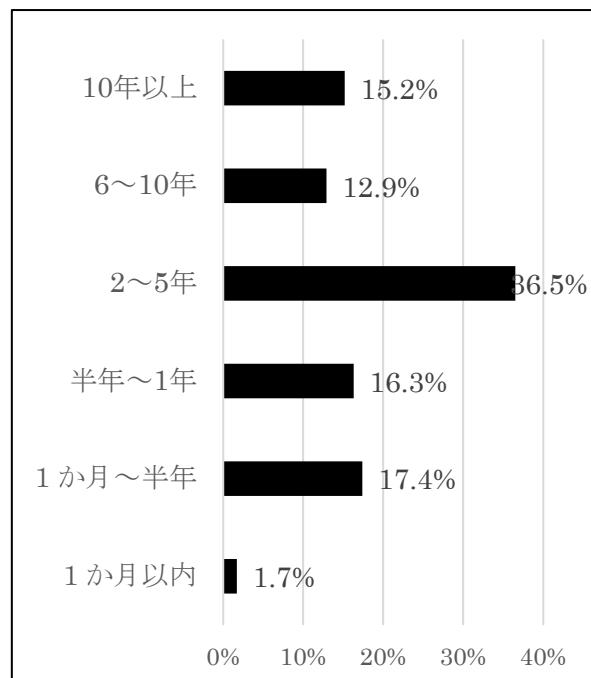


図2. 自助グループ群が自助グループの利用期間 (N=179)



研究3：ギャンブル障害の家族の自助グループによる回復過程に関する複線径路等至性アプローチ (Trajectory Equifinality Approach, TEA) による研究

調査の対象となった家族の属性は、立場別では、親18名、配偶者6名、兄弟1名、継続年数別に見ると5年未満8名、10年未満6名、10年以上9名であった。個々のデータをTEM図にした。その後に23人全員のデータ統合した図を示す（図3）。

（1）ギャンブルの影響を受けていたところから家族の回復までの過程

23名の語りからTEM図を作成した。本文中では、TEM概念を「」、下位概念を「」、家族の語りを「」で表記する。

時間軸上の共通事項として過去から順に〔第1期：ギャンブル問題の進行と、家族への影響の深刻化に伴うギャンブル障害の顕在化〕、〔第2期：リソースへのアクセスと仲間意識の芽生え〕、〔第3期：病気の理解と対応方法の変容と自己内省〕、〔第4期：自己内省と関係性の再構築〕、〔第5期：社会化と回復の持続によるQOL向上〕が経験されていた。つまり、第1期として家族は、当事者の〈潜在的なギャンブル問題の存在〉があった時期からある程度の〈誤った対応による問題の悪化〉という期間を経て、〈ギャンブル関連問題に対応できない〉状態に陥っていく。そして、〈家族のギャンブル問題への認識〉に至る。その後、第2期として〈自助グループにアクセスする〉ことで、〈仲間からの共感を得る〉ことから〈自助グループが居場所になる〉体験をし、第3期〈ギャンブル障害の病気や、対応の具体を学ぶ〉、〈仲間から行動していく勇気を得る〉ことを通して、当事者への対応を変化させていった。その後、第4期として〈当事者との関係性を見つめ直し〉をする中で、〈自分自身の問題や生きづらさに気づく〉

ことを経験していた。これは23人全員が自助グループで多くが取り組んでいる12ステッププログラムを通して経験していることであった。そして〈ギャンブル問題を、社会の問題と捉え直し〉をしていっていた。そして、第5期として、〈自分自身を大切にしながら啓発活動や体験を語る〉ことを通して、〈社会に向けての活動に取り組む〉という活動をしていることが明らかになった。（図3）

（2）家族にとっての回復とは（等至点）

継続参加年数、立場別によって若干の差はあったが、表9のような概念が見出された。

共通するところとしては、「家族の回復っているのは今までギャンブラーにやってきたことが間違いだと認識することから始まる」、「家族がまずその病気の理解をして、家族が第一につながっていることが大切」といった語りから〔病気の正しい認識〕、「それぞれの自立っていうことかなっていうふうにすごい思っていて、ひとつは経済的自立と、もうひとつは精神的な自立っていうものがあるかな」、「感情のコントロールとか自分の感情の子守が自分でできる」といった語りから〔経済的、精神的自立〕、「自分を大切にして生きてたらギャンブルに余計なことしないで済むと思うんです」、「自分を軸にして自分のことを考えて、自分が趣味とか生活を楽しめること」といった語りから「自分を大切にする」であった。その他、「自分の与えられたこの現実に向き合っていけるっていう風になるのは家族の回復かな」「人のことに賭けて生きるっていうそんな生き方から自分の目の前の現実に目を向けられるようになるのは回復かな」「ギャンブル依存症の人たちを距離を置いて、違う角度から見れるようになること」といった語りから〔与えられた現実に目を向ける〕、〔社会に対して自分にできることをやる〕、

[何があっても大丈夫と希望を持つこと]、[相手のことを見守れる] が得られた。

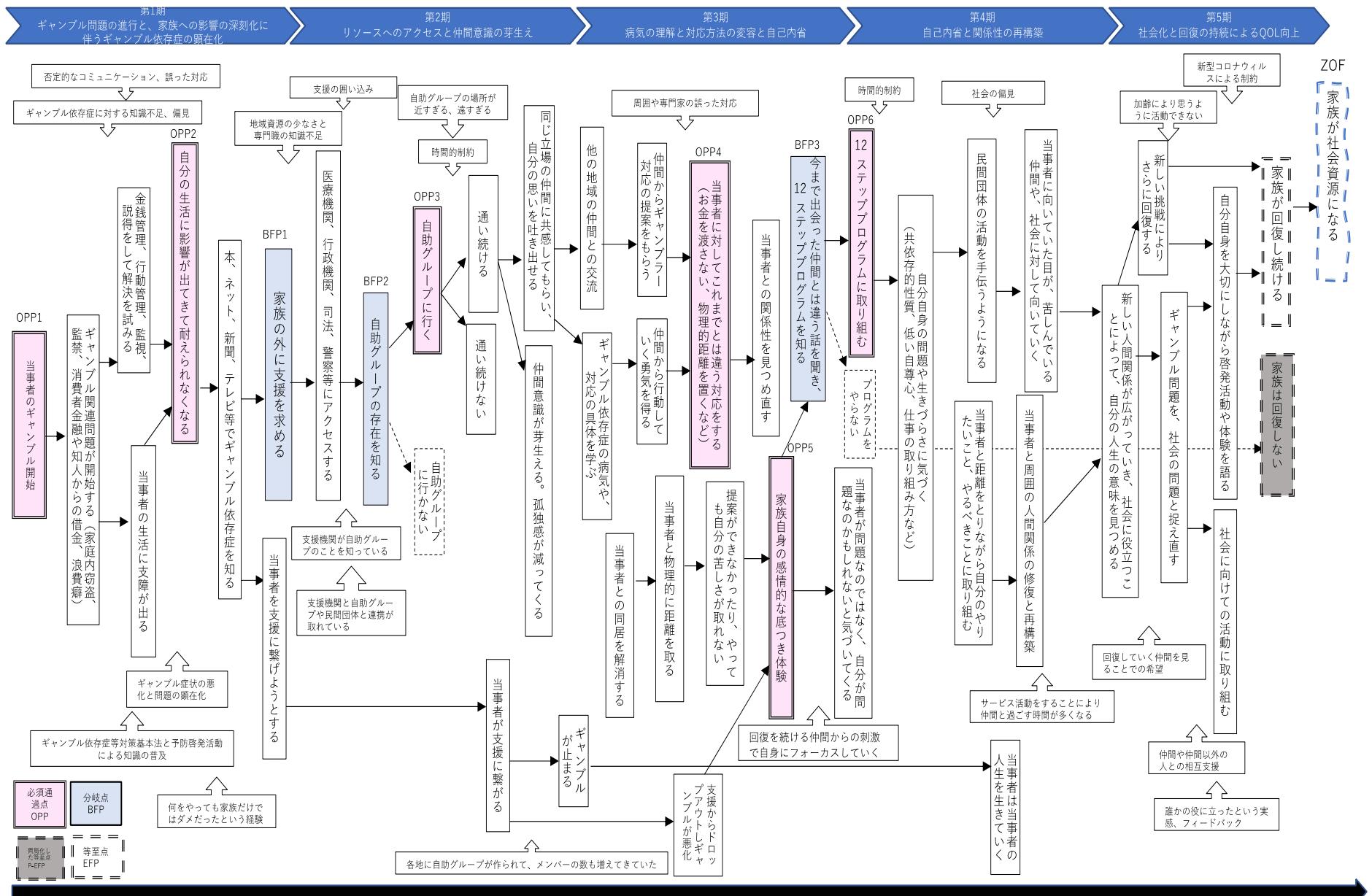


図3. 家族の回復のプロセスに関するTEM図（23事例を統合した図）

図3の中の記号

BFP (Bifurcation Point 分岐点) 時間の流れの中で生じる経路が分かれしていくポイント

EFP (Equifinality Point 等至点) 何らかの文化的・社会的な諸力の影響を受ける中で収束していくポイント

P-EFP (Polarized Equifinality Point 両極化した等至点) EFP とは価値的に相反するポイント

OPP (Obligatory Passage Point 必須通過点) ほとんどの人が通ると考えられるポイント

HSS（歴史的ご招待）研究目的において設定された EFP の経験した人、している人に該当する対象を研究対象

として焦点をあてる（抽出する）こと

SD (Social Direction 社会的方向づけ) 個人の行動や選択に抑制的につながっていく文化的・社会的な諸力ある行動や選択を後押ししたり促したりするような援助的な諸力。

ZOF (Zone of Finality) 目標の領域

表9. 家族にとっての回復（等至点）

概念	発言例
[病気の正しい認識]	<p>「家族の回復っているのは今までギャンブラーにやってきたことが間違いだと認識することから始まる」</p> <p>「家族がまずその病気の理解をして、家族が第一につながっていることが大切」</p>
[経済的、精神的自立]	<p>「それぞれの自立っていうことかなっていうふうにすごい思ってて、ひとつは経済的自立と、もうひとつは精神的な自立っていうものがあるかな」</p> <p>「感情のコントロールとか自分の感情の子守が自分でできる」</p>
「自分を大切にする」	<p>「自分を大切にして生きてたらギャンブルに余計なことしないで済むと思うんです」</p> <p>「自分を軸にして自分のことを考えて、自分が趣味とか生活を楽しめること」</p>
[与えられた現実に目を向ける]	「自分の与えられたこの現実に向き合っていくっていう風になるのは家族の回復かな」
[社会に対して自分にできることをやる]	「人のことに賭けて生きるっていうそんな生き方から自分の目の前の現実に目を向けられるようになるのは回復かな」
[相手のことを見守れる]	「ギャンブル依存症の人たちを距離を置いて、違う角度から見れるようになること」
[何があっても大丈夫と	「何があっても大丈夫ってきっとやっていけるって。絶望しないこと

希望を持つこと]

ですね。後悔しても絶望しないことだな。」

研究4：全国の民間団体や自助グループの活動の研究

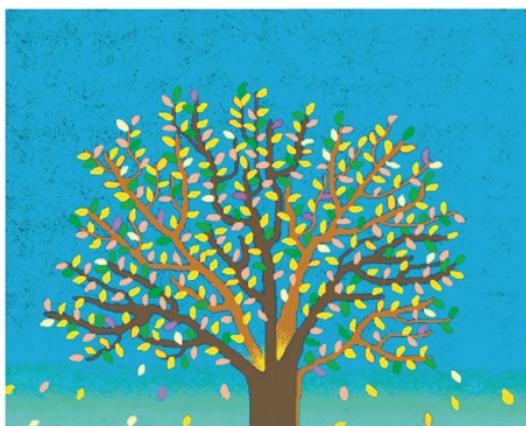
第1版で掲載した64団体に第2版出版にあたっての変更の有無を確認する書類を送付し、15団体から修正依頼の返信あり。新たに追加された団体は、2団体であった。この書類では、主に団体の活動内容を書いてもらったが、ギャンブル障害の支援に関する意見を聞いた。以下に主なものを示す。;

- ・行政、病院、警察、弁護士などの理解が進み、正しい情報をすぐに受け取り素早く適正な治療が出来るようになって欲しい
- ・依存症の正しい知識の広報、予防教育の拡充、地域内外の機関との直接的な連携強化。

- ・問題が起きた時に相談先でギャンブル障害かもしれないということを伝えてもらえるようにしてほしい。
- ・ファーストコンタクトの機会が予測される相談先の職員に対するギャンブル障害や支援機関についての教育の機会を増やしてほしい。
- ・行政、医療、民間団体等の連携を強化し、当事者と家族の支援を手厚くする必要がある。

「ギャンブル問題の当事者や家族への民間団体・自助活動の紹介の冊子」第2版を作成し、国内の拠点病院、相談拠点、民間団体（計243箇所）に送付した。

ギャンブル問題の当事者や家族への民間団体・自助活動の紹介の冊子



研究課題名
ギャンブル障害の当事者や家族に対する自助グループや民間支援団体の実態に関する研究 第二版
実施責任者
筑波大学医学医療系・准教授 森田展彰

図4. ギャンブル問題の当事者や家族への民間団体・自助活動の紹介の冊子第2版の表紙

この冊子は、以下のHPからダウンロードできる。

https://www.md.tsukuba.ac.jp/communitymed/mental_health/2020410gamble_support_v2.pdf

C. 考察

1. GA の有効性

GA は、ギャンブルへのアディクションが問題として取り上げられるようになった時に、アルコール依存症や薬物依存症の自助グループである AA や NA をもとに使われてきた。現在は、認知行動療法などの専門治療が広がりつつあるが、それより前から GA は広がっていたが、実証的な効果研究はなされていなかったと思われる。こうした状況で行われた Stewart and Brown (1988)による早期の GA 研究でミーティング参加やギャンブル行動の停止率が低いという所見が出されたが、それは GA への参加状況などを十分に評価していないものであった。その後改めて行われた横断研究で、より詳細に GA への参加状況とギャンブルの停止などの様々な回復の指標の関係を調べると、それらの間に統計的に有意な関連があることが示された。質的な研究では、GA では同じ体験を仲間同士での関係に支えられて、債務などの実際的な対応について知ることのみでなく、スピリチュアルや感情の面における効果が実感されていることが確かめられた。

一方、最も実証性の高い RCT による研究では、認知行動療法の効果を見るために、GA のみの条件との比較が行われ、CBT の方が良いという結果または CBT を用いた群と GA のみの群の間に有意差がないという報告が主にされてきた。また、対照群との比較ということでは GA の効果がでていないが、GA を用いたことと良い効果の関係が報告されている。こうした所見をどう見るかの見解はまだ明確でないが、RCT における比較という点で明確に GA の効果出でていないといつても、もともとの研究デザインが、認知行動療法の効果を主軸において、GA のみの条件は対照として扱いになっている場合が多い。そのため、GA を用いる頻度やコミットメントなどがしっかりと確保されていることなどが十分で

ない点で GA の効果が低いという結論はだせない。また、GA のみの群が、CBT と GA の両方の群より効果が低いということは、CBT と GA の併用の有用性を示している可能性がある。

そもそも GA を含むアノニマスグループについては、自主的な参加が重要であるために、無作為割付の手順を用いることが難しいということが指摘されてきた。アノニマスグループでは自主的な参加が特徴であり、その有効性を検討する場合に、アノニマスグループを自己選択することの影響と、利用による効果の 2 つをどう区別していくかが問題となってきた。AA について、Humphreys らによる「操作変数モデル」という新しい手法によるメタ分析により、12 ステップ促進プログラム (12TSF) を無作為割付されたことが AA の参加に効果があることを確認した上で、無作為化に起因する (=自己選択バイアスがない) AA 出席の増加は、3 カ月後、15 カ月後における断薬日数の増加に有意な効果を持つことを示した。更に Kelly ら (2020) によるコクランレビューの研究で、研究デザイン、マニュアル化の程度、介入のタイプ (12TSF/AA、CBT などの方法) によって断酒継続の有無、断酒日数% (PDA) を調べ、その結果、マニュアル化された AA/TSF は、他の介入 (CBT など) と比べて、12 カ月後の継続的断酒率の改善に有意な影響をもち、PDA では他の介入と同等の影響を持っていた。マニュアル化されない AA/TSF では、断酒継続、PDA の両方で他の介入と同等の影響を持っていることが示された。

以上から、AA について RCT による効果が証明されという認識が広まりつつあり、アノニマスグループの効果のエビデンスが得られつつある。GA についてはまだこうした手法は用いられていないが、今後用いられることが期待される。例えば、George & Ijeoma は、「ギャンブラーズアノニマス：見通されている。使われていない？」 (Gamblers Anonymous: overlooked and

underused? ）」というタイトルの論文 (George, and, Ijeoma, 2018) を書き、その中で GA に対するエビデンスが十分でない面を指摘しながらも、GA が CBT などの他の介入との組み合わせでは有効な手段である可能性があると述べている。そして、彼らは、ギャンブル障害があっても十分な支援が受けられておらず、薬物療法も使えない中で、GA は有望な手段であり、医師は GA に対する認識を高めて、患者に治療の選択肢として GA を提供できるように準備すべきであるとしている。また、Toneatto(2008) は、CBT と GA は共通の側面をもち相補的に考えるべきであり、この両者を含む統合的な治療の提供が望ましいことを指摘している。

日本では、カジノ導入の話が契機になり、ギャンブル障害への対策の必要性が指摘される中で、CBT の導入がなされた。GA はこうした動向の以前から各地で行われてきて、あらためてギャンブル障害への対策の中で、CBT と GA をおいと位置付けていくことが望まれる。

2. 家族の回復におけるギャマノンの効果

ギャンブル障害の家族に対するアンケート調査をしたところ、ギャマノンを主に用いている群と精神保健福祉センターや医療機関などを中心に用いている群を比較したところ、以下のような所見がみられた。

- ・両群はもともとの背景や当事者のギャンブル状況には有意差がない。
- ・援助を受けたことでの変化として、「ギャンブル障害への対応ができるようになった」「自分の生活を守る行動が取れるようになった」「自分自身の問題に向き合えるようになった」という回答の割合が、自助グループを主に用いている群の方が、有意に多かった。
- ・自助グループを主に用いている群の方が、WHO/ QOL が高かった。
- ・自助グループを主に用いている群の方が、依

存症への理解得点、当事者への肯定的な関り得点が高い。

これらをもとに自助グループを用いることができている家族は、依存症への理解や当事者への対応が向上して、それとともに家族自身が力をつけて自分の生活の質を向上させることができているといえる。

更に詳しくそうした変化の過程を家族のインタビューの分析から見ると以下のようものがみられた。

- ① 「ギャンブル障害を正しく理解した上で、依存症者の症状に翻弄されていたところから物理的、心理的距離をとること」
- ② 「自分自身の感情やニーズを自己認識、自己受容し、それを満たせるような行動をとること」
- ③ 「現実を受け止め、将来に希望を持つこと、経験を役立てようと有意味感を持つこと」。

これらの回復の要素については、TEA により家族の過程を視覚化した図をみると、これらの回復要因は知識として教えられるだけではなく、ギャマノンでの仲間との関わりの中で体験的に身に着けていることがわかる。当事者とのやり取りで家族として頑張ってうまくいかないような場面で、仲間からの支援が転機になって、依存症を病気として理解した上で当事者との距離を取り直しているが、このような過程は、同じ立場で苦労してきた家族との間でこそ生じやすいといえ、自助グループならではのものといえる。また、当事者の理解や対応にとどまらず、共依存などの家族自身の心の問題を振り返り、自分なりの生き方や希望を見出せていることも、12ステップモデルに基づくギャマノンの効果の特徴であると思われた。

ギャンブル障害の回復過程では、家族は、まず当事者よりも先に相談や治療の機関に

つながることが多く、治療開始を助ける存在である。また当事者は一旦治療につながってもすぐにはギャンブルはやめられない場合が多く、何度かの失敗を経験する中で次第に治療に主体的に取り組めるようになるが、こうした長期的治療過程を維持する上で、家族は大きな役割を果たす場合が多い。そういう意味でギャンブル障害の回復において、長期的な家族援助は重要な要素であり、ギャマノンはこれに大きく寄与しているといえる。

このように家族の自助グループは大きな役割を果たしているということであれば、家族ができるだけ早く自助グループにつなぐことが重要になる。しかし、今回の結果では家族が当事者のギャンブル問題に気が付いた時期と自助グループ利用期間の分布を見比べるとつながるのに何年もかかっている人が少なくないことがわかった。相談機関やインターネットを通じて、家族に対して自助グループやその効果を知らせると努力が重要になってくると思われた。

3. 自助グループ、民間団体を含めた包括的な支援体制と情報提供の重要性

当事者の自助グループの効果の研究で触れたように、認知行動療法などの専門治療があつても、自助グループとどちらを選択するというよりも自助グループも相補的に用いることに意味がある。家族の自助グループの研究結果では、自助グループに行くことで依存症を理解し、当事者への関りをえるのみではなく、家族自身が自分の人生を考え直すことで来ていた。こうした利点は、12ステップの自助グループのみでなく、同様のミーティングを入所型の回復

施設や、家族や回復者が一緒に参加する活動や民間団体が多様なサービスにおいても意味がある。というのは、依存症の回復には定着した依存行動から離れるだけでなく、その下にある生きづらさを変えていく人間的なつながりや安定した生活や活動が必要になるからである。こうした全人的な支援を長期に提供できる自助グループや民間団体と専門機関や行政を含めた統合的な治療体制が築かれるべきと考えられる。こうした視点で、今回は昨年度に引き続き、全国各地の民間団体に連絡して、その活動を紹介する冊子を作製した。それと同時に改めて各団体の方に意見をきいたところ、「行政、病院、警察、弁護士などの理解が進み、正しい情報をすぐに受け取り素早く適正な治療が出来るようになって欲しい」などの連携強化を求める意見が出てきた。以前より、精神保健福祉センターなどによる援助職への研修なども充実してきているが、自助グループや民間団体の効果や特徴などをより的確に伝えられるような人材や情報提供体制がさらに必要なではないかと考えられる。今回作成した民間団体や自助グループの活動紹介も有用であろうし、またあくまでも自助グループ等は強制的に生かせるものではないので、すぐにつながらない場合もあることや12ステップの場合にはハイヤーパワーなどすぐには理解ができにくい考えが使われており、こうした特徴について誤解がないように伝える努力が必要である。海外では、12ステップ促進プログラム(12TSF)というものが作られ、専門機関から自助グループへの移行を助ける工夫がなされており、日本でもこうした連携のための工夫が必要と思われる注¹。

¹ 今回のレビューで初期のGAでは女性が参加しても、居場所がないような状況でかえって否定的な影響を受けていたが、近年になってそうした問題が解消されてきていると指摘されていた。女性に限らず、GAが全体としては良い効果を上げていても、事例の状況や個別のグループによってはうまくマッチしないことはあり得る。例

えば、グループでの活動が苦手な人の場合などもそれにあたる可能性がある。あくまで自主的な参加をもとにプログラムに参加することでの成果が得られるのであり、その場合は無理に自助グループを用いず、別の方の方がいいかもしれない。一方、自助グループを用いないという選択肢をとる前に、まずは食わず嫌いならない

E. 結論

ギャンブル障害の支援や治療における自助グループや民間団体の実態や効果を調べて、包括的な支援体制を築く上での示唆を得ることを目的に、以下の 4 つの研究を本年度行った。

ギャンブル障害の支援や治療における自助グループや民間団体の実態や効果を調べて、包括的な支援体制を築く上での示唆を得ることを目的に、以下の 4 つの研究を本年度行った。

研究 1：ギャンブル障害当事者の自助グループの効果に関する文献研究。

- ① GAへの参加状況とギャンブルの停止などの様々な回復の指標の関係の間に統計的に有意な関連があることが示された。
- ② 質的研究では、GA では同じ体験を仲間同士での関係に支えられて、債務などの実際的な対応について知ることのみでなく、スピリチュアルや感情の面における効果が実感されていることが確かめられた。
- ③ RCT による効果の確かめは、AA や NA では行われているが GA ではまだなので今後行われるべきであると考えられた。

研究 2：ギャンブル障害の家族への支援に関する自助グループとその他の支援の効果の比較

ギャンブル障害の家族に対するアンケート調査をしたところ、ギャマノンを主に用いている群と精神保健福祉センターや医療機関などを中心に用いている群を比較したところ、以下のような所見がみられた。

- ① 援助を受けたことでの変化として、「ギャンブル障害への対応ができるようになった」「自分の生活を守る行動が取れるようになった」「自分自身の問題に向き合えるようになった」という回答の割合が、自助

ように理解を助けることも重要である。例えば「ハイヤーパワーなどの概念は、日本人にとって宗教と誤解されてしまう可能性があるが、これは「自然」、「ご先祖様」などその人それぞれの価値ある対象と読み替えることができることなどで理解してもらえる場合もある。海外で

グループを主に用いている群の方が、有意に多かった。

- ② 自助グループを主に用いている群の方が、WHO / QOL、依存症への理解得点、当事者への肯定的な関り得点が高い。

研究 3：ギャンブル障害の家族の自助グループによる回復過程に関する複線径路等至性アプローチ (Trajectory Equifinality Approach, TEA) による研究

TEA により 23 人の家族の回復を過程過程について TEM(複線径路等至性モデリング: Trajectory equifinality modeling) 図を作成し。さらにこれを統合して 1 つの TEM 図にした。この図から明らかになった等至点（何らかの文化的・社会的な諸力の影響を受ける中で収束していくポイント）は以下であった。

- ④ ギャンブル障害を正しく理解した上で、依存症者の症状に翻弄されていたところから物理的、心理的距離をとることができた。
- ⑤ 自分自身の感情やニーズを自己認識、自己受容し、それを満たす行動をとることができた。
- ⑥ 現実を受け止め、将来に希望を持つこと、経験を役立てようと有意味感を持つこと。これらのポイントは、当事者のギャンブル問題での苦しい状況の中で、ギャマノンでの仲間と助けを受けることで生じており、自助グループの具体的な有効性を示すものといえた。

研究 4：全国の民間団体や自助的な活動の研究成果は以下の通りである。

- ① 昨年度に引き続き、全国各地の民間団体に連絡して、その活動を紹介する冊子を作製した。
- ② 同時に改めて各団体の方に意見をきいたところ、「行政、病院、警察、弁護士などの理

もこうした 12 ステップを受け止める上での困難を生じる場合があるようで、TSF ではこれに対する理解を助ける内容が含んでいる。日本でも GA の紹介する TSF を作成していくことは有用と思われる。

解が進み、正しい情報をすぐに受け取り素早く適正な治療が出来るようになって欲しい」などの連携強化を求める意見が多かった。自助グループや民間団体の効果や特徴などをより的確に伝えられるような人材や情報提供体制がもっと必要であると考えられた。

(参考文献)

- 1) Avery, L., & Davis, D. R. (2008). Women's recovery from compulsive GAmbling: Formal and informal supports. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 8(2), 171-191.
- 2) Bradshaw S., Shumway S.T., Wang, E.W., Harris, K.S., Smith, D.B., Austin-Robillard, H. :Hope, Readiness, and Coping in Family Recovery From Addiction. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 10:313-336, 2015.
- 3) Carolyn, D., & Ryan, W. :Gambling and debt: the hidden impacts on family and work life. *Community, Work & Family*, 13:311-328, 2010.
- 4) Christine T., Max H., Calvin K., Rudolf, H.M. :Social Processes Explaining the Benefits of Al-Anon Participation. *Psychol Addict Behav* , 29(4):856-868, 2015.
- 5) Ferentzy, P., & Skinner, W. (2003). GAmblers Anonymous: A critical review of the literature. *Electronic Journal of GAmbling Issues*, 8, 1-29.
- 6) Ferentzy, P., Skinner, W., & Antze, P. (2006b). Rediscovering the twelve steps: Recent changes in GAmblers Anonymous. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 1(3-4), 59-74.
- 7) Ferentzy, P., Skinner, W., Antze, P. (2010). The Serenity Prayer: Secularism and Spirituality in GAmblers Anonymous. *Journal of Groups in Addiction & Recovery* 5:2, pages 124-144.
- 8) George, S., Ijeoma, O., & Bowden-Jones, H. (2013). Gamblers Anonymous: Overlooked and underused? Advances in Psychiatric Treatment, 19(1), 23-29. doi:10.1192/apt.bp.111.009332
- 9) Gomes K, Pascual-Leone A. Primed for change: Facilitating factors in problem GAmbling treatment. *Journal of GAmbling Studies*. 2009; 25:1-17.
- 10) Grant JE, Donahue CB, Odlaug BL, Kim SW, Miller, MJ, Petry NM. Imaginal desensitisation plus motivational interviewing for pathological GAmbling: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2009 Sep;195(3):266-7. doi: 10.1192/bjp.bp.108.062414. PMID: 19721120; PMCID: PMC2801822.
- 11) Humphreys, K, Blodgett, J.C., Wagner, T.H. (2014) .Estimating the efficacy of Alcoholics Anonymous without self-selection bias: an instrumental variables re-analysis of randomized clinical trials, *Alcohol Clin Exp Res*. 38(11):2688-2894.

- 12) Hodgins DC, Peden N, Cassidy E. The association between comorbidity and outcome in pathological GAmblinGA prospective follow-up of recent quitters. *J GAmbl Stud.* 2005 Fall;21(3):255-71. doi: 10.1007/s10899-005-3099-3. PMID: 16134008.
- 13) Hodgin, D. C., & el-Guebaly, N. (2010). The Influence of Substance Dependence and Mood Disorders on Outcome from Pathological GAmbling: Five-Year Follow-Up. *Journal of GAmbling Studies*, 26(1), 117-127. <https://doi-org.ezproxy.tulips.tsukuba.ac.jp/10.1007/s10899-009-9137-9>
- 14) Kelly JF, Humphreys K, Ferri M. (2020) . Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder, Cochrane Database Syst Rev. 2020 Mar 11;3(3):CD012880.
- 15) Lesieur, H. F., & Blume, S. B. (1992). Modifying the Addiction Severity Index for use with pathological GAmblers. *American Journal on Addictions*, 1, 240 - 247.
- 16) Lunski, L. A. GAmblinGAddiction: Filling the GAs in Understanding the Biopsychosocial-Spiritual Elements of Recovery. College of Saint Elizabeth, ProQuest Dissertations Publishing, 2021. 28413691.
- 17) Marceaux JC, and Melville CL. (2011). Twelve-step facilitated versus mapping- enhanced cognitive-behavioral therapy for pathological GAmblers. *J GAmbl Stud.* 2011;27(1):171-190.
- 18) Monnat SM, Bernhard B, Abarbanel BL, St John S, Kalina A. Exploring the relationship between treatment satisfaction, perceived improvements in functioning and well-being and Gambling harm reduction among clients of pathological gambling treatment programs. *Community Ment Health J.* 2014 Aug;50(6):688-96. doi: 10.1007/s10597-013-9635-1. Epub 2013 Jun 12. PMID: 23756725; PMCID: PMC4112598.
- 19) Muraki S, Kaneko F, Okamura H (2015) Study on factors associated with repeated GAmblinGAmong GAmblers Anonymous participants . *J Addict Res Ther* 6: 251. doi:0.4172/2155-6105.1000251
- 20) Petry, N. M. (2003). Patterns and correlates of GAmblers Anonymous attendance in pathological GAmblers seeking professional treatment. [Clinical Trial Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Addictive Behaviors*, 28(6), 1049-1062.
- 21) Petry, N. M., Ammerman, Y., Bohl, J., Doersch, A., GAy, H., Kadden, R., et al. (2006). Cognitive-behavioral therapy for pathological GAmblers. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 74(3), 555-567.

- 22) Rogers, J., Landon ,L., Sharman, S., Roberts, A. (2020) Anonymous Women? A Scoping Review of the Experiences of Women in GAMblers Anonymous (GA). International Journal of Mental Health and Addiction 18:4, pages 1008-1024.
- 23) Russo, A. M., Taber, J. I., McCormick, R. A., & Ramirez, L. F. (1984). An outcome study of an inpatient treatment program for pathological GAMblers. Hospital and Community Psychiatry, 35, 823 - 827.
- 24) Taber, J. I., McCormick, R. A., Russo, A. M., Adkins, B. J., & Ramirez, L. F. (1987). Follow-up of pathological GAMblers after treatment. American Journal of Psychiatry, 144, 757 - 761.
- 25) Toneatto, T. (2008) A cognitive-behavioural analysis of GAMblers Anonymous. Journal of GAMbling Issues 21: 68-79.
- 26) Toneatto T, Dragonetti R. (2008) .Effectiveness of community-based treatment for problem GAMblinGA quasi-experimental evaluation of cognitive-behavioral vs twelve-step therapy. Am J Addict. 2008;17(4): 298-303.
- 27) ToniGAn, J. S., Miller, W. R., Connors, G. J. (2000) : Project MATCH Client Impressions About Alcoholics Anonymous, Alcoholism Treatment Quarterly, 18:1, 25-41, DOI: 10.1300/J020v18n01_02
- 28) Wenzel H. G., Oren A., Bakken I. J. : Gambling problems in the family--a stratified probability sample study of prevalence and reported consequences. BMC Public Health, 8:412, 2008.

F. 研究発表

研究発表

1) 国内

原著論文による発表	0 件
口頭発表	5 件
それ以外（レビュー等）の発表	1 件

2) 国外

原著論文による発表	0 件
口頭発表	0 件
それ以外（レビュー等）の発表	0 件

・論文発表

- (1) 土方郁美；ギャンブル依存症家族の回復に関する研究,日本アルコール・薬物医学会雑誌 56(6),250,2021:

・学会発表

- (1) 森田展彰：家族問題としてのアディクション—親のアディクションが子どもに与える影響とその支援を中心に—、ワークショップ「思春期と依存症 ゲーム、インターネット」、第 40 回日本思春期学会総会・学術集会, 2021.9.27(オンライン開催).
- (2) 森田展彰、野田哲朗：新型コロナウイルス禍と依存症関連問題、日本精神科診療所協会第 27 回学術集会 2021.9.13(オンライン開催)
- (3) 土方郁美, 森田展彰：ギャンブル依存症家族の回復に関する研究,2021 年度アル

コール・薬物依存関連学会合同学術総会,

2021年12月18日（三重）

- (4) 新井清美, 森田展彰, 田中増郎:アディ
クションを重複する発達障害者への支援
ツールの開発 2021年度アルコール・薬物
依存関連学会合同学術総会 2021年12月
18日（三重）

G. 知的所有権の出願・取得状況（予定には

（予定）を記載する）

特記事項なし。

治療効果判定ツールの再検査信頼性と結果フィードバックの効果に関する研究」

研究分担者 神村 栄一 新潟大学人文社会科学系・教授

研究要旨 令和3年度は、ギャンブル障害の症状を測定する2つの尺度の再検査信頼性の検討（研究1）、及びPersonalized Normative Feedback（PNF）の有効性についての検討（研究2）について、それぞれ結果の解析と論文執筆をすすめた。並行して、2,000名のギャンブラーを対象にオンライン調査を実施しサブタイプに分けての比較調査を実施した。その結果、6つのサブタイプ（problem gamblers（235名）、at-risk & relationships problem gamblers（116名）、non-problem gamblers（1,206名）、at-risk & occupational problem gamblers（82名）、low risk gamblers（246名）、engaged gamblers（115名）に分類可能であることが示された。

A. 研究目的

令和3年度は、研究1で再検査信頼性が確認された Gambling Symptoms Assessment Scale(GSAS)、及び Gambling Related Cognitions Scale(GRCS)を用いて、ギャンブル障害における治療ギャップの背景を明らかにすることであった。2,000名のギャンブラーを対象にオンライン調査を実施した。

B. 研究方法

インターネット上で研究参加者を募集した。研究期間は2022年2月であった。研究の実施に先だって川崎医療福祉大学の承認を得た。また、研究目的、手続き、包含基準等はUMIN臨床試験登録システム（UMIN000046866）に登録された。

20歳以上で、過去1年間に少なくとも1カ月に1回ギャンブルをしている者2,000名（男性1,809名、女性191名、平均年齢=51.57歳）を分析対象とした。参加者のギャンブルをした日数は平均7.79日／月、ギャンブルに費やされた金額は平均50,363円／月であった。

C. 研究結果

ギャンブル症状を測定する Problem Gambling Severity Index、及びギャンブルが原因で生起する様々な悪影響への回答をもちいて、潜在クラス分析を実施した。その結果、5つのサブタイプに分類できることが示された。まず、多くのギャンブラーが non-problem gamblers class であることが示された（1,206名：60.3%）。症状を有し生活への様々な悪影響が出ている problem gamblers class は、235名（11.80%）であった。いくつかの項目には該当するものの日常生活への悪影響が少ない engaged gamblers class は、115名（5.8%）であった。このほか、problem gamblers と比較して項目への該当が少ないものの特定の領域への悪影響が示されている at-risk & relationships problem gamblers class が 116名（5.8%）、at-risk

& occupational problem gamblers が 82 名 (4.1%)、項目への該当も少なく、日常生活への悪影響も少ない low risk gamblers class が 246 名 (12.3%) であった。

D. 考察

ギャンブラーの中でも、症状を有し生活への様々な悪影響が出ている problem gamblers class と engaged gamblers class や low-risk gamblers class が存在することが明らかになったことからも、臨床心理学的な問題に直面していないギャンブラーのサブタイプの特徴を把握、及び problem gamblers class との比較によって、今後ギャンブルとのうまい付き合い方に関する知見を得ることができると言える。

E. 結論

ギャンブラーには 6 つのサブタイプが存在する。

令和3年度分担研究報告書

ギャンブル等依存症の治療・家族支援に関する研究：併存障害合併例の治療と支援
ギャンブル障害における精神科併存症の意義—治療反応性・経過におよぼす影響—

研究分担者 宮田久嗣 東京慈恵会医科大学 精神医学講座 教授

研究協力者 山田理沙 東京慈恵会医科大学 精神医学講座 大学院生

【研究要旨】

[背景] ギャンブル障害には、さまざまな精神疾患（うつ病、発達障害、物質使用障害など）の併存が報告されている。しかし、ギャンブル障害の併存症に関する国内の研究は少なく、特に併存症の治療経過におよぼす影響はほとんど検討されていない。本研究では、精神科医療機関を受診したギャンブル障害患者を対象に、併存症の臨床的意義に関する研究を行った。

[方法] 協力医療機関 11 施設において、DSM-5 にてギャンブル障害と診断された初診外来患者（2020 年 6 月 1 日～2022 年 3 月 31 日）を対象とした。初診時に本研究の説明を行い同意取得後、初診時（0 カ月）、3 カ月経過、12 カ月経過の時点で調査を行った。調査は、アンケート用紙を被験者に郵送し、被験者が記入後に返送する形式で行った。アンケートの内容は、初診時には、被験者背景、生活・就労状況、ギャンブル障害の内容と重症度、精神科併存症の有無および疾患名と重症度、社会生活機能、治療・支援・行政などの利用状況であった。3 カ月、12 カ月経過時の調査内容は、初診時の被験者背景を除き、新たに、治療継続状況を追加する以外は初診時と同様とした。

[結果] 0 カ月時の調査対象者は 60 名（平均年齢 37.6 歳；男性 58 名、女性 2 名）で、ギャンブル開始年齢は平均 19.5 歳、精神科併存症は 60 名中 35 名（58.3%）に認められた。内訳はうつ病 16 名（26.7%）、行動嗜癖 10 名（16.7%）、不安障害 7 名（11.7%）、知的障害 3 名（5.0%）、アルコール使用障害 3 名（5.0%）であった。併存する精神疾患の有無で比較した結果、精神疾患併存群では、喫煙経験（77.1% vs 48.0%, $p = 0.028$ ）、過去のいじめ経験（34.3% vs 8.0%, $p = 0.028$ ）、ギャンブルに関連した自殺未遂経験（20.0% vs 0.0%, $p = 0.035$ ）の割合が非併存群と比較して有意に高かった。初診から 3 カ月経過時には 58 名中 50 名（回収率 86.2%）から、12 ケ月経過時には 36 名中 26 名（回収率 72.2%）から回答を得た（2022 年 3 月時点）。今回は、12 カ月での調査対象者が 26 名と少ないとことから、精神科併存症の有無で統計解析することは困難であった。各評価項目を 0 カ月、3 カ月、12 カ月の時点で比較すると、ギャンブル障害のスクリーニングテストである South Oaks Gambling Screen (SOGS) では、0 カ月 : 13.5 点、3 カ月 : 5.0 点、12 ケ月 : 6.6 点で、うつ症状を評価する PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)) は 0 カ月 : 8.4 点、3 ケ月 : 6.2 点、12 ケ月 : 5.5 点で、社会機能障害を評価する SEEHAN Disability Scale (SDS) における“仕事・学業への支障”は 0 カ月 : 3.3 点、3 ケ月 : 1.3 点、12 ケ月 : 1.5 点であった。また、ギャンブル活動を中止している割合は、3 ケ月 : 76.9%、12 ケ月 : 45.8% で、治療の継続率は 3 ケ月 : 80.8%、12 ケ月 : 57.7% であった。

[考察] ギャンブル障害の 58.3% に精神疾患が併存していた。併存群では、非併存群と比較して喫煙経験、いじめ体験、ギャンブルに関連した自殺未遂経験が有意に多かった。今回は、12 カ月での調査対象者が 26 名と少ないとことから、精神科併存症の有無で統計解析することは困難であったが、ギャンブル障害の重症度、うつ病尺度、社会機能障害のスコアは治療継続とともに改善する傾向があった。しかし、12 カ月の時点でのギャンブル中止率と治療継続率が約 50% であったことは、本疾患の治療が困難であることを示唆している。今後、さらに症例を増やして、精神科併存症の影響を明らかにしていく。

A. 研究目的

海外の研究では、ギャンブル障害には、さまざまな精神疾患(うつ病、不安障害、発達障害、他のアディクションなど)が併存し、さらに、併存疾患が存在すると、ギャンブル障害と併存疾患の両者の治療経過に悪影響をおよぼすことが報告されている。

一方、国内では、ギャンブル障害の併存疾患に関する研究は少なく、特に併存疾患の治療経過におよぼす影響は明らかではない。そこで本研究では、ギャンブル障害の専門医療機関を受診したギャンブル障害患者を対象として、1年間にわたって前方視的に、精神科併存症の治療経過におよぼす影響を検討した。

B. 研究方法

1. 調査対象者

調査対象者(被験者)は、本研究の協力医療機関 11 施設において、主たる精神疾患がギャンブル障害と診断された初診外来患者(2020 年 4 月 1 日～2022 年 3 月 31 日)である。被験者の選定にあたっては、以下の選択基準を設けた。

- (1) 20 歳以上。
- (2) 主たる精神疾患が DSM-5 の物質関連障害および嗜癖性障害群における非物質関連障害群の「ギャンブル障害」の診断基準を満たす者。

【各選択基準の設定理由】

- 1) 本人に判断能力が認められる場合に、インフォームド・コンセントを得ることが可能となる年齢を設定した。
- 2) 本研究はギャンブル障害患者を対象とするため、明確な基準を設定した。

2. 調査方法

最初に、研究医療機関の医師および医療スタッフが、ギャンブル障害の診断基準を満たす初診患者に本研究の説明を行った。本研究の協力が得られる場合には、後日、東京慈恵会医科大学の研究スタッフが zoom または電話にて研究内容を詳細に説明しうえで、書面での同意を取得した。

調査は、初診より 0 カ月、3 カ月、12 カ月後の計 3

回行った。1 回の調査について 5000 円相当の QUO カードを調査協力の謝礼とした。

3. 測定項目

調査は、アンケート用紙を被験者に郵送し、研究スタッフが zoom や電話で質問項目を説明して、被験者が調査用紙に回答を記入した後に返送する形式を採用した。0 カ月時点のみ構造化面接を行った。調査項目は以下の通りとした。

1) 0 カ月時の調査項目

- ① 精神疾患簡易構造化面接法 (The Mini-International Neuropsychiatric Interview : M.I.N.I.)
- ② 患者背景(性別、年齢、学歴、婚姻歴、職業)
- ③ 精神科併存症(有無、種類)
- ④ 心理社会的問題(過去の外傷体験など)
- ⑤ これまでのギャンブル活動(ギャンブル開始年齢、問題ギャンブル発症年齢、ギャンブル行動のきっかけ、医療機関を受診したきっかけ)

2) 0 カ月、3 カ月、12 カ月時の調査項目

- ① 注意欠如・多動性障害評価尺度(Adult ADHD Self-Report Scale :ASRS)
- ② 自閉症スペクトラム指數(Autism-Spectrum Quotient :AQ)
- ③ 現在のギャンブル活動(ギャンブルの種類、1 ケ月あたりの使用金額・頻度)
- ④ 治療・支援・行政機関の利用状況
- ⑤ ギャンブル障害のスクリーニングテスト(The South Oaks Gambling Screen: SOGS)
- ⑥ うつ病評価尺度:(Patient Health Questionnaire: PHQ-9)
- ⑦ 社会機能評価尺度(The Sheehan Disability Scale :SDS)

3) 統計学的解析

2020 年 6 月～2022 年 3 月までに、ギャンブルの問題で本研究の協力医療機関を受診し、主たる精神疾患がギャンブル障害と診断された外来患者の中で同意の得られた者 60 名(男性 58 名、女性 2

名)を対象とした。

まず、全体の属性および臨床的特徴に関する記述統計を明らかにした。次いで、精神科併存症のある患者 35 名、併存症のない患者 25 名により被験者を 2 群に分けた。群間の有意差検定は、量的変数については t 検定を、カテゴリカル変数については、ピアソンのカイ二乗検定またはフィッシャーの正確確率検定を用いた。

また、併存疾患の有無による治療状況の変化(フォローアップ調査)については、初診より 3か月経過時および 12 か月経過時に返信があった 26 名を対象とした。カテゴリカル変数においては比率を算出し、連続変数においては平均得点を算出した。

なお、検定を用いる際は、有意水準 5%を基準として、統計的有意性を判定した。また、データ解析には統計ソフト IBM SPSS Statistics ver.25.0 を用いた。

3. 倫理面への配慮

本研究は、東京慈恵会医科大学倫理委員会の承認を得て行った。同意取得後も、同意の撤回は被験者の自由であり、撤回によって被験者に不利益にならないことを保証した。個人情報が記載されている調査用紙は、個人情報保護の観点から鍵のかかったキャビネットに厳重に保管した。また、個別の調査用紙の内容は、個人情報保護の観点から主治医に知らせないこととした。

C. 研究結果

1. 被験者の基本属性および臨床的特徴

被験者の基本属性および臨床的特徴を表 1 に示した。被験者の平均年齢は 37.6 歳、教育歴は高校卒業以上が 95.0%、婚姻状況は、結婚が 51.7%、未婚(婚姻経験なし)が 35.0%、離婚が 13.3%であった。就業状況は正社員が 58.3%、無職が 31.7%、アルバイトが 8.3% であった。対象者全体の臨床学的特性については、喫煙経験(生涯)は 65%、自閉スペクトラム障害指數(Autism-Spectrum Quotient: AQ)の平均得点は 20.2 点(33 点がカットオフポイント)であり、成人期の ADHD 自己記入式症状チェック

リスト(Adult ADHD Self-Report Scale-V1.1:ASRS)の平均得点は 1.57 点(2 点以上が 6 項目中 4 項目以上で ADHD の疑い)であった。過去に経験したつらい出来事として、経済的困窮(30.0%)、いじめ(23.3%)、成績不良(13.3%)、厳しいしつけ(13.3%)、過剰に期待をされた体験(13.3%)であった。併存症の有無別による属性および臨床的特徴については、併存症を有する群は、喫煙経験(生涯経験)(77.1% vs 48.0%, p = 0.028)、過去のいじめ経験(34.3% vs 8.0%, p = 0.028)において有意に高値となった。

2. 被験者の精神科併存症

被験者の精神科併存症について表 2 に示した。併存症は、60 名中 35 名(58.3%)で認められた。内訳はうつ病(26.7%)、行動嗜癖(16.7%)、不安障害(11.7%)、知的障害(5.0%)、アルコール使用障害(5.0%)、双極性障害(3.3%)、てんかん(1.7%)、解離性障害(1.7%)であった。

3. 被験者のこれまでのギャンブルに関連する

行動、治療、支援

被験者のこれまでのギャンブルに関連する行動、治療、支援について表 3 に示した。被験者全体では、ギャンブルを開始した年齢は平均 19.5 歳、最もはまっていた時の年齢は平均 30.3 歳、最もはまっていた時のギャンブル使用金額は 1 ヶ月あたり平均 82.9 万円(範囲:5 万円-800 万円)、最もはまっていた時の 1 カ月当たりのギャンブル活動日数は平均 22.5 日であった。これまでにはまっていたギャンブルの種類については、パチンコ(80.0%)、パチスロ(66.7%)、競馬(55.0%)、競艇(35.0%)、ゲームセンター(30.0%)、宝くじ(28.3%)、競輪(26.7%)、賭博麻雀(18.3%)、合法カジノ(10.0%)、スポーツに関連する賭博(10.0%)、証券取引(8.3%)の順であった。

初診前に治療、支援を受けた経験のある機関については、自助グループ(28.3%)、弁護士(11.7%)、保健所・精神保健福祉センター(10.0%)、警察(8.3%)であった。また、ギャンブル

が関連した問題行動は、希死念慮 78.7%、自傷行為 10.0%、自殺未遂 11.7%、行方不明 20.0%であった。精神科併存症の有無で比較すると、自殺未遂では併存症を有する群は有しない群と比較すると有意に高値となった(20.0% vs 0.0%, p =0.035)。

4. 被験者の現在のギャンブルに関する行動、治療、支援

被験者の現在のギャンブルに関する行動、治療、支援について表 4 に示した。初診時にギャンブルを中断している者は 83.3% であった。ギャンブル障害のスクリーニングテストである SOGS (South Oaks Gambling Screen) のスコアは平均 13.5 点(0-2 点: 問題なし、3-4 点: 将来、ギャンブル障害になる可能性が高い、5-20 点: ギャンブル障害の疑い)であり、60 名すべてがギャンブル障害疑いとなる 5 点以上に該当した。うつ症状を評価する PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) のスコアは平均 8.4 点(0~4 点はうつ症状なし、5~9 点は軽度、10~14 点は中等度、15~19 点は中等度~重度、20~27 点は重度)であり、中等症以上のうつ症状が疑われる 10 点以上の者は 60 名中 19 名(31.7%) であった。社会機能障害を評価する SEEHAN Disability Scale (SDS)(0 点: 障害なし、1-3 点: 軽度、4-6 点: 中等度、7-9 点: 重度、10 点: 極めて重度)では、“仕事・学業への支障”は平均 3.3 点で、中等度以上(≥ 4 点)の障害は 60 名 21 名(35.0%)、“社会生活への支障”は平均 2.9 点で、中等度以上(≥ 4 点)の障害は 60 名 21 名(35.0%)、“家族内のコミュニケーションや役割の支障”は平均 3.9 点で、中等度以上(≥ 4 点)の障害は 60 名中 27 名(45.0%) であった。現在病院で受けている治療については、集団ミーティング(31.7%)、認知行動療法(13.3%)、カウンセリング(26.7%)、薬物療法(8.3%) であった。

併存症のある群とない群の 2 郡間で比較したところ、現在のギャンブル活動、SOGS スコア、PHQ-9 スコア、SDS スコア、現在受けている治療・支援においては、有意な差が認められなかった。

5. 被験者全体における治療状況の変化

3 カ月時の調査では 58 名中 50 名から回答(回収率 86.2%)を。12 ヶ月後の調査では 36 名中 26 名から回答(回収率 72.2%)を得た。併存症の有無による治療状況の変化については、3 カ月後、12 カ月後の返信があった 26 名を対象に記述統計を算出した。

1) 通院継続率

被験者全体の通院継続率は、3 ヶ月時 80.8 %、12 ヶ月時 57.7 % であった。併存症のある群では、3 ケ月時 75.0%、12 ケ月時 68.8% であり、併存症のない群では、3 ケ月時 90.0%、12 ケ月時 40.0% であった(図 1)。

2) ギャンブル中断率

被験者全体のギャンブル中断率は、0 ケ月時 80.8%、3 ケ月時 76.9%、12 ケ月時 45.8% であった。併存症のある群では、0 ケ月時 68.8%、3 ケ月時 62.5%、12 ケ月時 35.7% であり、併存症のない群では、0 ケ月時 100.0%、3 ケ月時 100.0%、12 ケ月時 60.0% であった(図 2)。

3) SOGS スコア

被験者全体の SOGS スコアは、0 ケ月時の平均得点は 13.5 点、3 ケ月時 5.0 点、12 ケ月 6.6 点であった。併存症のある群では、0 ケ月時の平均スコアは 13.3 点、3 ケ月時 4.8 点、12 ケ月時 7.3 点であり、併存症のない群では、0 ケ月時の平均得点は 13.6 点、3 ケ月時 5.1 点、12 ケ月時 6.0 点であった(図 3)。

4) PHQ-9 スコア

被験者全体の PHQ-9 スコアは、0 ケ月時の平均得点は 7.4 点、3 ケ月時は 6.2 点、12 ケ月時は 5.5 点であった。併存症のある群では、0 ケ月時の平均スコアは 8.9 点、3 ケ月時 8.0 点、12 ケ月時 6.3 点であった。併存症のない群では、0 ケ月時の平均スコアは 6.6 点、3 ケ月時 4.9 点、12 ケ月時 4.8 点であった(図 4)。

5) SDS スコア

被験者全体の SDS スコアは、“仕事・学業への支障”的 0 ケ月時の平均得点は 3.5 点、3 ケ月時は 1.4 点、12 ケ月時は 1.6 点であった。併存症のある群で

は、0ヶ月時の平均得点は4.7点、3ヶ月時1.8点、12ヶ月時2.1点であり、併存症のない群では、0ヶ月時の平均スコアは2.1点、3ヶ月時1.1点、12ヶ月時1.0点であった(図5)。

“社会生活への支障”の0ヶ月時の平均スコアは2.4点、3ヶ月時は1.9点、12ヶ月時は1.5点であった。併存症のある群では、0ヶ月時の平均得点は2.8点、3ヶ月時2.0点、12ヶ月時2.3点であり、併存症のない群では、0ヶ月時の平均スコアは2.1点、3ヶ月時2.0点、12ヶ月時0.8点であった(図6)。

“家族内のコミュニケーションや役割の支障”の0ヶ月時の平均スコアは2.7点、3ヶ月時は1.2点、12ヶ月時は1.2点であった。併存症のある群では、0ヶ月時の平均得点は3.4点、3ヶ月時1.6点、12ヶ月時1.8点であった。併存症のない群では、0ヶ月時の平均スコアは2.0点、3ヶ月時0.8点、12ヶ月時0.7点であった(図7)。

D. 考察、結論

本研究では、ギャンブル障害における精神科併存症の臨床的意義について、併存症のギャンブル障害の治療経過におよぼす影響を中心に詳細な検討を行った。現時点では、研究開始から1年10カ月経過しているが、1年間の治療経過を終えた被験者が60名中26名であることから、この26名を対象とした結果を報告する。

1) ギャンブル障害における精神科併存症

ギャンブル障害患者の58.3%に併存疾患が存在し、内訳はうつ病(26.7%)、行動嗜癖(16.7%)、不安障害(11.7%)、知的障害(5.0%)、アルコール使用障害(5.0%)、双極性障害(3.3%)、てんかん(1.7%)、解離性障害(1.7%)であった。先行研究と同様に、ギャンブル障害では高い割合で併存症が存在すること、併存症の種類は多岐に渡ることが示された。

2) 精神科併存症の臨床的意義

併存症の有無で2群に分類して比較したところ、併存症のある群では、喫煙経験、過去のいじめ経

験、ギャンブルに関連した自殺未遂の割合が高い結果となった。一方、ギャンブルに関連した問題行動、治療や支援経験、SOGSスコア、PHQ-9スコア、SDSスコアにおいては、有意な差は認められなかつた。先行研究では、併存症のあるギャンブル障害では、ギャンブルに関する症状が重症化することが報告されているが、本研究では異なる結果となつた。その理由にはいくつかの可能性が考えられる。まず、症例数が少ないとによる影響がある。第二に、本研究の被験者は、外来患者であることから、ギャンブル障害および精神科併存症ともに入院患者と比較すると軽症であることが想定される。今後、症例数を増やし、入院症例も含めた検討が必要と考える。

3) 精神科併存症のギャンブル障害の治療経過におよぼす影響

現在、1年間の治療経過を追えた被験者が26名であることから、これを併存症の有無で2群に分けて統計的解析を加えることは困難であることから、統計処理は行っていない。このため、あくまで印象であるが、精神科併存症群の方が、非併存群と比較してうつ症状の尺度(PHQ-9)、社会機能障害(SDS)、ギャンブル障害の中止率が1年間の治療経過を通して不良な傾向が見られた。この点は、今後、症例を増やして有意な差がみられるか否かを検証していく必要がある。

また、また、12カ月の時点でのギャンブル中止率と治療継続率が約50%であったことは、本疾患の治療が困難であることを示唆している。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1) 論文発表

宮田久嗣. 仮想症例から断酒と減酒の使い分けを考える：依存症とハームリダクション. 精神神経学雑誌 2021; 123(8): 487-493.

宮田久嗣. 仮想症例から断酒と減酒の使い分けを考える. *Frontiers in Alcoholism* 2022; 10 (1) : 19-23.

宮田久嗣, 山田理沙. 物質使用症（障害）群または嗜癖行動症（障害）群: ICD-11 が精神科臨床に与えるインパクト. *臨床精神医学* 2022 ; 51 (4) (印刷中)

宮田久嗣. アセナピン（シクレスト舌下錠）特集 1 / 過去 10 年で登場した薬のおさらい一機序、効果、注意点. *精神科* 2022 (印刷中)

宮田久嗣. 国際診断分類 (ICD、DSM) において依存と嗜癖はどのように使われているのか. *日本アルコール薬物医学会誌* 2022; 57 (1): (印刷中)

宮田久嗣. 減酒療法に使う治療薬のキホン. 吉治仁治（編）. 消化器科医のためのアルコール臓器障害治療マニュアル－減酒療法のススメ， 東京：南江堂， 2022 (印刷中)

2) 学会発表

Yamada R, Miyashita K, Tamura Y, Hashimoto T, Takada K, Miyata H. Clinical characteristics of psychiatric comorbidity in gambling disorder in Japan. 2021 International College of Neuropsychopharmacology. Taiwan (WEB), 2021 2, 27.

宮田久嗣（シンポジウム）. 日本におけるハムリダクションのアディクション予防・治療への応用. 2021 年度日本アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 三重, 2021,12,17.

宮田久嗣（シンポジウム）. ニコチン依存を巡って：旧世代のたばこから新世代のたばこまで一何がどう違うのかー：物質依存（アルコール、

ニコチン、非合法薬物）を巡って. 2021 年度日本アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 三重, 2021,12,19.

宮田久嗣（シンポジウム）. 精神科領域における障害と疾患の相違についての考察：障害（disorder, disability, dysfunction）と疾患（disease）：どこが違うのか?. 2021 年度日本アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 三重, 2021,12,18.

宮田久嗣（教育講演）. 飲酒量低減薬セリンクロ処方のための e-learning 研修の解説. 2021 年度日本アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 三重, 2021,12,18.

G. 知的財産権の出願・登録状況 なし

表 1. 被験者の基本属性および臨床的特徴

	全体		
	n = 60		
男性 (n, %)	58	96.7%	38.
年齢 (平均値, SD)	37.9	9.35	38.
学歴			
大学卒業 (n, %)	22	36.7%	1
専門学校卒業 (n, %)	11	18.3%	
高校卒業 (n, %)	24	40.0%	1
中学卒業 (n, %)	3	5.0%	
婚姻歴			
結婚 (n, %)	31	51.7%	1
離婚 (n, %)	8	13.3%	
婚姻歴無し (n, %)	21	35.0%	1
就労状況			
正社員 (n, %)	36	60.0%	1
非正規雇用 (n, %)	5	8.3%	
無職 (n, %)	19	31.7%	1
喫煙経験(生涯)	39	65.0%	2
心理社会的特性			
AQ得点	21.7	7.22	22.
ASRS得点	1.57	1.42	1.4
過去の辛い経験			
経済的困窮	18	30.0%	1
いじめ	14	23.3%	1
成績不良	8	13.3%	
厳しいしつけ	8	13.3%	
過剰に期待をされた経験	8	13.3%	

精神科併存症	n	%
うつ病	16	26.7%
行動嗜癖(クレプトマニア、ゲームなど)	10	16.7%
不安障害	7	11.7%
知的障害	3	5.0%
アルコール使用障害	3	5.0%
双極性障害	2	3.3%
てんかん	1	1.7%
解離性障害	1	1.7%

P-value for Pearson's chi-square test or Fisher's exact test (categorical variable)
P-value for t-test (continuous variable)

表 2. ギャンブル障害患者の精神科併存症

	全体		精神科併存症		p - value		
	n = 60		あり n = 35	なし n = 25			
ギャンブルを始めた年齢 (平均値, SD)	19.5	3.93	20.1	4.72	18.8	2.31	0.201
ギャンブル活動が頻繁な時期							
年齢 (平均値, SD)	30.3	9.07	31.3	8.77	28.9	9.46	0.309
1ヶ月あたりの使用金額 (万円) (中央値, 範囲)	35.0 (5.00-800)		30.0 (5.00-400)		50.0 (5.00-800)		0.268
1ヶ月あたりの活動日数 (平均値, SD)	22.5	7.61	23.7	7.36	20.9	7.81	0.165
ギャンブル活動(複数回答可能)							
パチンコ (n, %)	48	80.0%	28	80.0%	20	80.0%	1.000
パチスロ (n, %)	40	66.7%	23	65.7%	17	68.0%	1.000
競馬 (n, %)	33	55.0%	18	51.4%	15	60.0%	0.602
競艇 (n, %)	21	35.0%	14	40.0%	7	28.0%	0.416
宝くじ (n, %)	17	28.3%	11	31.4%	6	24.0%	0.575
ゲームセンター (n, %)	18	30.0%	11	31.4%	7	28.0%	1.000
競輪 (n, %)	16	26.7%	7	20.0%	9	36.0%	0.238
賭け麻雀 (n, %)	11	18.3%	7	20.0%	4	16.0%	0.748
これまでに受けた治療や支援							
自助グループ (n, %)	17	28.3%	12	34.3%	5	20.0%	0.260
弁護士や司法書士 (n, %)	7	11.7%	5	14.3%	2	8.0%	0.688
保健所・精神保健福祉センター (n, %)	6	10.0%	4	11.4%	2	8.0%	1.000
警察など (n, %)	5	8.3%	5	14.3%	0	0.0%	0.069
ギャンブルが関連した問題行動							
希死念慮 (n, %)	47	78.3%	27	77.1%	20	80.0%	1.000
自傷行為 (n, %)	6	10.0%	5	14.3%	1	4.0%	0.386
自殺未遂 (n, %)	7	11.7%	7	20.0%	0	0.0%	0.035
行方不明 (n, %)	12	20.0%	10	28.6%	2	8.0%	0.058

P-value for Pearson's chi-square test or Fisher's exact test (categorical variable)

P-value for t-test (continuous variable)

表3. 被験者のこれまでのギャンブルに関する行動、治療、支援

表 4. 被験者の現在のギャンブルに関する行動、治療、支援

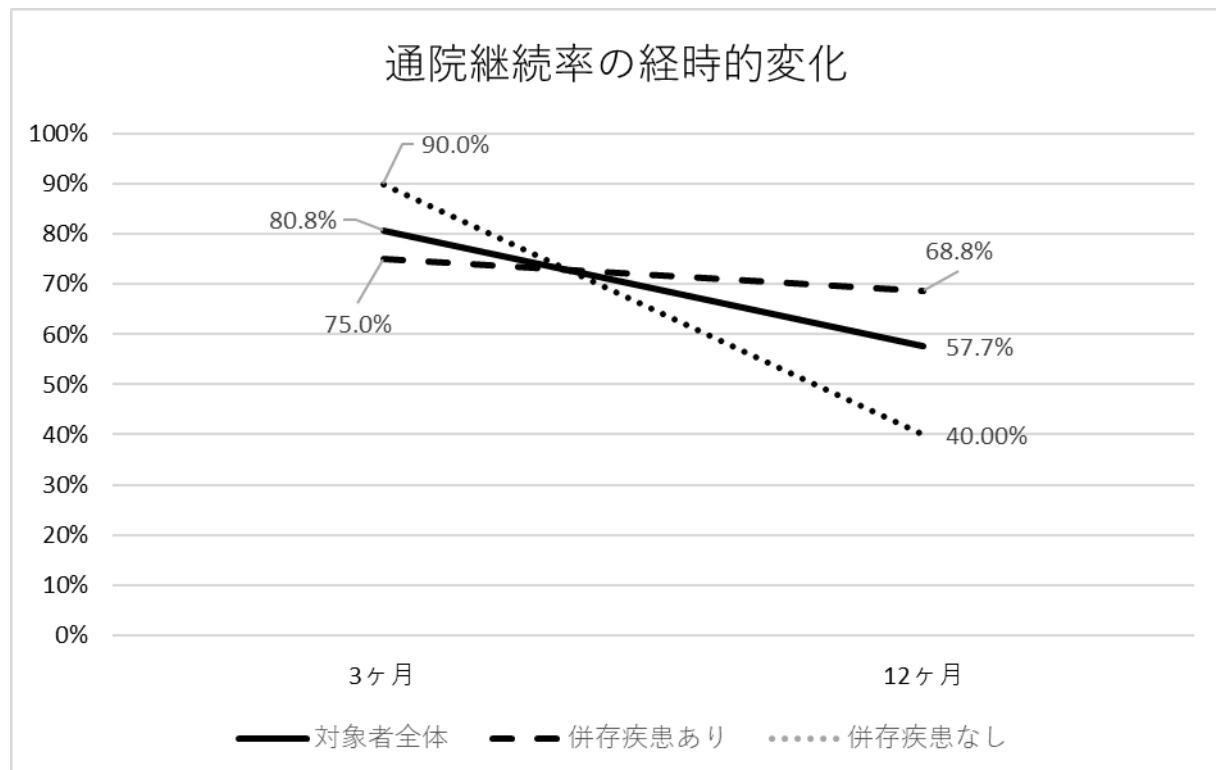


図 1.通院継続率の経時的变化

	精神科併存症		p - value
	あり n = 35	なし n = 25	
現在ギャンブル活動を止めている (n, %)	50 83.3%	27 77.1%	23 92.0%
SOGSスコア (平均値, SD)	13.50 2.72	13.49 3.13	13.52 2.08
PHQ-9 スコア (平均値, SD)	8.38 6.78	9.20 7.63	7.24 5.31
sheehan disability スコア			
仕事・学業への支障 (平均値, SD)	3.25 3.27	3.86 3.57	2.40 2.65
社会生活への支障 (平均値, SD)	2.92 3.09	3.00 3.32	2.80 2.80
家族内のコミュニケーションや役割の支障 (平均値, SD)	3.85 3.49	3.71 3.71	4.04 3.22
現在受けている治療・支援			
集団ミーティング (n, %)	19 31.7%	13 37.1%	6 24.0%
認知行動療法 (n, %)	5 8.8%	4 12.1%	1 4.2%
カウンセリング (n, %)	16 26.7%	10 28.6%	6 24.0%
薬物療法 (n, %)	5 8.3%	4 11.4%	1 4.0%

P-value for Pearson's chi-square test or Fisher's exact test (categorical variable)

P-value for t-test (continuous variable)

ギャンブル中断率の経時的变化

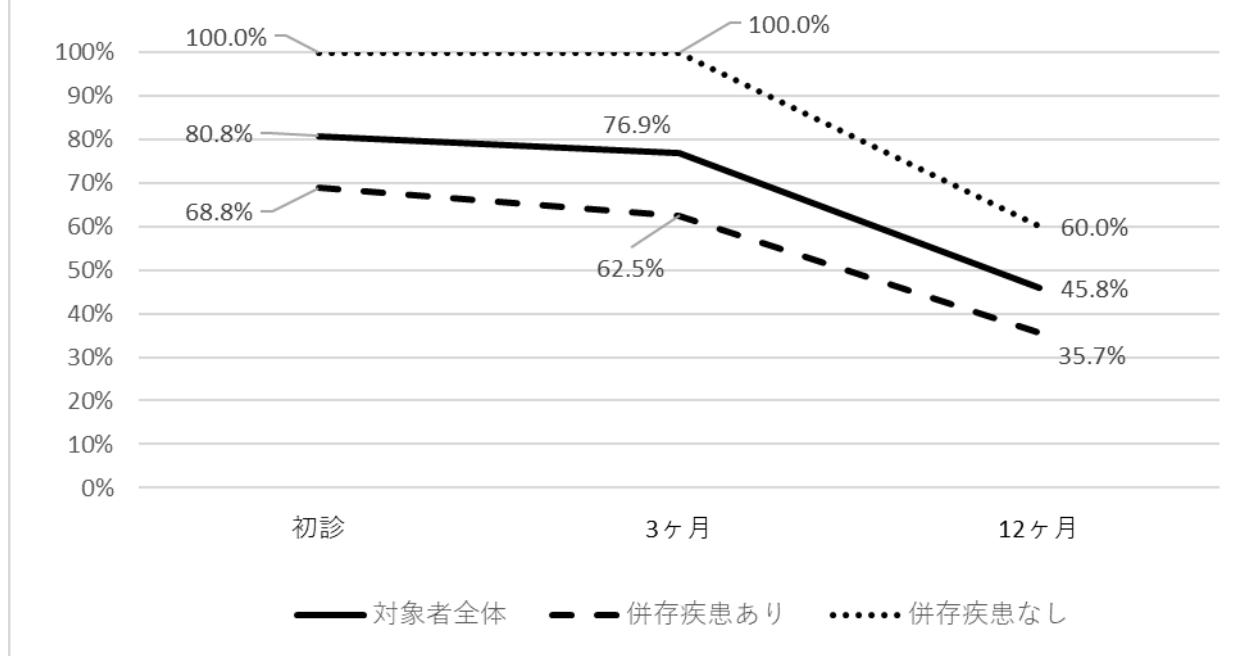


図 2.ギャンブル中断率の経時的变化

SOGSスコアの経時的变化

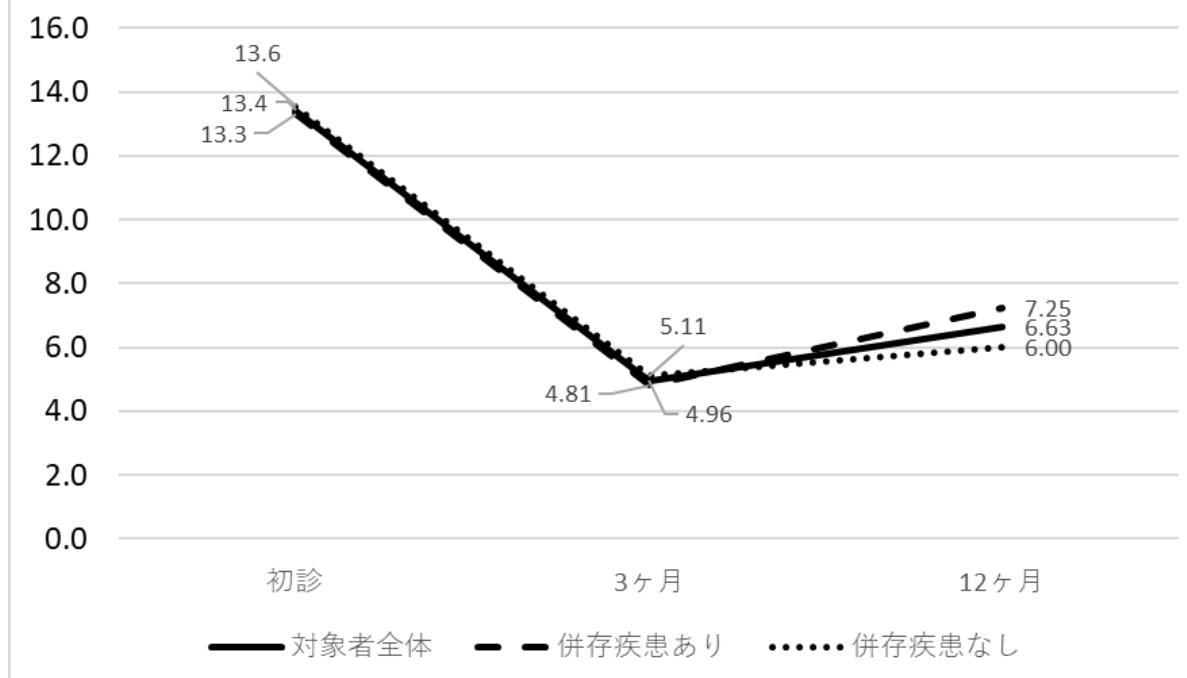


図 3. SOGS スコアの経時的变化

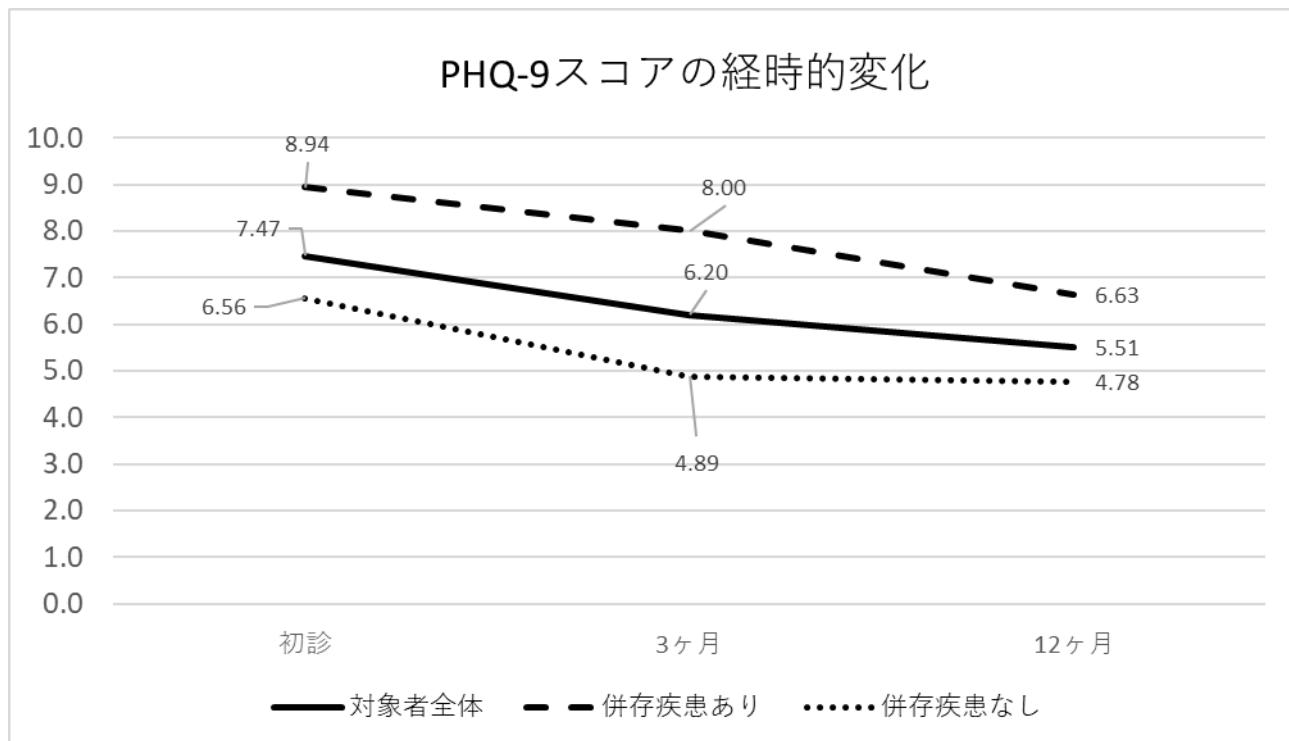


図 4. PHQ-9 スコアの経時的变化

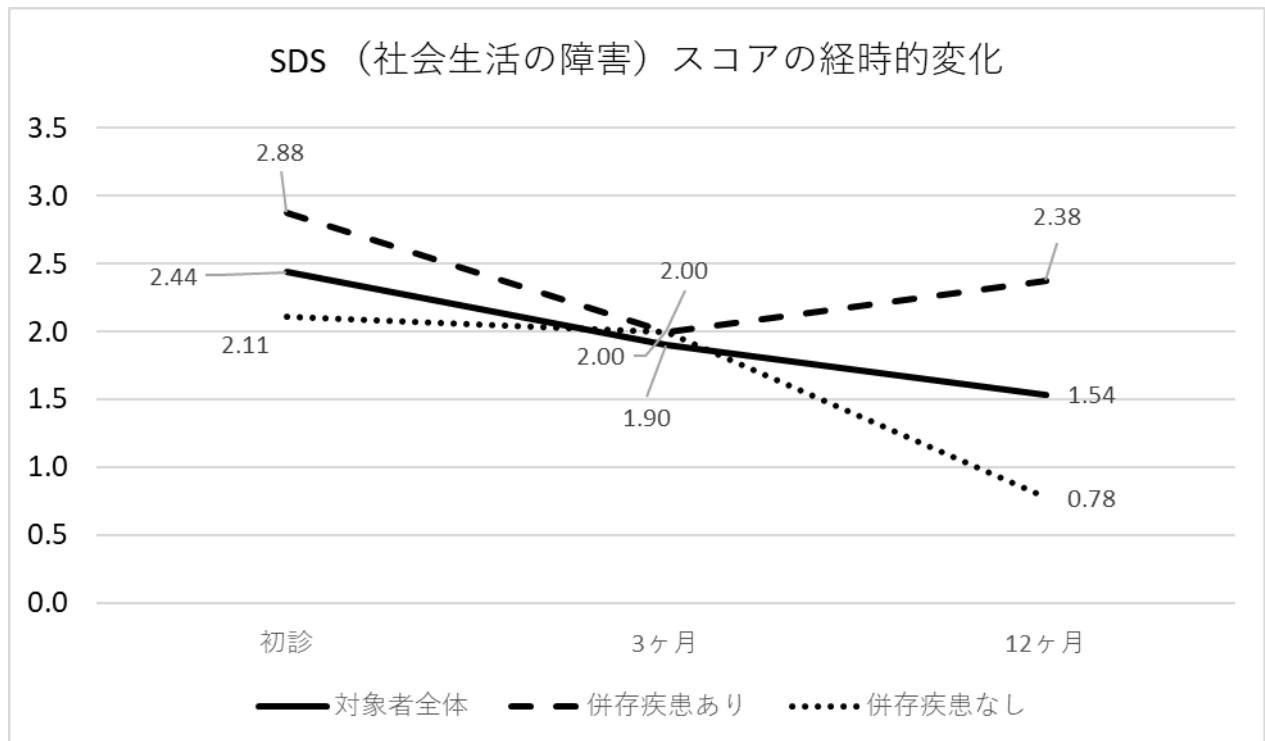


図 5.SDS(社会生活の障害)スコアの経時的変化

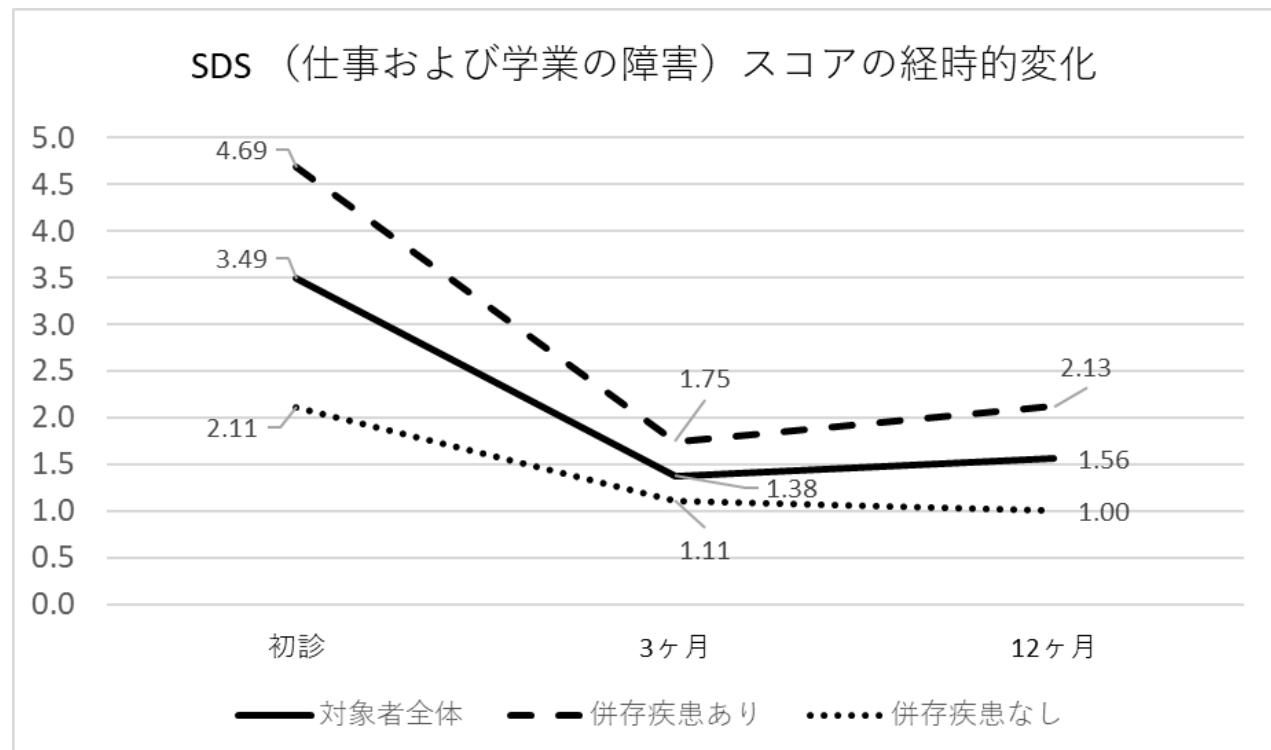


図 6.SDS(仕事および学業の障害)スコアの経時的変化

SDS（家族内コミュニケーションや役割での障害） スコアの経時的変化

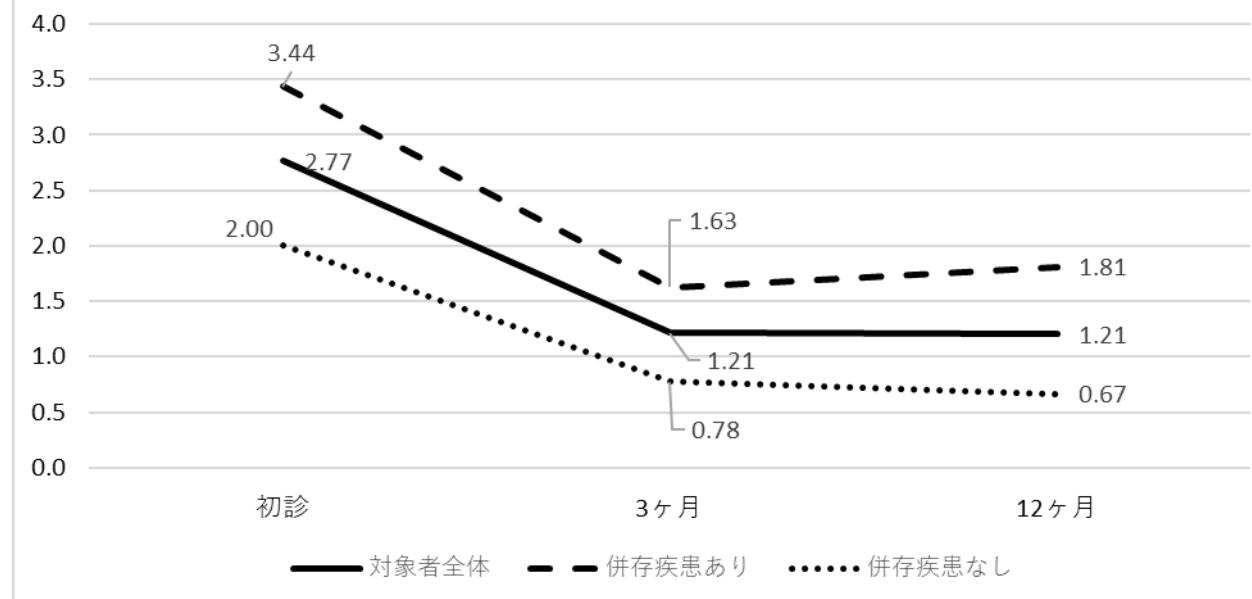


図 7. SDS(家庭内コミュニケーションや役割での障害)スコアの経時的変化

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
ギャンブル等依存症の治療・家族支援に関する研究（19GC1016）

令和3年度 分担研究報告書

「簡易介入の効果の検討：AI チャットボット GAMBOT2 の開発と効果検証」

研究分担者 宋 龍平 独立行政法人岡山県精神科医療センター

研究要旨

本研究班ではギャンブル等依存症に対する簡易介入の開発、効果検証研究を実施した。3カ年計画の最終年度である本年度は、2019、2020年度に開発したオンライン簡易介入チャットボット GAMBOT2 にセラピストからのテキストメッセージによる簡易サポートを追加することによるギャンブル症状、ギャンブルに関連する認知、支援希求行動の変化を比較する並行群間ランダム化比較試験を開始した。

A. 研究目的 ギャンブル問題を抱える者がアクセスしやすく、低コストでの提供が可能で、効果的な簡易介入法を開発すること。	D. 考察 研究参加者の中には専門外来受診者と同等、またはそれ以上の深刻な問題を抱える一方で、研究参加時点では専門的な支援を希望しない者が散見された。しかし、介入群の中にはセラピストに対して専門的な支援について質問したり、専門外来の予約をしたりした者もおり、低コストな自動応答チャットボット利用者に人間のセラピストが適宜対応することの重要性が示唆された。
B. 研究方法 オンライン広告で募集したギャンブル問題を持つ者をGAMBOT2使用に加えてセラピストからのテキストメッセージによる簡易サポートを受ける介入群とGM ABOT2使用のみの対照群にランダム割り付けし、研究参加4、12週後のギャンブル症状、ギャンブルに関連する認知、支援希求行動の変化を両群間で比較するランダム化比較試験を実施した。目標サンプルサイズは合計134名に設定した。 (倫理面への配慮) 本試験は倫理審査で承認を得た後に研究参加者から同意を得て実施した。	E. 結論 本ランダム化比較試験の結果発表後に、GAMBOT2、およびセラピストによる支援システムを公開予定である。
C. 研究結果 事業年度内に110名の研究参加者を組入れ、介入群に60名、対照群に50名をランダム割り付けした。 研究参加者110名の平均年齢は42歳、男性が78%、過去1週間の平均ギャンブル頻度が3.39日、賭け金中央値が52,500円、Problem Gambling Severity Index合計点の平均値が14.5点であった。また、研究参加者のうち、自助グループ、または専門支援機関に相談経験がある者の割合は順に14%、11%、自助グループまたは専門支援機関への支援希求の実行意図がある者の割合は46%であった。 アウトカムの解析は目標サンプルサイズの134名全員の12週の評価が終わった時点で実施する予定である。	F. 健康危険情報 なし
	G. 研究発表 1. 論文発表 なし 2. 学会発表 なし
	H. 知的財産権の出願・登録状況 (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 GAMBOT2開発に際しては、島根県立心と体の相談センターの小原圭司先生、佐藤寛志先生が中心に開発されたSAT-Gを参考にさせていただいた。

令和3年度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）
「ギャンブル等依存症の治療・家族支援の推進のための研究」
分担研究報告書

治療プログラムおよび家族支援の研修会の実施

研究分担者 松下 幸生
独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター 院長

研究要旨：

本研究の目的は、ギャンブル障害の標準的治療プログラムの研修を実施して、プログラムを全国に普及・均霑化することである。令和2年度に研修プログラムを作成し、令和3年度に研修を2回実施した。新型コロナ感染症拡大の時期であったが、感染対策を施した上、対面で行い、その効果をJ-GGPPQ (Japanese Version of the Gambling and Gambling Problems Perception Questionnaire)を用いて検証した。

研究協力者氏名・所属機関
松崎 尊信 国立病院機構久里浜医療センター精神科医長
西村 光太郎 国立病院機構久里浜医療センター医師
佐久間 寛之 国立病院機構さいがた医療センター精神科院長
高山 輝大 国立病院機構久里浜医療センター医療社会事業専門員
岩本 亜希子 国立病院機構久里浜医療センター医療社会事業専門員
古野 悟志 国立病院機構久里浜医療センター公認心理師
岡田 瞳 国立病院機構久里浜医療センター公認心理師

A. 研究目的

ギャンブル障害は、一般的にはギャンブル等依存症とも称され、ギャンブルのコントロールを失い、家庭、社会生活等に

様々な支障を来す精神疾患である¹⁾。2018年7月に成立したギャンブル等依存症対策基本法では、「ギャンブル等依存症の予防等、診断及び治療の方法に関する研究その他のギャンブル等依存症問題に関する調査研究の推進」が求められているが、ギャンブル障害に対応可能な医療機関や精神保健福祉センター等の相談窓口、民間支援団体等も数が少なく、支援体制は十分とは言えない状況である。海外では認知行動療法が有効であることが示されているものの、国内では、治療効果のエビデンスを示した標準的な治療プログラムも確立しておらず、治療、支援体制の整備が急務であり、医療機関のみならず、公的保健機関や民間施設などさまざまな機関においてギャンブル障害の治療、支援方法の検討、その普及や均霑化が必要である。

2016年度から2018年度まで行われた日本医療研究開発機構「ギャンブル障害の

疫学調査、生物学的評価、医療・福祉・社会的支援のありかたについての研究」班では、認知行動療法に基づくギャンブル等障害の標準的治療プログラムを開発し、その効果を検証し、有効性を確認した。しかし、このような治療法は、わが国の医療機関ではまだ一般的ではなく、今後普及、均霑化することが必要である。さらに、医療機関以外の精神保健福祉センター、民間支援団体等の性質の異なる機関で広く実施することが望まれる。

以上のような背景にて、本研究はギャンブル障害の標準的治療プログラムを普及するための研修会を計画、開催して治療技法の普及と均霑化を図ることを目的とする。さらに本研究では、評価尺度 J-GGPPQ を用いて研修の前後で回答を得て、研修の効果を検証した。

B. 研究方法

ギャンブル障害の治療プログラムを普及するための研修会を実施して治療プログラムや家族支援に関する手法の普及と均霑化を図る。初年度は、平成 30 年度の日本医療研究開発機構研究班で開発され、ランダム化比較試験によって有効性が確認された認知行動療法プログラムを普及させるための研修プログラム案を作成した。研修は、2 年目から実施する予定であったが、新型コロナウイルス感染拡大のため、実施することができず、3 年目に対面で研修を実施した。

研修効果検証には、J-GGPPQ (Japanese Version of the Gambling and Gambling Problems Perception Questionnaire) を用いた。J-GGPPQ は、

Takano A らによって標準化された日本語版 Drug and Drug Problems Perception Questionnaire²⁾ という薬物依存の支援に関する援助者の態度を測定する評価尺度をギャンブル用に改編して小原らによって作成された評価尺度³⁾である。20 間からなる自記式の尺度であり、リッカート法による 7 段階の尺度である。下位尺度は、「知識とスキル」、「役割認識」、「相談と助言」、「仕事満足と自信」、「患者の役に立つこと」の 5 つの下位尺度から成る。

参加者には、研修の前後で J-GGPPQ への回答を求め、研修前には、性別、職種、居住地、ギャンブル障害支援の経験年数に関する回答を求めた。

(倫理面への配慮)

研修プログラムの効果の検証のため、J-GGPPQ を含むアンケートへ無記名で回答を求めるについて久里浜医療センター倫理審査委員会の承認を得て実施した。研修受講者には、アンケートへの協力は任意であること、協力しなくても不利益はないことの他、研究の意義、方法について説明し、回答をもって同意とみなした。

C. 研究結果

1) 研修の実施

研修の目的は、「ギャンブル依存症者に対して積極的な援助ができるようになるとともに、認知行動療法に基づくギャンブル依存症治療プログラム（依存症集団療法）を実施するための知識及び技能を身につけて、ギャンブル依存症に対する治療を実施できる医療従事者を増やし、全国各地における医療体制を構築することを目的とする。なお、本研修は、2020 年度診療報

酬改定にて収載された「依存症集団療法」の算定要件となる。研修の課題は、「ギャンブル依存症者の臨床的特徴と治療に関するエビデンスを理解し、認知行動療法の実際を学ぶ」である。

プログラムの内容は、講義と実習から成る。講義や実習の内容を表1に示す。講義は、1. ギャンブル障害の概念・実態・診断（ギャンブル依存症の疫学、特徴、精神医学的特性を含む）（60分）（精神科医師担当）、2. ギャンブル障害の治療総論（ギャンブル依存症に関連する社会資源を含む）（60分）（精神科医師担当）、3. ギャンブル障害の認知行動療法概論（ギャンブル依存症に対する集団療法の概要と適応、集団療法参加患者に対する外来対応上の留意点を含む）（60分）（精神科医師担当）、実習は標準的治療プログラムの内容に沿ったもので、まず、役者の演じるロールプレイの画像を各セッションの開始に10～15分間程度視聴して、担当者が内容や目的について解説した後、参加者同士のロールプレイを実施した。内容は、Session1 ギャンブル障害について説明とバランスシート作成（動画視聴と解説10分+質疑応答5分+ロールプレイ35分）（精神科医師および公認心理師担当）、Session2 ギャンブルの引き金の同定（動画視聴と解説10分+質疑応答5分+ロールプレイ35分）（精神科医師および公認心理師担当）、Session3 ギャンブルの引き金への対処とギャンブルの渴望（動画視聴と解説10分+質疑応答5分+ロールプレイ35分）（精神科医師および公認心理師担当）、Session4 生活の再建と代替行動（動画視聴と解説10分+質疑応答5分+

ロールプレイ35分）（精神科医師および公認心理師担当）、Session5 ギャンブルに対する考え方のくせ（動画視聴と解説10分+質疑応答5分+ロールプレイ35分）（精神科医師および公認心理師担当）、Session6 まとめと復習（動画視聴と解説10分+質疑応答5分+ロールプレイ35分）（精神科医師および公認心理師担当）である。

研修は、令和3年度に2回実施した。1回目は、令和3年11月4日から5日、2回目は令和4年3月3日から4日であり、場所はいずれも品川の会議室にて、感染予防対策を十分に行った上で、対面で開催した。参加者の職種別の分布を表2に示す。

2) 研修の効果検証

アンケートに回答したのは、研修前41名、研修後は54名であり、研修前と後の双方に回答したのは、38名（男性23名、女性15名）であった。

研修の効果測定のために用いたJ-GGPPQ結果を表3に示す。研修前後で比較すると、合計点数および各下位項目の点数ともに有意に向上しており、研修の効果が示されたと考えられた。

表4には、依存症支援の経験年数を3年未満と3年以上に分けて比較した結果を示す。研修前は、知識とスキル、相談と助言、仕事の満足と自信といった下位項目で経験年数が長いものが短いものより、有意に点数が高いことが示された。この傾向は、研修後も同様であった。研修前後の点数の変化を経験年数別に対応のあるT検定で比較したところ、3年未満の経験の少ない受講生は、すべての項目で有意に点数が

向上したが、3年以上の経験者では、相談とスキル、仕事満足と自信、役割認識の下位項目は、有意な点数の増加が認められず、依存症支援の経験年数によって、研修の効果が異なる可能性が示唆された。また、表には示していないが、職種による点数の違いを検討したところ、研修前は、各下位項目で職種間の有意差は認められなかつたが、研修後の点数は、知識とスキルの下位項目のみ職種間で点数が異なっており、医師、臨床心理師は、看護師、精神保健福祉士より点数が有意に高かった。しかし、研修前後の点数の変化を職種間で反復測定分散分析を用いて比較したところ、いずれの下位項目にも有意差は認められず、職種を問わず効果が認められたことが示唆された。

D. 考察

本年度は、研修で用いる実習用の動画を作成して、研修を2回対面で実施した。また、研修の効果をJ-GGPPQを用いて検証し、依存症支援の経験年数によって効果が異なる可能性は示唆されたものの、すべての職種で研修前より研修後には、点数が向上しており、効果が認められた。本研修は「依存症集団療法」の算定要件となるため、来年度以降も引き続き、実施を継続する予定である。

E. 結論

ギャンブル障害の標準的治療プログラムを普及させるための研修プログラムを作成し、研修を実施し、効果を検証した。

参考文献

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. DSM-5. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 2013 (日本精神神経学会日本語版用語監修、高橋三郎、大野 裕監訳：DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル、医学書院、東京、2014)
2. Takano A, Kawakami N, Miyamoto Y, Matsumoto T: A study of therapeutic attitudes towards working with drug abusers: Reliability and validity of the Japanese version of the Drug and Drug Problems Perception Questionnaire. Archives of Psychiatric Nursing, 2015; 29:302-308.
3. 小原圭司、片山宗紀、佐藤寛志、白川教人、田辺等、小泉典章、本田洋子、馬場俊明：J-GGPPQ (Japanese Version of the Gambling and Gambling Problems Perception Questionnaire) を用いたギャンブル障害支援者研修の効果測定 日本アルコール関連問題学会雑誌, 2019; 21(1):199-205.

F. 健康危険情報

特にない。

G. 研究発表

1. 論文発表
英文
1) Ueno F, Matsushita S, Hara S, Oshima S, Roh S, Ramchandani VA,

- Mimura M, Uchida H: Influence of alcohol and acetaldehyde on cognitive function: findings from an alcohol clamp study in healthy young adults. *Addiction*. 2022;117(4):934–945.
- 2) Ueno F, Uchida H, Kimura M, Yokoyama A, Yonemoto T, Itoh M, Yumoto Y, Nakayama H, Matsushita S.: Increasing trend in the prevalence of alcohol-sensitive individuals with alcohol use disorder over the past 40 years. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2022; 76(1):32–33.

邦文

- 1) 松下幸生: ギャンブル障害（ギャンブル依存症）:本邦における現状と回復への取り組み 新薬と臨床 2021; 70巻 6号 76-82.
- 2) 松下幸生:高齢期のアルコール使用の医学的問題 老年精神医学雑誌 第32巻 第1号 :13–21、2021
- 3) 松下幸生、遠山朋海：高齢期のアルコール問題 日本アルコール関連問題学会雑誌 第22巻第2号 1-6, 2021

2. 学会発表

- 1) ギャンブル問題とうつの関係 松下幸生、樋口 進、第18回日本うつ病学会総会/第21回日本認知療法・認知行動療法学会シンポジウム 2021/7/8 オンライン、口頭
- 2) 介護現場のアルコール問題 松下幸生、真栄里 仁、新田千枝、樋口 進、第40回日本認知症学会学術集会、2021/11/26、オンライン、口頭

- 3) ギャンブル実態調査の概要について 松下幸生、新田千枝、遠山朋海、樋口 進、2021年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会、2021/12/18、三重、口頭
- 4) アルコール使用障害における非活性型 ALDH2 遺伝子頻度の変化および完全欠損症例 松下幸生、上野文彦、横山顕、木村 充、樋口 進、2021年度アルコール医学生物学研究会、2022/2/4、オンライン、口頭

H. 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

表1 研修プログラム

ギャンブル障害の標準的治療プログラム研修

日 時： 令和4年3月3日（木）～3月4日（金）

場 所： 品川フロントビル会議室

時間帯	内容	講師（敬称略）
12:00-13:00	受付	3月3日（木）
13:00-13:10	開講式	
13:10-14:10	ギャンブル障害の概念・実態・診断 (ギャンブル依存症の疫学、特徴、精神医学的特性を含む)	
14:10-14:20	休憩	
14:20-15:20	ギャンブル障害の治療総論 (ギャンブル依存症に関する社会資源を含む)	
15:20-15:30	休憩	
15:30-16:30	ギャンブル障害の認知行動療法概論 (ギャンブル依存症に対する集団療法の概要と適応、 集団療法参加患者に対する外来対応上の留意点を含む)	
08:00-09:00	受付	3月4日（金）
09:00-10:00	標準的治療プログラムsession1 ギャンブル障害について説明とバランスシート作成	
10:00-10:10	休憩	
10:10-11:10	標準的治療プログラムsession2 ギャンブルの引き金の同定	
11:10-11:20	休憩	
11:20-12:20	標準的治療プログラムsession3 ギャンブルの引き金への対処とギャンブルの渴望	
12:20-13:20	昼食	
13:20-14:20	標準的治療プログラムsession4 生活の再建と代替行動	
14:20-14:30	休憩	
14:30-15:30	標準的治療プログラムsession5 ギャンブルに対する考え方のくせ	
15:30-15:40	休憩	
15:40-16:40	標準的治療プログラムsession6 まとめと復習	
16:40	修了証書授与・閉講式	

※ 標準的治療プログラムsession1~6(実演10分+質疑応答+ロールプレイ35分)

講 師

樋口 進 久里浜医療センター 院長
松下 幸生 久里浜医療センター 副院長
松崎 尊信 久里浜医療センター 精神科医長
西村光太郎 久里浜医療センター 精神科医師
古野 悟志 久里浜医療センター公認心理師
岡田 瞳 久里浜医療センター公認心理師

蒲生 裕司 医療法人社団正心会よしの病院 副院長
橋本 望 岡山県精神科医療センター 医局長
宋 龍平 岡山県精神科医療センター 精神科医師

表2 職種別参加者数

職種	第1回	第2回
医師	53	46
看護師	30	16
公認心理師	14	11
作業療法士	15	12
精神保健福祉士	16	5
合計	128	90

表3 研修の効果検証（J-GGPPQ の研修前後比較）

J-GGPPQ 得点	研修前		研修後		p
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
合計	82.29	15.19	90.79	11.45	< 0.0001
知識とスキル	27.76	10.66	35.61	6.44	< 0.0001
役割認識	10.03	2.32	10.68	2.18	0.0198
相談と助言	13.53	3.77	14.63	3.40	0.0015
仕事の満足と自信	20.24	3.69	21.74	3.34	0.0013
患者の役に立つこと*	10.74	3.58	8.13	3.26	< 0.0001

*この下位尺度のみ逆転項目であり、点数が低いほど患者の役に立つという自信が強い

表4 研修前後のJ-GGPPQ点数（依存症支援の経験の長短による比較）

依存症支援の経験年数	研修前			研修後		
	3年未満 (N=24)	3年以上 (N=14)		3年未満 (N=24)	3年以上 (N=14)	
J-GGPPQ 得点	平均値 (SD)	平均値 (SD)	p	平均値 (SD)	平均値 (SD)	p
合計	84.25 (16.47)	107.50 (13.40)	<.0001	102.08 (14.86)	114.14 (12.08)	0.0142
知識とスキル	22.79 (9.05)	36.29 (7.39)	<.0001	33.33 (5.78)	39.50 (5.76)	0.0030
役割認識	9.63 (2.46)	10.71 (1.94)	NS	10.71 (2.07)	10.64 (2.44)	NS
相談と助言	12.04 (3.77)	16.07 (2.06)	0.0001	13.545 (3.66)	16.50 (1.79)	0.0020
仕事の満足と自信	19.17 (3.36)	22.07 (3.60)	0.0169	21.04 (3.52)	22.93 (2.73)	NS
患者の役に立つこと	20.63 (3.62)	22.36 (3.34)	NS	23.46 (3.41)	24.54 (2.95)	NS

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
ギャンブル等依存症の治療・家族支援に関する研究（19GC1016）

令和3年度分担研究報告書
ギャンブル等依存症の治療・家族支援に関する研究
ギャンブル障害の連携マニュアル作成ニーズ調査とツール作成－

研究分担者 佐久間寛之 国立病院機構さいがた医療センター 院長

研究協力者

田中和彦 日本福祉大学福祉経営学部 医療・福祉マネジメント学科准教授

西念奈津江 小倉悠治法律事務所 ソーシャルワーカー

福田貴博 医療法人見松会あきやま病院 精神科医師

前田大輝 医療法人見松会あきやま病院 作業療法士

伊東寛哲 国立病院機構久里浜医療センター 精神科医師

福森崇之 国立病院機構さいがた医療センター 精神科医師

藤田啓暉 国立病院機構肥前精神医療センター 精神科医師

佐久間みのり 国立病院機構さいがた医療センター 精神保健福祉士

青木梨恵 国立病院機構さいがた医療センター 公認心理師

野村照幸 国立病院機構さいがた医療センター 公認心理師

永田貴子 佐賀県精神保健福祉センター 所長

大森順基 国立病院機構さいがた医療センター 精神保健福祉士

阿部かおり 国立病院機構さいがた医療センター 看護師

【研究要旨】

[背景] ギャンブル障害の治療・支援には多職種連携、多機関連携、自助グループや家族グループを含む地域の各資源の連携といった連携体制の構築が不可欠である。しかしギャンブル障害の連携態勢は地域ごとにはらつきが大きい。ある程度の人口があり資源が存在する大都市部をのぞけば、大半の地域ではいまだ不十分なままである。しかし連携態勢、とくに地域連携について公的な提言は今までなかった。本研究の目的は各地域でのギャンブル障害の連携を調査し、実現可能な連携マニュアルを作成・提案することである。

[方法] 全国の精神保健福祉センター⁷² 施設を対象にギャンブル問題に対する地域資源、センターで行っている取り組み、問題点などを調査した。調査結果を解析し、その結果から考え得るギャンブル障害の連携マニュアルのあり方を模索した。

[結果] 記述統計からは、全国の精神保健福祉センターはギャンブル等依存症の支援に関し、職員の研修を行い、地域の家族向けあるいは本人向けの資源を把握し、医療機関の数や特性(入院可能かどうか、プログラムを行っているかなど)の情報を得ていた。一方で拠点医療機関に対する評価はあいまいであった。相関分析および重回帰分析の結果からは、医療資源をはじめとするさまざまな資源が増えれば連携は高まるが、もっとも重要な要素はどの病院がプログラムを有しているかなどの情報を、ふだんからセンターが知っていることが重要だと推測された。自由回答からは、専門医療機関の不足、および病院や回復施設、あるいは事業者も含めた様々な組織・資源との連携不足が問題点として挙げられた。記述統計および相関分析、重回帰分析との結果ともあわせ、地域でギャンブル等依存症の診療を行う専門医療機関、拠点医療機関がニーズに対して不足していることが判明した。また、連携の不足を挙げる回答も 22 施設と多く、多くのセンターが連携不足を問題視していることも分かった。またその他の記述回答からは、地域の事情がそれぞれに異なり、ニーズも多種多様であることがうかがえた。

[考察] 調査結果から①各精神保健福祉センターの取り組みはすでにかなり進んでいること、②専門医療機関の不足、連携不足、③ふだんからの資源間のコミュニケーションや情報共有が連携に寄与する可能性、の三点が示唆された。各地域の規模や地域性を前提に考えれば、一律の連携マニュアルを作成することは不可能である。そのため地域連携の手法として、各資源が平等な立場で相互理解を深め、コミュニケーション強化し、さらには対象理解を深めるための「問題解決しない事例検討会」を提案する。それを適切に実行するためのマニュアル(リーフレット)を本分担班の成果物とする。対象理解を目的とし、あえて「問題解決しない」ことを明言した事例検討会を開くことによって、地域の連携体制が強化され、また対象理解を通じてまだまだ世間や医療者、支援者に根強い忌避感情やステigmaの解消にもつながると考える。あえて問題解決をしないことを掲げることで、一部の強い発言に流されることなく、参加者が意見を述べやすい工夫をした。地域でのネットワーク作りのきっかけとなることが期待できる。今後は本マニュアルを用いたワークショップや全国での事例検討会の開催を企画している。

A. 研究目的

ギャンブル障害の治療・支援には多職種連携、多機関連携、自助グループや家族グループを含む地域の各資源の連携といった種々のレベルでの連携体制構築が不可欠である。ギャンブル障害の治療に関する国内論文や総説でも連携体制の必要性が繰り返し述べられており、またギャンブル等依存症対策基本法(平成 30 年法律第 74 号)第 20 条にお

いても、地域における包括的な連携協力体制を構築することと明示されている。また当該連携協力体制には、専門医療機関やその他の医療機関、精神保健福祉センター、保健所、財務(支)局・地方公共団体の多重債務相談担当課、消費生活センター、日本司法支援センター、司法書士会等、市区町村、自助グループ・民間団体、関係事業者等が参加することとされている(基本計画第 2 章「IV 第 1

各地域の包括的な連携協力体制の構築」)。当分担班はこれを受けて、各地域に連携協力体制を構築することを目的とした地域連携マニュアルの作成を試みた。「地域連携マニュアル」を、ギャンブル等依存症対策基本法にある「地域における包括的な連携協力体制」を実現するための方策と広く考え、フローチャート式の手順書・説明書にとどまらない、各地域でフレキシブルに活用できる手引きの作成を試みた。

またその前段階として、以下の 2 点も目的とした。

1. ギャンブル障害の相談機関において一定の質を担保するための、汎用性の高いインテークシートの作成(初年度)。
2. ギャンブル障害の地域連携に関する実態調査を行い、地域の資源の過不足、コミュニケーションや連携の実態調査、およびそこから浮かび上がる連携ニーズの調査(2 年年度)。

本項では 3 年度の成果物であるギャンブル障害に対する地域での包括的な連携協力体制の構築手法を、その前提となる連携ニーズ調査の結果の後に報告する。

B. 研究方法

1. 調査対象者

ギャンブル障害の地域連携の資源や連携の実態を把握するため、全国の精神保健福祉センターを対象にアンケート調査を実施した。当研究の趣旨と調査協力の依頼を精神保健福祉センター長会議に諮っていただき、全国の精神保健福祉センター長を通じて各センターに回答を依頼した。回答には回答したギャンブル問題相談担当者の性別、年齢、ギャンブル問題実務担当年数、保有資格を問うたが個人識別情報は含まなかつた。

2. 調査方法

はじめに精神保健福祉センター長会を通じ、各精神保健福祉センターに対して本調査の協力依頼を行った。回答は他の研究でも web 調査実績を持つ SurveyMonkey(jp.surveymonkey.com)を使用して行った。調査は 2021 年 3 月 23 日から 2021 年 6 月 1

日まで行われ、72 の精神保健福祉センターから回答を得た。

3. 測定項目

調査は調査サイト SurveyMonkey を通じ、以下の項目を設問として問うた。所属機関や職業(職種)、実務経験年数といった回答者の属性、管轄地域内のギャンブル等依存症を扱う病院の数、ギャンブル等依存症の治療拠点機関数、回復施設の数や回答施設でギャンブル障害の研修を受けた職員数、ギャンブル等依存症の連絡会や事例検討会の開催頻度などの資源に関する設問、ほかに自由記述回答 4 項目を含めた合計 16 項目の設問を設置した。(表 1 参照)。

4. 統計学的解析

本調査は精神保健福祉センターにおける現状や医療機関等との連携について検討することを目的としている。そのため、以下の手続きで分析を行うこととした。

- ① 記述統計および度数分布によって現状について把握を試みた。
- ② 「ギャンブル等依存症に関して相談可能な医療機関の数」を結果因子とし、それに影響を与える説明因子を相関行列によって探索した。
- ③ 上記で探索された説明因子が相談可能な医療機関数にどの程度の影響を及ぼすのかを、重回帰分析によって調べた。
- ④ 自由記述の内容を分析した。

統計には JMP Ver. 16.2 Macintosh 版を使用した。

3. 倫理面への配慮

本研究を実施するに当たり、各精神保健福祉センターに研究の概要と説明文書を送付した。研究の目的については web サイト冒頭にも研究概要に記載し、説明文書では調査が無記名であること、結果は統計的に処理されること、個人が特定されることや不利益が生じることはないこと、研究への同意はアンケートの返送を持って代えることについての説明等を記載した。以上の配慮をもって、国立病院機構さいがた医療センター倫理審査委員会の承認(承認番号:21-5)を得て、調査の実施と分析を行つ

た。

C. 研究結果

① 1. 記述統計

(ア) 職種

参加者は合計で 67 名であり、各職種について表 2 と図 1 に示した。心理職が 22 名(33%)、保健師が 14 名(21%)、精神保健福祉士が 8 名(12%)、相談員が 5 名(7%)、医師が 4 名(6%)、社会福祉職が 2 名(3%)、看護師が 1 名(2%)、作業療法士が 1 名(1%)、その他が 10 名(15%)であった。

(イ) 実務経験年数

実務経験年数の平均値は 11.8 年($SD=11.75 \pm 9.44$ (最小 0 年～最大 33 年)であった。5 年毎にまとめて表記した実務経験年数について表 3 と図 2 に示した。0 年から 5 年の実務経験者は 25 名(38%)、6 年から 10 年の実務経験者は 9 名(14%)、11 年から 15 年の実務経験者は 9 名(14%)、16 年から 20 年の実務経験者は 11 名(17%)、21 年から 25 年の実務経験者は 6 名(9%)、26 年から 30 年の実務経験者は 3 名(4%)、31 年以上の実務経験者は 3 名(4%)であった。

(ウ) 相談できる医療機関数、入院可能な医療機関数、専門プログラムを有する医療機関数、治療拠点機関数

相談できる医療機関数、入院可能な医療機関数、専門プログラムを有する医療機関数、治療拠点機関数について、表 4 と図 3～10 に示した。

相談できる医療機関数については、1 機関と 2 機関を有する数が最も多くそれぞれ 19 名(28%)ずつあり、次いで 6 機関以上(それ以上)が 13 名(19%)、3 機関が 7 名(11%)、4 機関となしが 2 名(3%)ずつ、5 機関が 1 名(2%)であった。

入院可能な医療機関数は 1 機関が 25 名(37%)と最も多く、次いでなしの 18 名(27%)、2 機関の 13 名(19%)、不明 6 名(9%)、3 機関の 3 名(4%)、4 機関以上(それ以上)の 1 名

(2%)、無回答の 1 名(2%)であった。

専門プログラムを有する医療機関数については、1 機関が最も多く 24 名(36%)、次いで 2 機関が 17 名(25%)、なしが 10 名(15%)、不明が 7 名(10%)、3 機関が 4 名(6%)、4 機関が 3 名(5%)、5 機関以上(それ以上)が 2 名(3%)であった。

治療拠点機関数については、1 機関が最も多く 30 名(45%)、次いでなしの 28 名(42%)、2 機関の 7 名(10%)、3 機関の 1 名(2%)、4 機関以上(それ以上)の 1 名(1%)であった。

(エ) 治療拠点病院についての評価

各都道府県や政令指定都市において、依存症治療拠点病院がギャンブル等依存症の治療を担う上でその役割を果たしているか検討するため、治療拠点機関数の回答を求めた上で、それらが「依存症治療拠点機関としての役割を果たしていると思われますか」と尋ねた。「果たしている」「果たしていない」「どちらとも言えない」から選択をするよう求め、結果は「果たしている」が 31 名(46%)と最も多く、次いで無回答の 25 名(37%)、「どちらとも言えない」の 10 名(15%)、「果たしていない」の 1 名(2%)であった(表5、図11～12)。

② 各因子の相関

各因子の相関を表 25 に示した。表内の数値は spearman の順位相関係数を示す。相談可能な医療機関数と相関を示した因子は専門プログラムを持つ入院可能な医療機関の数($\rho=0.45$, $p<0.05$)、専門プログラムを持つ医療機関数($\rho=0.56$, $p<0.01$)であった。家族支援団体数($\rho=0.28$, $p<0.05$)、研修受講職員数($\rho=0.29$, $p<0.05$)も有意確率は 0.05 未満であったが、相関係数は低く、ほぼ無関係と思われた。ほかにも入院可能な医療機関数と専門プログラムを持つ医療機関数の間に相関が見られた($\rho=0.64$, $p<0.01$)が、これは入院可能な医療機関は同時に専門プログラムも有していることが多いと推察されるため、相関は当然と思われた。また家族支援

団体数と回復施設数の間にも有意な相関が見られた($\rho = 0.43$, $p < 0.01$)。

③ 相談可能な医療機関数に影響を与える因子の検討

各精神保健福祉センターが回答した「相談可能な医療機関の数」を連携の指標ととらえ、連携に寄与する因子を特定するために重回帰分析を行った。相談可能な医療機関数を従属変数とし、前述の相関分析によってある程度の相関がある変数を説明因子として最小2乗法による重回帰分析を実施した。結果を表26、図31に示す。説明因子の中で唯一、プログラムを実施している医療機関数のみが連携に寄与する因子として統計学的に有意であった(標準 $\beta = 0.63$, $p < 0.01$)。それ以外の因子は、連携の寄与因子として統計学的に有意差は見られなかった。

④ 自由記述の内容分析

自由記述の分析について、図32に示した。全回答中、1/3以上にあたる27施設で「専門医療機関の不足・偏在」が問題点として挙げられた。次いで公営競技などの事業者を含め、各資源間の連携不足を問題点として挙げる回答が22件を占めた。上記2点が問題点としては最多で、3番目としては回復施設の不足を挙げる施設が6件見られた。

D. 考察、結論

記述統計からは、各精神保健福祉センターおよび所属自治体ではギャンブル問題の対応にあたり、十分に態勢を整備している状況がうかがえた。対応職員は臨床心理士などの有資格者で平均勤務期間1.8年のベテラン職員であり、相談できる医療機関の数も1機関以上が98%を占め、まったくないという回答は2施設(全体の3%)に過ぎなかった。入院可能な医療機関の数も、62%が1機関以上と回答していた。治療拠点機関数もゼロという回答が42%あったものの、58%が1機関以上と回答していた。家族を対象とした支援団体についてもほとんどの精神保健福祉センターが1機関以上を認識していた。当事者向けの回復プログラムも76%の精神

保健福祉センターが有しており(表9、図18)、家族対象のプログラムも55%が有していた(表10、図19)。債務整理についての相談先も58%が有しており(表9、図18)、貸し付け自粛制度についても91%が制度を知っている(表12、図21)。スタッフのトレーニングについても、研修を受講したスタッフがゼロという回答ではなく、3%の不明回答をのぞけばほぼ全数がスタッフのギャンブル研修を受講していた(表13、図22~23)。また連絡会や事例検討会なども69%が実施していた(表14、図24)。

治療拠点病院についての評価は、「果たしていない」とする回答は2%に過ぎず、「果たしている」(46%)が最多であった。しかし「どちらとも言えない」(15%)と無回答(37%)を合計すると52%であり、治療拠点病院についての評価はほぼ2分された。

【小括】

全国の精神保健福祉センターはギャンブル等依存症の支援に関し、職員の研修を行い、地域の家族向けあるいは本人向けの資源を把握し、医療機関の数や特性(入院可能かどうか、プログラムを行っているかなど)の情報を得ていた。一方で拠点医療機関に対する評価はあいまいであった。

相関分析の結果からは、連携の指標とした「相談可能な医療機関数」と有意な相関を示した因子は、入院可能医療機関数、専門プログラムを持つ医療機関数、家族支援団体数、研修受講職員数であった。相関を示した各因子のような医療資源、家族支援団体が多ければ、それだけ連携も多くなると考えられる。また研修受講職員数が多ければセンターとしての連携スキルが向上し、相談可能な医療機関数の数と相関を示すと考えられる。

しかし相談可能な医療機関数を従属変数とした重回帰分析では、連携の指標である「相談可能な医療機関数」の寄与因子として統計学的に有意であったのは「専門プログラムを持つ医療機関数」のみであった。治療拠点機関の数は、連携の指標に対して有意な寄与を示さなかった。

これは二つの可能性が考えられる。ひとつは、拠点機関の数が少なかったために統計学的に有意では

なかった可能性である。全回答のうち治療拠点機関数はゼロないし 1 が大半であり、統計学的解析に対して数が不足している。

もう一つは、治療拠点機関数の数よりも、実際に「プログラムを持つ医療機関数」の方が連携の指標としては大きな影響を与えていたという可能性である。では「プログラムを持つ医療機関数」が連携に影響を与えていたとは、どう解釈するか。地域内にプログラムを持つ医療機関が増えれば、それが連携につながると解釈するか。今回の重回帰分析の結果は、回答者がふだんからどの医療機関がギャンブル等依存症のプログラムを行っているかを知っているという、「風通しのよさ」を表しているとも考えられる。今回の回答の中には、治療拠点機関数がゼロであるにも関わらず専門プログラムを持つ医療機関数は 4、相談可能な医療機関数も 4 と回答したセンターもあった。これなどは、ふだんから圏域内のどの医療機関が、治療拠点機関ではないにもかかわらずプログラムを行っているかどうかをよく知り、連携が取れている例と考える。逆に、治療拠点機関数が 2 であるのに相談可能な医療機関数が 1 と回答したセンターもあった。これなどは、治療拠点機関とセンターとの連携があまりうまく行っていない可能性が考えられる例である。

【小括】

相関分析および重回帰分析の結果からは、医療資源をはじめとするさまざまな資源が増えれば連携は高まるが、もっとも重要な要素はどの病院がプログラムを有しているかなどの情報を、ふだんからセンターが知っていることが重要だと推測された。

自由回答からは、専門医療機関の不足、および病院や回復施設、あるいは事業者も含めた様々な組織・資源との連携不足が問題点として挙げられた。記述統計および相関分析、重回帰分析との結果ともあわせ、地域でギャンブル等依存症の診療を行う専門医療機関、拠点医療機関がニーズに対して不足していることは否めない。また、連携の不足を挙げる回答も 22 施設と多く、多くのセンターが連携不足を問題視していることも分かった。

またその他の回答からは、地域の事情がそれぞれ

に異なり、ニーズも多種多様であることがうかがえた。

1. まとめとギャンブル等依存症連携マニュアルの提言

以上の結果および考察から、われわれは以下のように結論づけた。

ほとんどの精神保健福祉センターはギャンブル障害の支援のために相談体制やプログラムを整備し、ニーズに応えようとしている。しかし専門医療機関の不足、連携不足が大きな問題である。一方で、実際の連携に寄与するのは必ずしも専門医療機関の数ではなく、どれだけふだんからコミュニケーションが取れ、相互に情報を共有できているかどうかである。

言いかえれば、センターを含めた資源間のコミュニケーションおよび相互理解を促進することが、連携体制の強化につながる。

しかし今回の重回帰分析の結果からは、事例検討会や連絡会といったコミュニケーション強化因子は連携の指標に寄与しなかった。より質の高い、効果的なコミュニケーション手法が求められる。

一方で、地域による支援や治療体制の多様性も判明した。医療資源や回復資源が豊富な都市部もあれば、ほとんどない中で支援を行っている地域もある。また今回の調査だけでは分からぬが、対象者個別の背景や各資源へのアクセス性、あるいは地域性といった要素が支援や治療に及ぼす影響も大きい。

そのような前提に立てば、大都市部・県庁所在地から周辺部、山間部まで一律な連携マニュアルを整備するのは現実的ではない。仮に作成したとしても地域の実情、ニーズに沿わず、使いづらいものになることが予想される。

ギャンブル障害に対する連携体制は理念や目標は共通でありながらも、各支援機関や医療機関それぞれの地域性や実状に適合した、それぞれの地域の連携体制構築が必要である。

そのためには一律の連携マニュアルではなく、各地域それぞれの連携促進を効率的に行うためのアイディア、方策が必要である。

ギャンブル障害に対する地域での包括的な連携協力体制の構築手法—問題解決しない事例検討会の提案—

1. 提案にあたり

本分担班の調査および解析からは、連携に寄与する因子として有意差を示したのはどの医療機関がプログラムを有しているかを知っているという情報の数のみであり、本来コミュニケーションや相互連携体制の強化を目的としているはずの連絡会・事例検討会の開催数などは寄与しないという結果であった。では事例検討会や連絡会は役に立っていないのか。われわれはそうではないと考える。通常自治体等で行われる連絡会や事例検討会は、メリットと同時に様々な問題点がある。メリットは対面で他の資源の参加者から生の声が聞ける点が最大であろう。問題点は、コミュニケーションを目的とした会であるはずが、参加者間のコミュニケーションが十分に取れることである。実際に地域のギャンブル問題に関わってきた分担班メンバーに共通の経験として、声が大きい人の意見や医師など専門性の高い立場からの発言が目立つと、コメディカルや非医療者は発言しにくくなる点があげられた。資源間のコミュニケーションと相互理解が連携に寄与する因子であることは、本研究の解析結果からも言えることである。したがって包括的な連携協力体制を構築するためには、いかに立場による上下関係やヒエラルキーのない、良質なコミュニケーションと相互理解を連絡会・事例検討会で実践できるかが鍵である。

2. ギャンブル等依存症治療の課題

① ギャンブル等依存症の患者数に対して対応できる医療資源や治療法が圧倒的に少ない。

i) 専門医療機関はまだ不足している。

ギャンブル等依存症が依存症にカテゴライズされたこと自体が、2013年のことであり、依存症対策としての歴史が浅い。米国精神医学会による精神障害の診断・統計マニュアル第5版(以下 DSM-5)にて、初めて依存症のカテゴリーに含まれたのである。また、世界保健機関の国際疾病分類の第11回改訂版(以下 ICD-11)も2018年に公表され、先のDSM-5と同じく、ギャンブル等依存症が依存症のカ

テゴリーに含まれることになったのである。国内では、2018年に、ギャンブル等依存症対策基本法が制定された。この法律は、先に制定されたアルコール健康障害対策基本法と連携している部分が多い。この基本法の中で、ギャンブル等依存症の治療を行う専門医療機関を医療圏ごとに一つ選定し、またこれらの専門医療機関を取りまとめたり、依存症治療に携わる人材育成のための研修会を実施するなどを担当する拠点医療機関を自治体ごとに選定すると定めている。また、専門医療機関、拠点医療機関は、アルコール、薬物、ギャンブル等の依存症ごとに選定することとなっている。まず、アルコール依存症の専門医療機関は全国で177病院の指定がある。ただし、自治体には差があり、3自治体は、専門医療機関の設置がない。次に、ギャンブル等依存症の専門医療機関は全国で78病院の指定がある。また、11自治体には、専門医療機関の設置がない(依存症対策全国センターHPより引用)。アルコール依存症がそもそも、治療ギャップが大きい疾患だといわれている。57万人と言われるアルコール依存症患者のうち、約12万人しか専門医療を受けていないという報告がある。さらに、ギャンブル等依存症に関しては、約70万人の依存症が疑われるもののうち、専門医療を受けているのは約3200人、つまり受診率0.46%となる。(厚生労働省HPより引用)トリートメントギャップが大きいアルコール依存症と比べても、いかにギャンブル等依存症のトリートメントギャップが大きいかがわかる数字である。本研究の結果からも、医療資源の不足は明らかである。

ii) ギャンブル等依存症に使用できる薬剤がない

ギャンブル等依存症自体の治療に保険適応がある薬剤が存在しない。一方、アルコール依存症には、古くから抗酒剤と呼ばれる薬剤が存在している。肝臓に作用し、アルコールを分解する酵素の働きを阻害することで、断酒を助ける薬である。また近年は抗酒剤とは異なる機能を持ち、脳内の飲酒欲求自体を緩和する薬剤も、国内で使用可能となっている。薬剤のみで依存症が改善するわけではないが、医療者、特に医師にとって、使用できる薬剤が

あるかどうかは、疾患に向き合う態度に影響があると考えられる。特に、依存症治療に馴染みがないものほど、使用できる薬剤がないことは、治療へ自信を持つなくなる可能性が高い。

Ⅲ) 世間だけでなく、医療者も忌避感情が強い

依存症そのものが「意思が弱い」「好きでやっているのだから、自己責任である」などと世間から誤解をされることが多く、依存症という疾患であることを理解し、受け入れられることは少ない。さらに、世間のみならず、医療者の中にも、同様の偏見を未だ持っているものは少なくない。

令和2年度 医療ソーシャルワーカー(MSW)における 依存症支援意識・実態調査 最終報告書では、MSW 約5000人へ行ったアンケート調査の結果が報告されている。まずは、「回収率 22.8% は、決して高いとは言えない。設問の多さやその内容、告知の仕方などに課題はあるものの、会員の依存症に対する関心の程度を表し、これも今の協会員の依存症における実態の一つと受け止められる。」とあり、医療者の依存症に対する関心の低さがうかがわれる。また、「現在の依存症問題への関わりのスタンス」では、「積極的にかかわっている」、「やや積極的にかかわっている」を合せると 50% である。一方、「どちらともいえない」、「できれば関わりたくない」が一応は相談対応している」を合せると 49.6% であり「積極的なスタンスと、積極的とは言い切れないスタンスの割合がほぼ同じである。」とあり、関わりたくないと考えている医療者が多いことがわかる。ギャンブル等に絞った質問を見てみると、「パチンコ・パチスロ依存についての関心」では、最も高いのが「まあまあある」の 40.1% であり、「強い関心がある」とを合せると 45.5% を占める。また、「あまりない」と「全くない」を合せると、49.3% であり、関心がないものが関心を持つものを上回る結果であった。こうした報告からも、医療者がギャンブル等依存症に忌避感情をもっていることが推察される。

② 医療が出来ることが少なく、生活支援の視点が必要である。

ギャンブル等依存症は、確かに精神的な疾患であり

治療を要するが、問題は多岐にわたり、生活支援としての視点や、治療へつなげるための入口という意識が必要である。例えば、ギャンブル等で困ったときに、最初から精神科を受診するものはごく少数であろう。ギャンブル等で借金が膨らんだ場合には、債務整理のために法律事務所や司法書士に相談に行く場合も想定される。また、患者が高齢であれば、介護の視点も必要となってくる。地域包括支援センター、相談支援事業所、ケアマネージャー等と連携をしていくのが重要となる。

③ 専門医療機関の不足すなわち連携困難ではないどの精神保健福祉センターも支援体制強化を行っているが専門医療機関の不足、連携不足を認識している。一方で拠点医療機関が少なくても連携を行っている地域もある。重回帰分析の結果からは、各医療機関の情報を把握し、良好なコミュニケーションが取れている地域は連携が多い可能性が示唆された。

3. ギャンブル等依存症治療の対策に求められる条件

上記から、ギャンブル問題の対策に対して以下の条件が求められる。

- ① 支援者の忌避感情をやわらげ、新規参入のハードルを低くする必要がある。
- ② カリスマを作るのではなく、ギャンブル等依存症の治療にかかわる人の底上げが必要である。
- ③ 医療者は少なく、医療ができることも限界があるため、地域包括支援センター、相談支援事業所、ケアマネージャー等と連携する必要がある。
- ④ 形式だけの抽象的な会議を行うだけではなく、連携を具体的にかつ実践的に、有効に機能させることが重要である。

4. ギャンブル等依存症治療の対策

本分担班に与えられた「ギャンブル障害の連携マニュアルを作成する」という課題を踏まえ、また条件を満たす対策は、事例検討会である。本分担班はこれまでの研究、分担班内の議論を経て「資源間のコミュニケーションと相互理解のための、問題解決を目

的としない事例検討会」を地域連携のためのメソッドとし、その事例検討会を的確に行うためのマニュアル作成を地域連携マニュアルとして提言する。

問題解決しない事例検討会はもともと、本分担班研究協力者の田中和彦、西念奈津江らが推進していた手法である。対象理解を目的とし、あえて「問題解決しない」ことを明言した事例検討会を開くことによって、地域の連携体制が強化され、また対象理解を通じてまだまだ世間や医療者、支援者に根強い忌避感情やスティグマの解消にもつながると考える。

そして「問題解決しない事例検討会」を効率的かつ効果的に運用するためのマニュアル(リーフレット)を本分担班の成果物とする。

作成に当たっては、対策に求められる条件①に鑑み、どの支援者、場合によっては当事者にもハードルが低く使いやすいマニュアルを目指し、硬い表現は避け、わかりやすく、親しみやすいキャラクターを用いるなどの工夫を取り入れた。

対策に求められる条件②に関しては、地域の中での事例検討会を考えると、声が大きい人の意見や、医師という立場を利用した発言が目立つと、コメディカルや非医療者は途端に発言しにくくなる。よって、あえて問題解決をしないことを掲げることで、一部の強い発言に流されることなく、参加者が意見を述べやすい工夫をしている。そのことで地域でのネットワーク作りのきっかけとなる。③に関しては、②と同じである。医療以外の方が、事例検討会に参加する場合は、ますます遠慮がちになるため、参加しやすい、発言しやすい工夫が大事である。

④については、事例検討会は、極めて具体的な話である。1例を通しての話し合いではあるが、事例を通して各施設の依存症に対する考え方や方針が透けて見えるのである。依存症対策全体の抽象的な話に終始するのではなく、個別の事例を通してこそ、具体的な連携が進むのである。

5. 今後の展開

単にマニュアルを製作しただけでは本分担班の目的は達成できない。今後、依存症対策センター事業に移管し、以下の取り組みを予定している。

- ① 本マニュアルを使用した「問題解決しない事

例検討会」のアルコール関連問題学会でのワークショップ開催。

- ② 全国の精神保健福祉センターと連携し、分担班メンバーが出向して各地域で「問題解決しない事例検討会」を開催する。
- ③ 実際に「問題解決しない事例検討会」に参加した方々に調査を行い、効果検証研究を行う。
- ④ その結果を踏まえ、改訂版を作成する。

6. まとめ

ギャンブル等依存症対策のために、当分担班は「問題解決をしない事例検討会」を提案する。治療者が少ないギャンブル等依存症治療のために地域の連携を活性化し、全体の底上げをするためには有効な方法であると考える。

そのためのマニュアル(リーフレット)を成果物として制作した。今後は普及のため本マニュアルを用いたアルコール関連問題学会でのワークショップや全国各地での「問題解決しない事例検討会」開催企画、効果研究、改訂版の作成を予定している。

健康危険情報

なし

E. 研究発表

なし

F. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表1. アンケート調査票

アンケート調査表

年 月 日

このたびはギャンブル障害に関して保健機関を対象としたアンケート調査を実施することになりました。
地域保健機関においてギャンブル障害の支援に携わる方々からのご意見を参考にさせていただきたいので、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

質問1

所属機関			
職種		性別	男性 · 女性
年齢	歳	経験年数	年

質問2 以下の質問事項について、あてはまる評価の□にチェックを入れてください。

質問事項	評価
1. あなたの地域にギャンブル障害に関して相談できる医療機関がいくつありますか。 数字でお答えください。	機関
2. あなたの地域にギャンブル障害の治療のための入院可能な医療機関はありますか。 数字でお答えください。	機関
3. あなたの地域にギャンブル障害の専門プログラムを有する医療機関はありますか。 数字でお答えください。	機関
4. あなたの地域にギャンブル障害の拠点医療機関はありますか。数字でお答えください。	機関
5. あなたの地域にギャンブル障害の家族を対象とした支援団体はいくつありますか。数字でお答えください。	機関
6. 上記の5について1以上の数字を記入された方にお尋ねします。支援団体は年に何回 程度、家族を対象とした会を開いていますか？数字でお答えください。	年 回 (概算で構いません)
7. あなたの地域にギャンブル障害の対応が可能な回復施設がいくつありますか。数字で お答えください。	施設
8. 所属機関で当事者を対象としたギャンブル障害の回復プログラムを有していますか。 「いる」か「いない」でお答えください。	いる · ない
9. 所属機関でギャンブル依存の家族を対象とした回復プログラムを有していますか。 「いる」か「いない」でお答えください。	いる · ない
10. ギャンブル障害に関する債務相談があった場合、お勧めできる相談先はありますか (弁護士など)。「ある」か「ない」でお答えください。	ある · ない
11. 所属機関にギャンブル障害の支援に関する研修(依存症対応相談指導者養成研修、地 域生活支援指導者養成研修など)を受講した職員は何名いますか。数字でお答えくだ さい。	名
12. あなたの地域でギャンブル障害に関する連絡会や事例検討会などを行っていますか。 数字でお答えください。全くない場合は「0」、年に1回以上でお答えください。	年 回 (概数で構いません)

あなたの地域でギャンブル障害（依存）の支援のために不足しているものはなんですか？

あなたの地域でギャンブル障害（依存）の支援の強みは何ですか？

13. ギャンブル障害の地域支援において、行政と医療機関の連携における改善点があれば、ご記載ください。

14. その他、ギャンブル依存の連携に関してご意見やご要望があればご記入ください。

これでアンケートは終わりです。ご協力ありがとうございました。
なお、この用紙は厳重に保管し、本来の目的以外には使用いたしません。

表 2. 各職種度数と割合

職種	人数 (n=67)	割合(%)
心理	22	33%
保健師	14	21%
その他	10	15%
精神保健福祉士	8	12%
相談員	5	7%
医師	4	6%
社会福祉職	2	3%
看護師	1	2%
作業療法士	1	1%

図 1. 各職種の人数

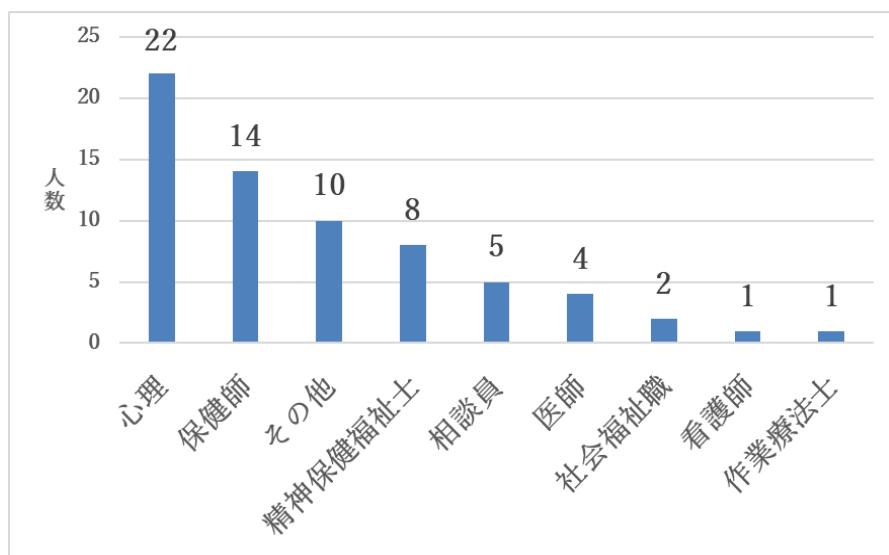


表 3. 実務経験度数

実務経験年数	人数(n=66)	割合(%)
0 年-5 年	25	38%
6 年-10 年	9	14%
11 年-15 年	9	14%
16 年-20 年	11	17%
21 年-25 年	6	9%
26 年-30 年	3	4%
31 年以上	3	4%

図 2. 実務経験年数

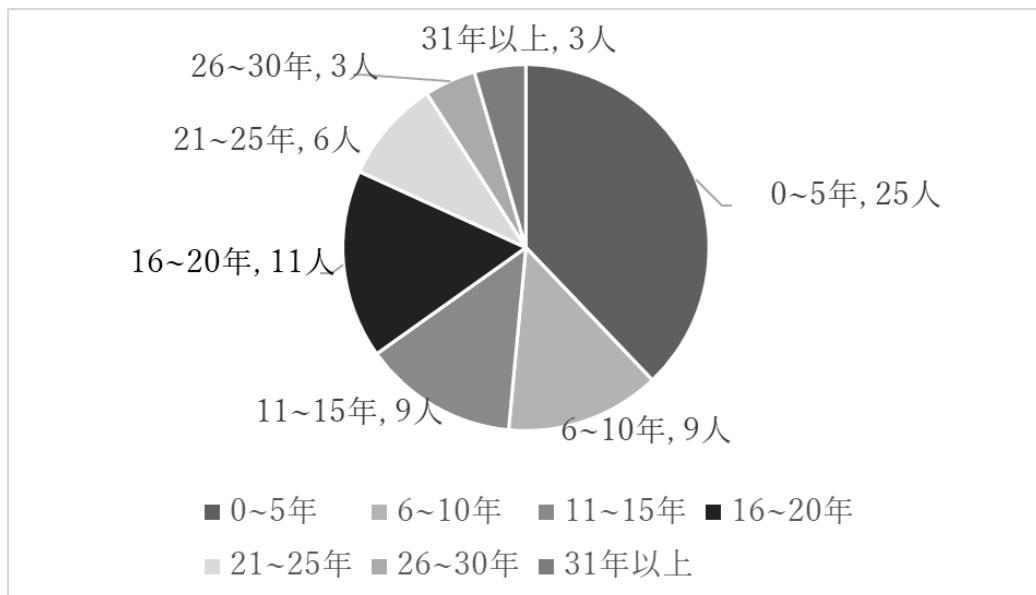


表4. 各都道府県におけるギャンブル等依存症関連施設数と割合 (n=67)

	相談できる 医療機関		入院可能な 医療機関		専門プログラムを有する 医療機関		治療拠点機関	
	度数	割合(%)	度数	割合(%)	度数	割合(%)	度数	割合(%)
なし	2	3%	18	27%	10	15%	28	42%
1機関	19	28%	25	37%	24	36%	30	45%
2機関	19	28%	13	19%	17	25%	7	10%
3機関	7	11%	3	4%	4	6%	1	2%
4機関	2	3%	-	-	3	5%	-	-
5機関	1	2%	-	-	-	-	-	-
それ以上	13	19%	1	2%	2	3%	1	1%
不明	-	-	6	9%	7	10%	-	-
無回答	4	6%	1	2%	-	-	-	-

図3. 相談できる医療機関数

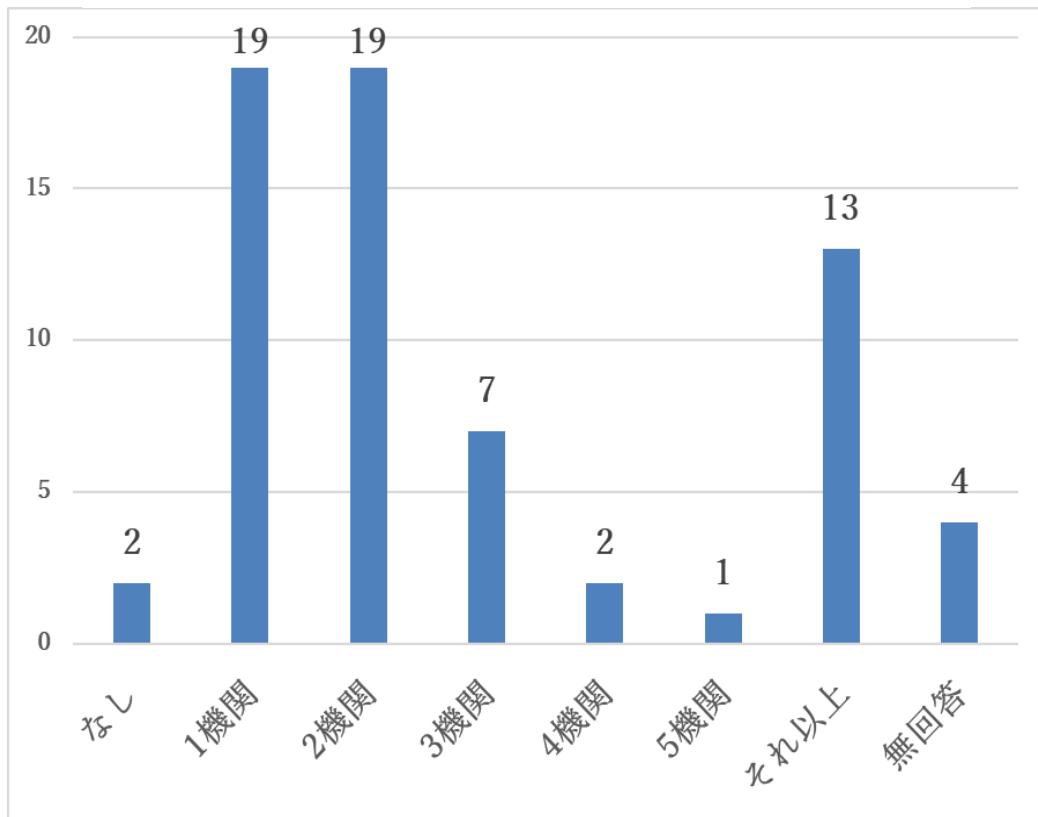


図4. 相談できる医療機関数の割合

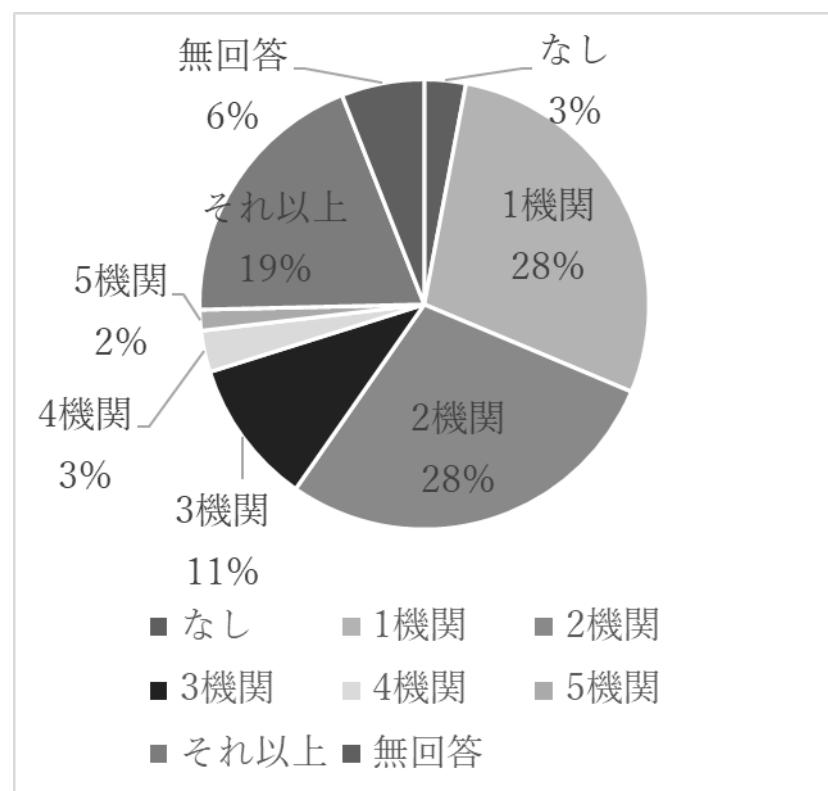


図5. 入院可能な医療機関数

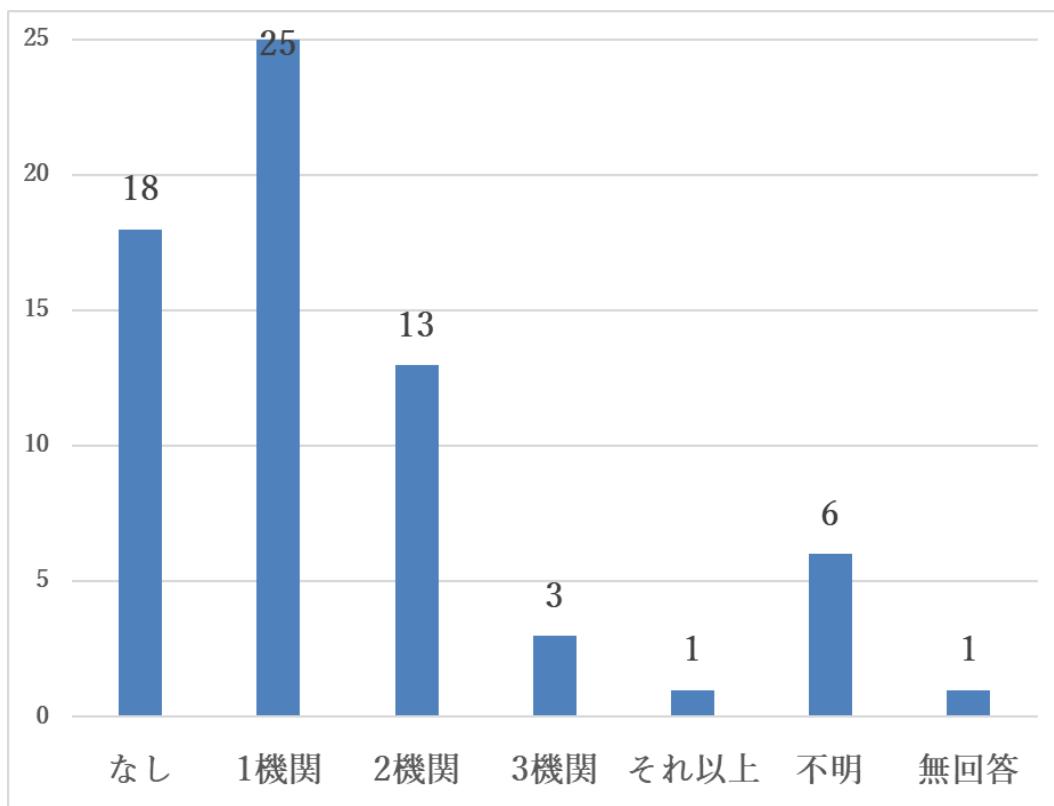


図6. 入院可能な医療機関数の割合

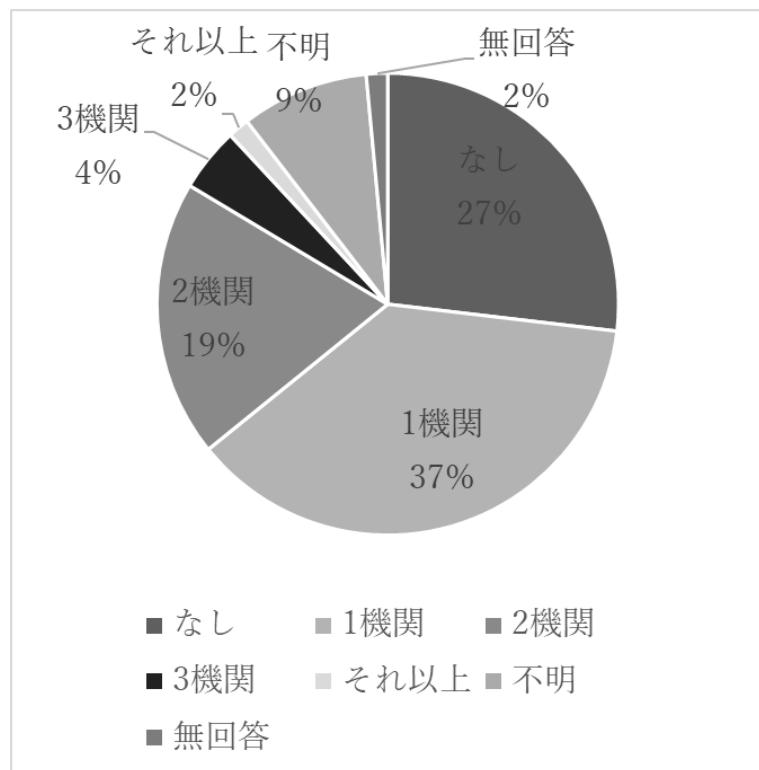


図7. 専門プログラムを有する医療機関数

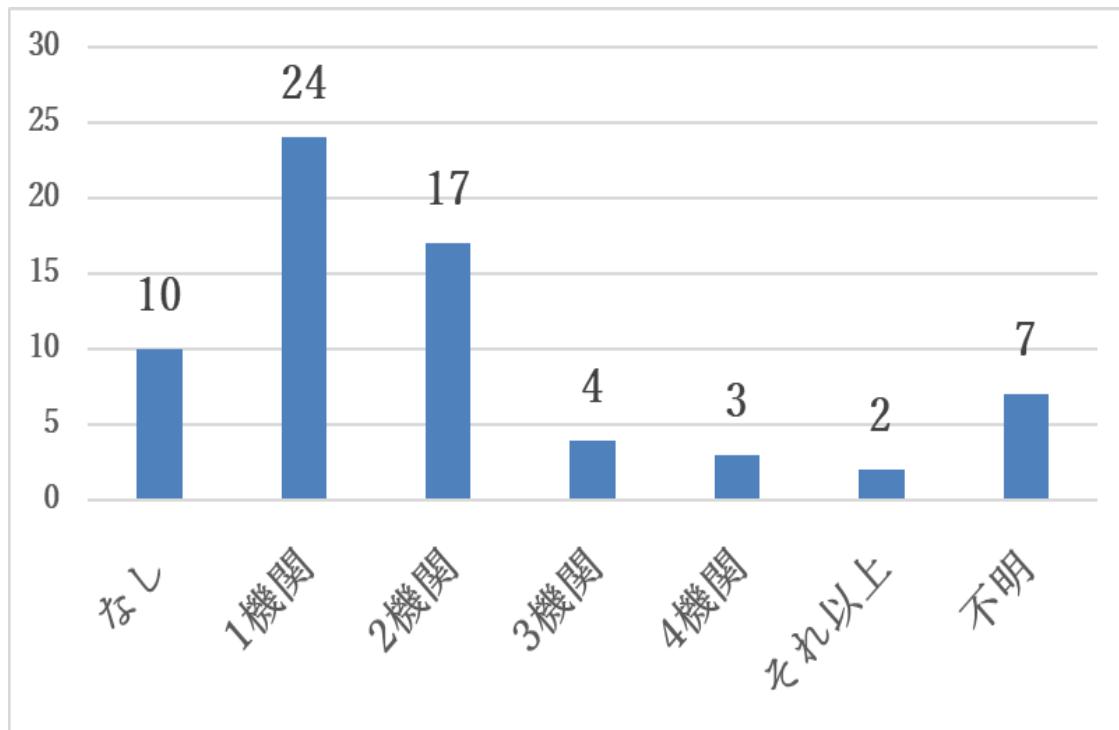


図8. 専門プログラムを有する医療機関数の割合

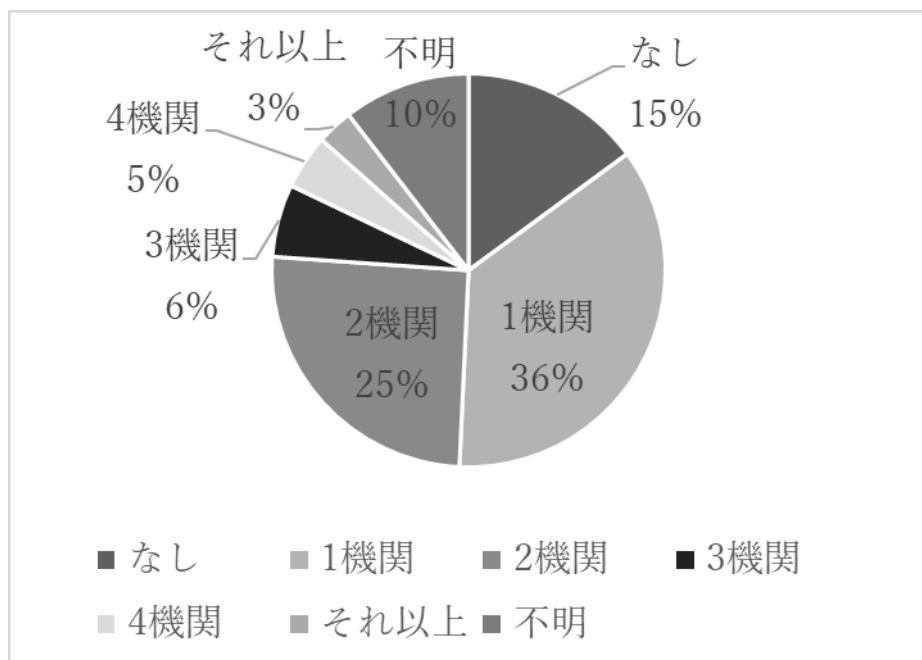


図9. 治療拠点機関数

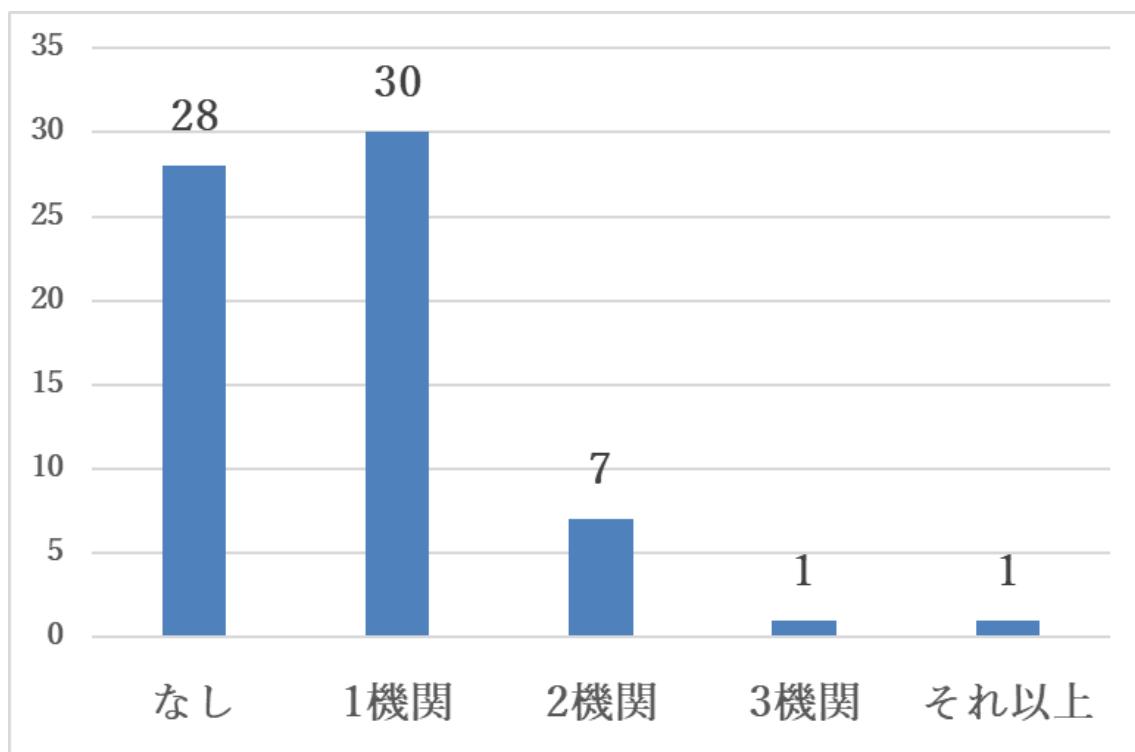


図 10. 治療拠点機関数の割合

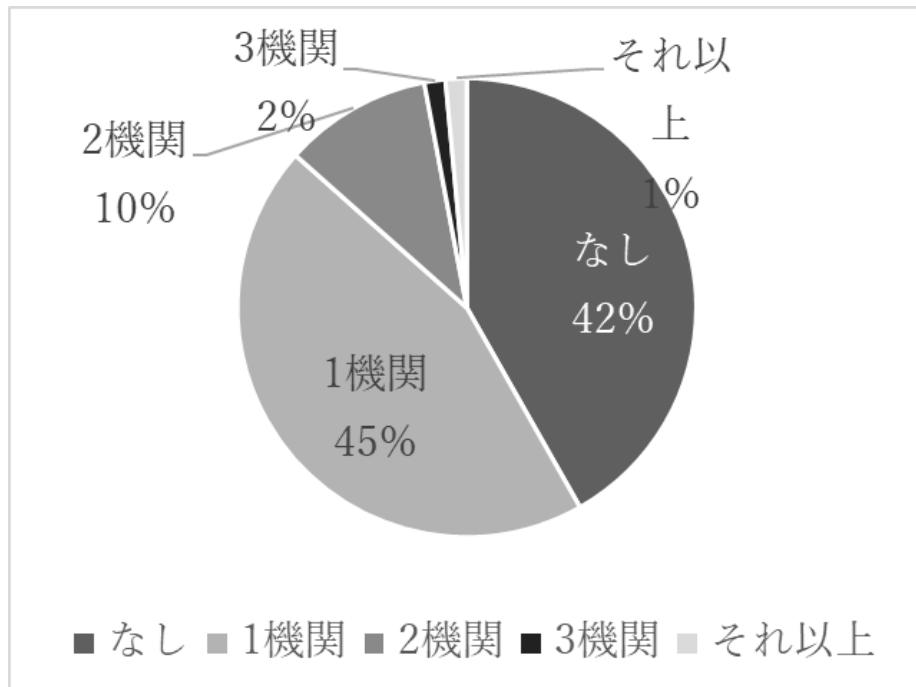


表 5. 治療拠点病院についての機能評価数とその割合

拠点機能の評価	度数(n=67)	割合(%)
果たしている	31	46%
果たしていない	1	2%
どちらとも言えない	10	15%
無回答	25	37%

図 11. 治療拠点病院についての機能評価

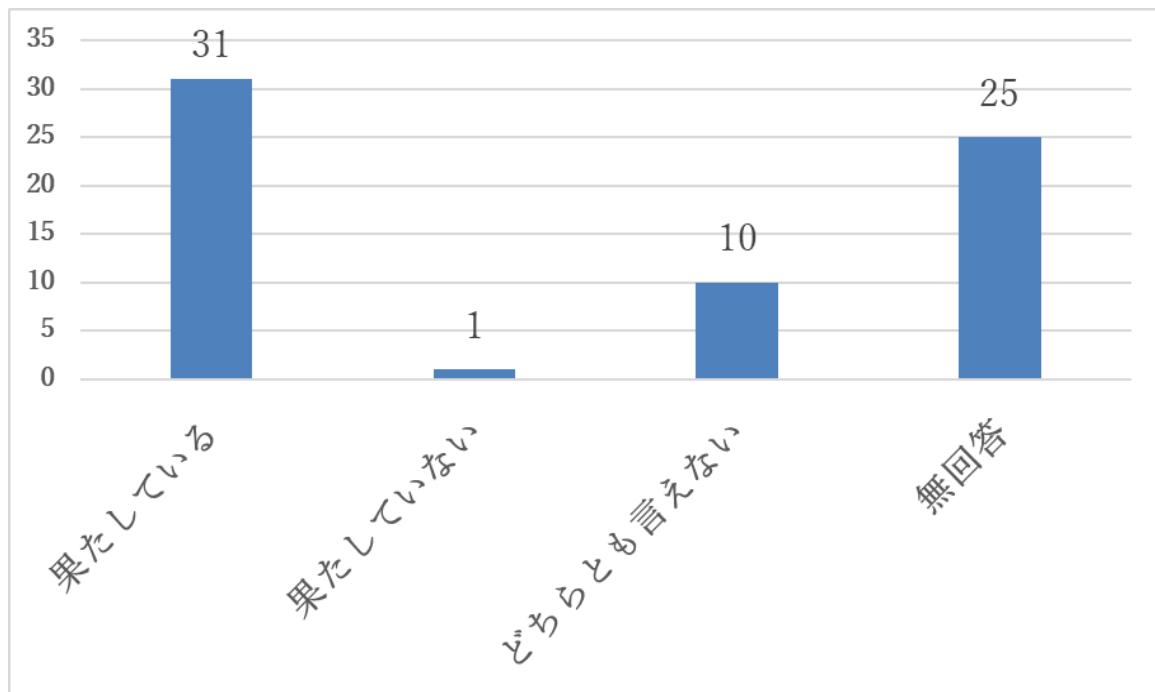


図 12. 治療拠点病院についての機能評価数の割合

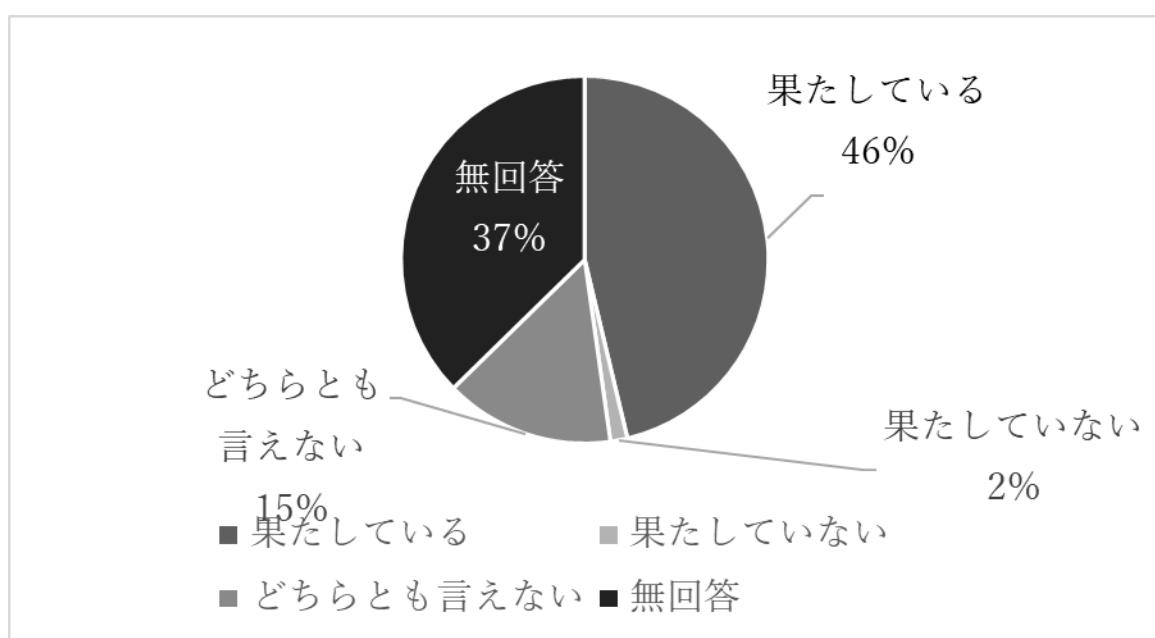


表 6. 家族を対象とした支援団体数と割合

家族支援団体		
	度数 (n=67)	割合(%)
なし	6	9%
1 機関	13	19%
2 機関	22	33%
3 機関	13	19%
4 機関	3	5%
5 機関	2	3%
それ以上	7	10%
不明	1	2%
無回答	-	-

図 13. 家族を対象とした支援団体数

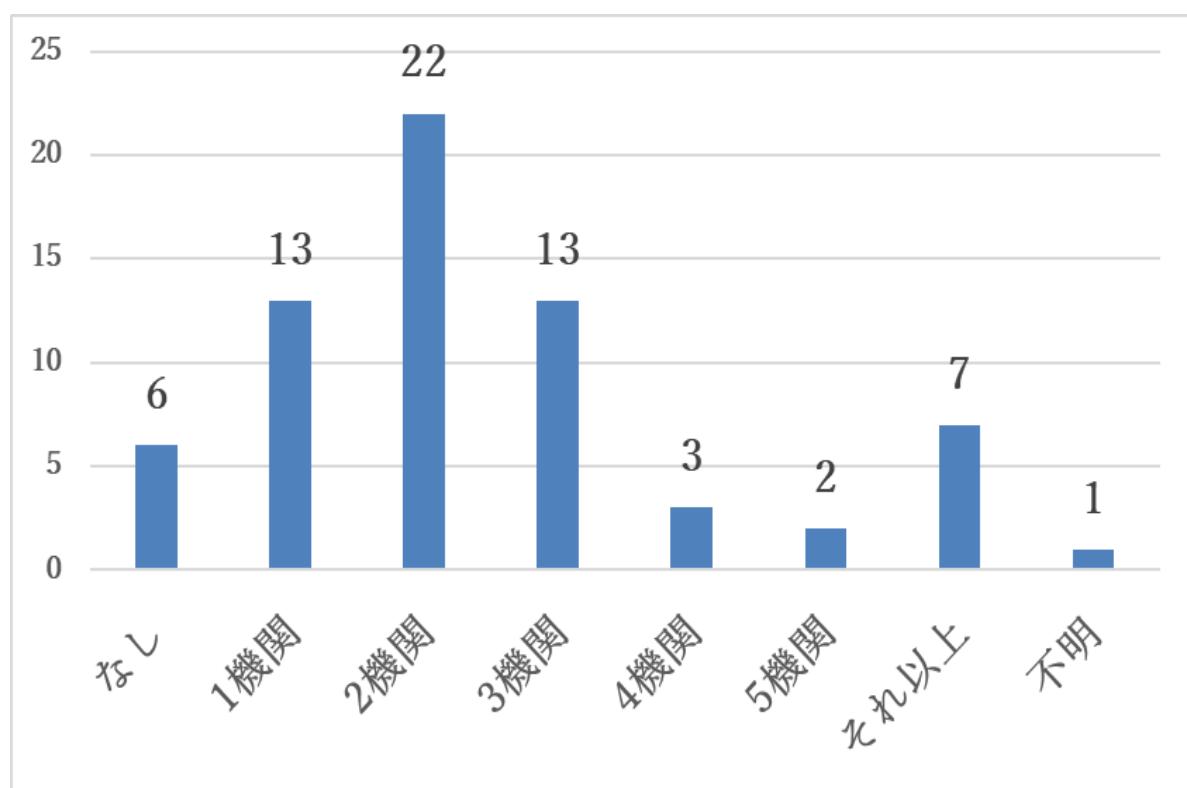


図 14. 家族を対象とした支援団体数の割合

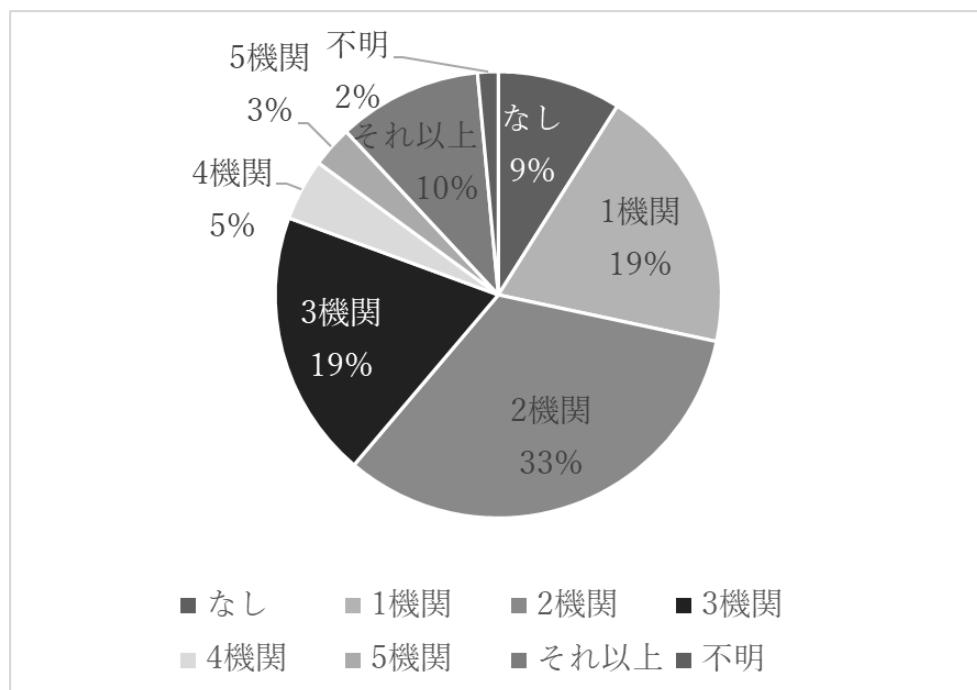


表 7. 家族を対象とした支援団体における年間ミーティング開催数とその割合

家族支援実施回数（年間）	度数(n=61)	割合(%)
それ以上(6回以上)	44	72%
不明	17	28%

図15. 家族を対象とした支援団体における年間ミーティング開催の割合

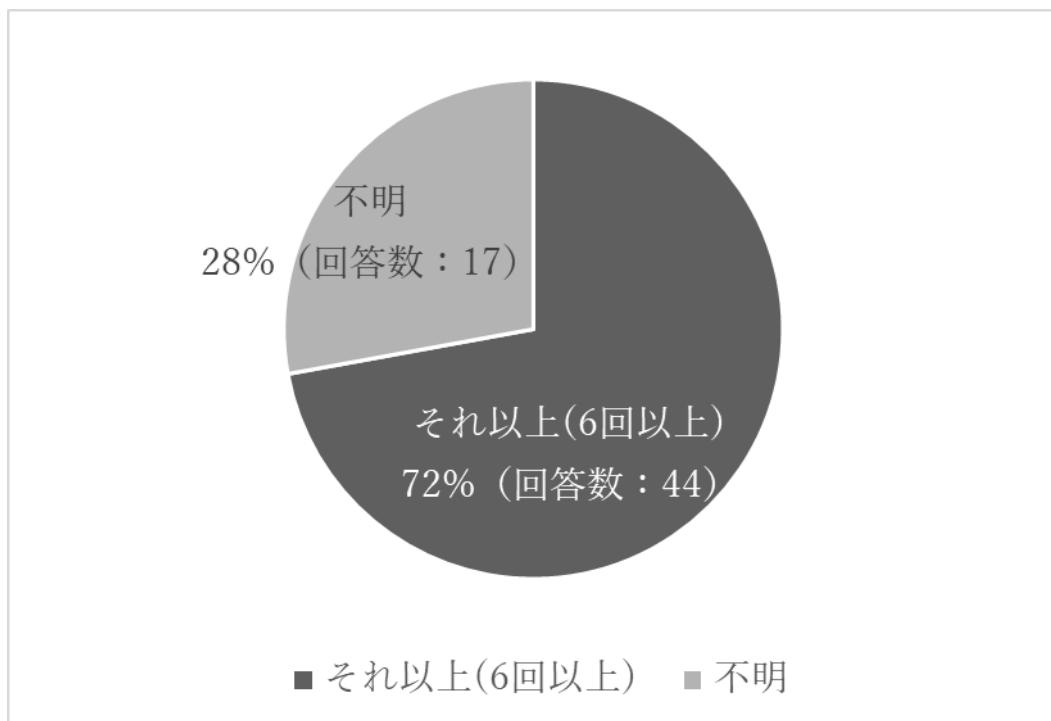


表8. 対応可能な回復施設数と割合

対応可能な回復施設		
	度数 (n=67)	割合(%)
なし	19	28%
1 機関	27	40%
2 機関	9	13%
3 機関	2	3%
4 機関	3	5%
5 機関	-	-

それ以上	3	5%
不明	2	3%
無回答	2	3%

図 16. 対応可能な回復施設数

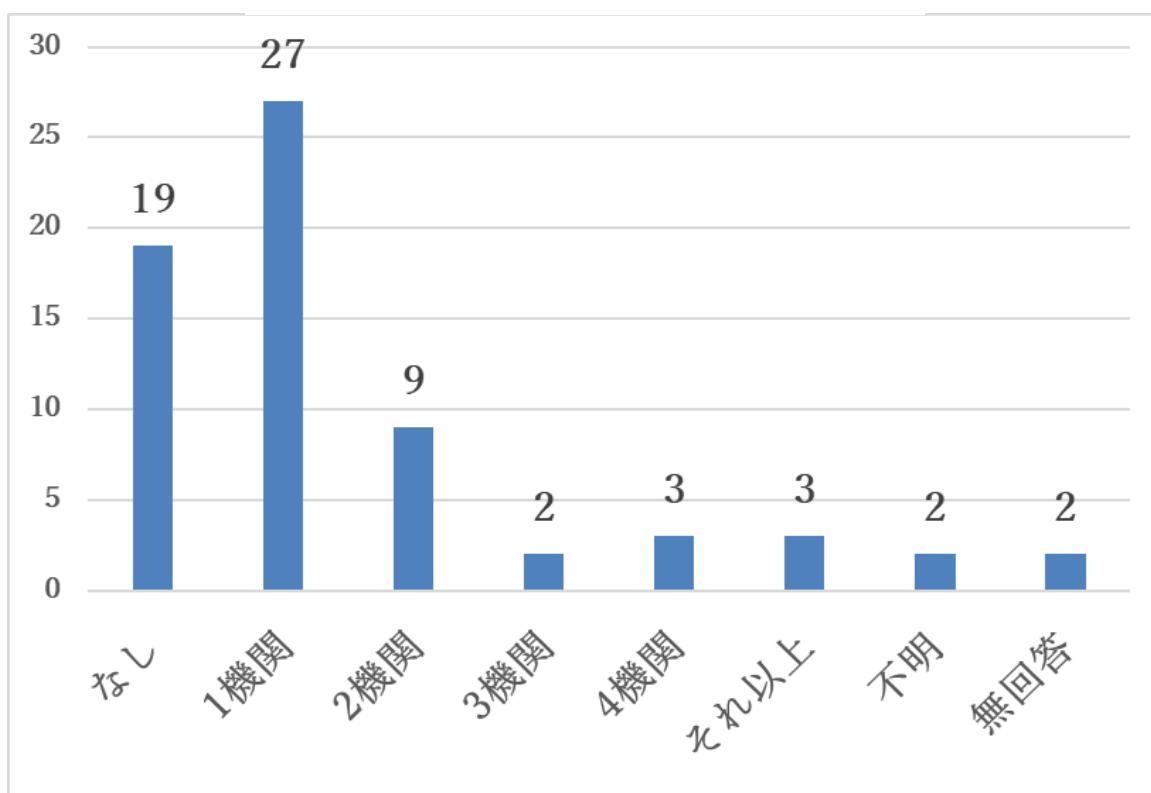


図 17. 対応可能な回復施設数の割合

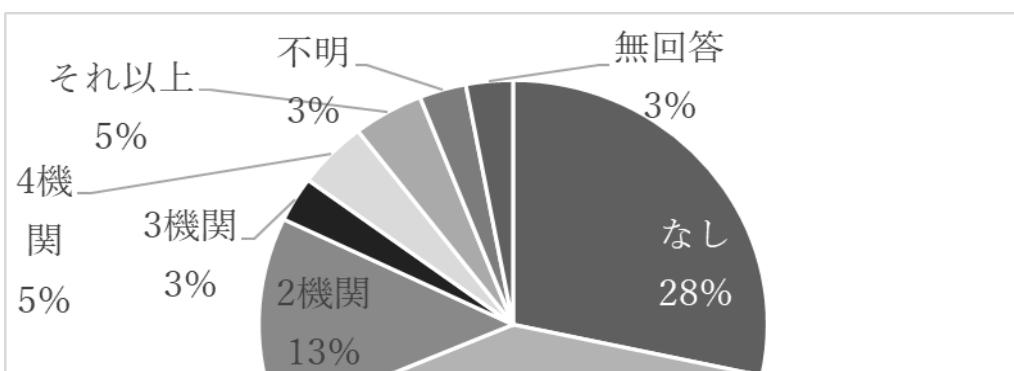


表9. 当事者向けの回復プログラムの有無とその割合

当事者向け 回復プログラムの有無		
実数(n=67)	割合(%)	
有していない	16	24%
有している	51	76%

図18. 当事者向けの回復プログラムを有する割合

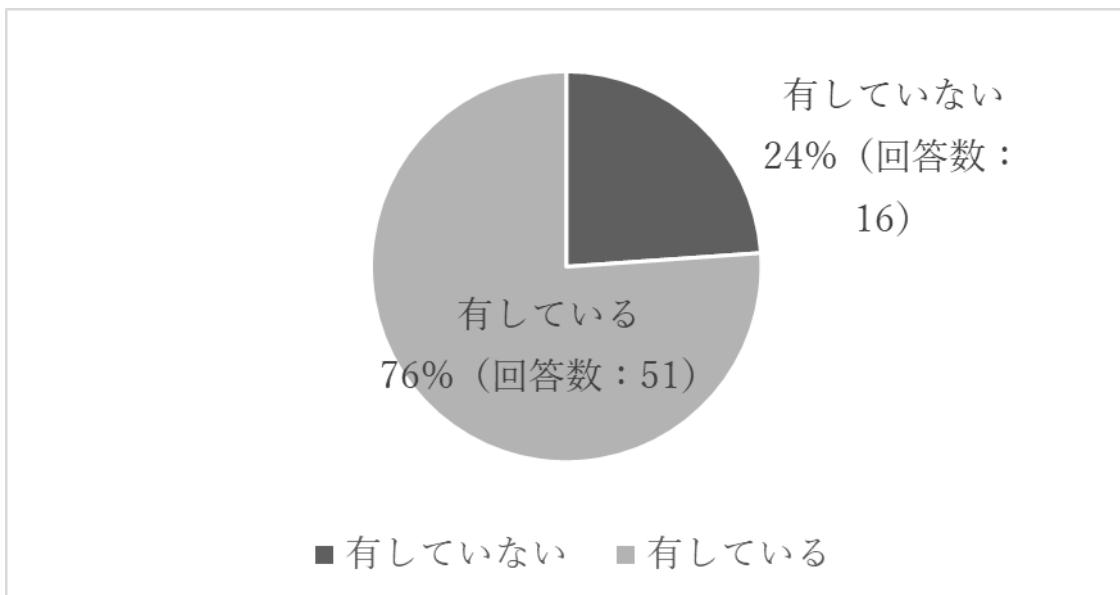


表 10. 家族を対象とした回復プログラムの有無とその割合

家族向け 回復プログラムの有無		
	実数(n=67)	割合(%)
有していない	30	45%
有している	37	55%

図 19. 家族を対象とした回復プログラムを有する割合

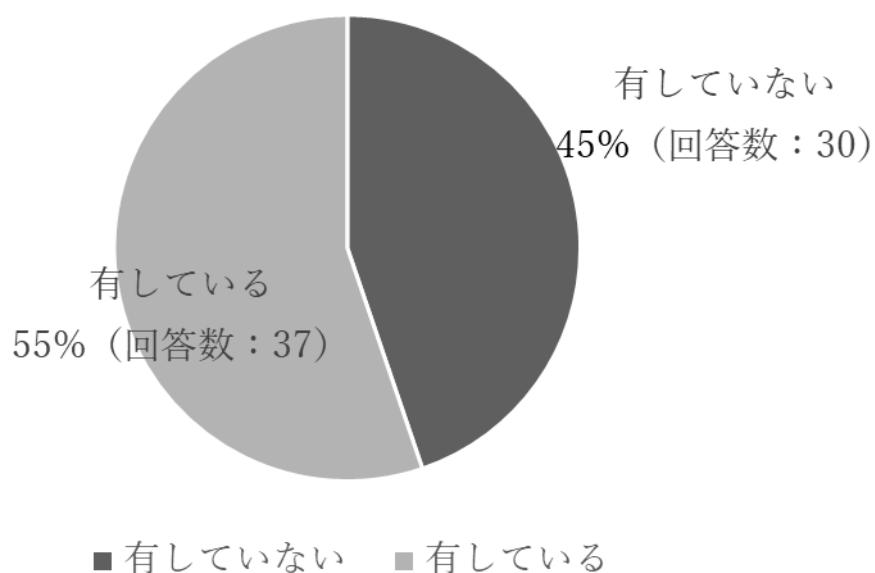


表 11. 債務整理の相談先の有無とその割合

債務整理等の相談先の有無	度数(n=67)	割合(%)
有している	39	58%
有していない	27	40%

不明

1

2%

図 20. 債務整理の相談先の有無に関する割合

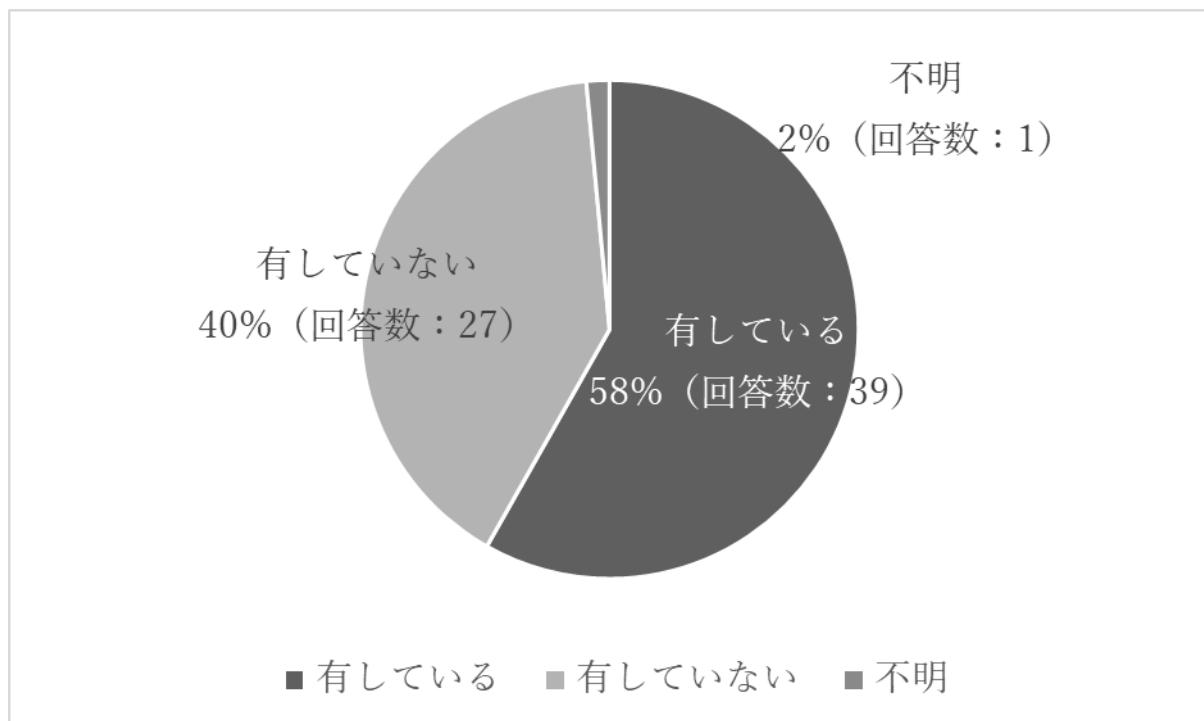


表 12. 貸付自粛制度の知識の有無とその割合

貸付自粛制度の知識の有無	度数 (n=67)	割合 (%)
「貸付自粛制度」の存在は知っており、実際に相談者に制度の利用を勧めたことがある	39	58%
「貸付自粛制度」の存在は知っているが、実際に相談者に制度の利用を勧めたことはない	22	33%
「貸付自粛制度」の存在自体知らない	6	9%

図 21. 貸付自粛制度の知識の有無に関する割合

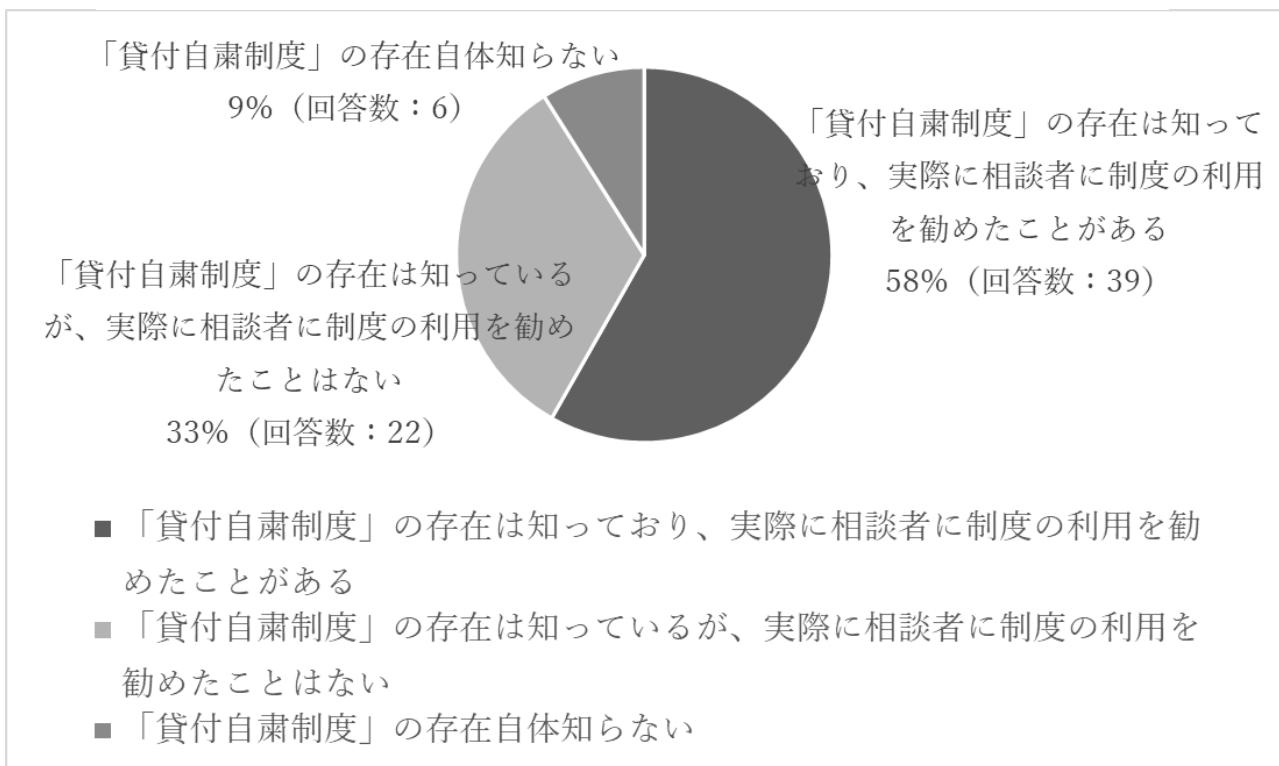


表 13. 研修を受講したスタッフの人数とその割合

研修受講スタッフの人数	度数(n=67)	割合(%)
1名	24	36%
2名	15	22%
3名	11	16%
4名	9	13%
5名	1	2%
それ以上	5	8%
不明	2	3%

図 22. 研修を受講したスタッフの人数

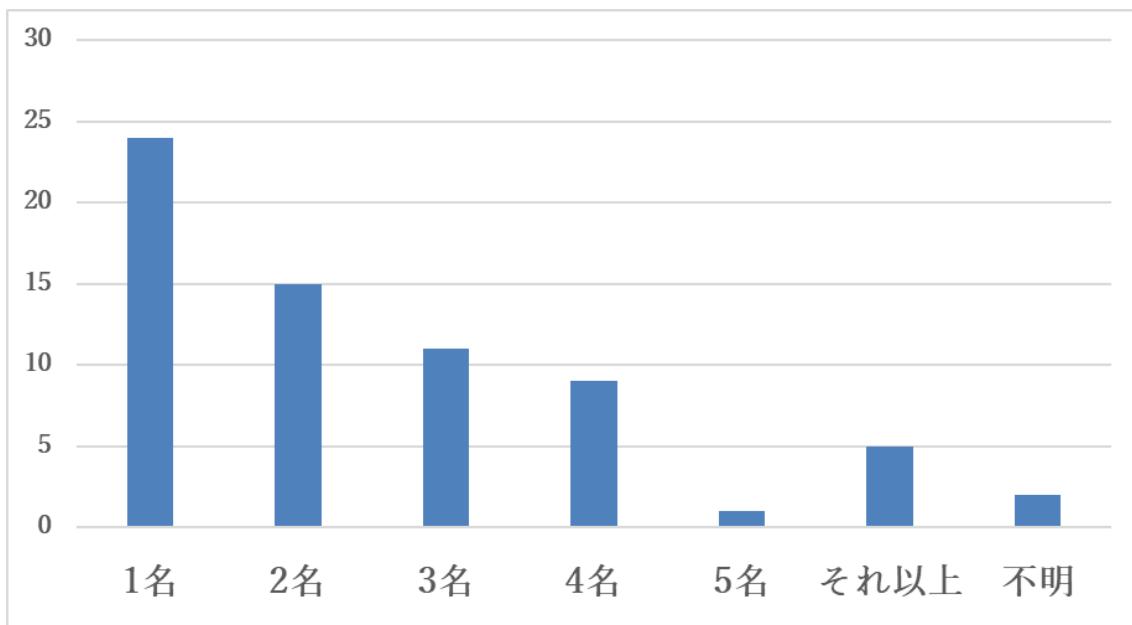


図 23. 研修を受講したスタッフの割合

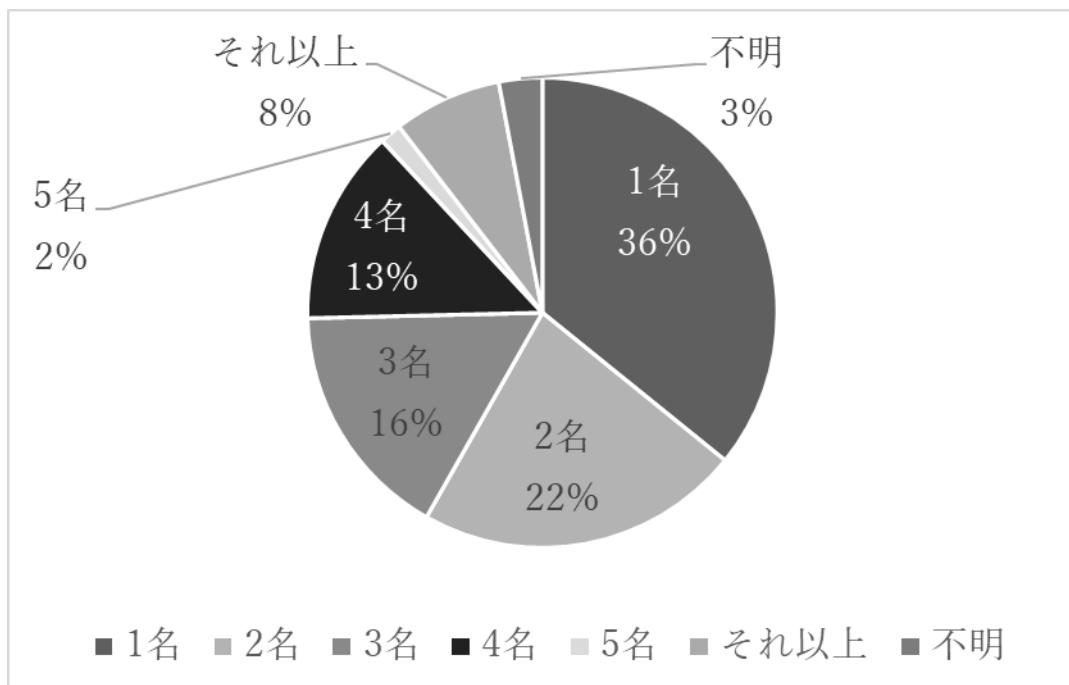


表 14. 連絡会や事例検討会の年間開催回数とその割合

連絡会や事例検討会の回数(年間)	度数(n=67)	割合(%)
実施していない	19	28%
1回	16	24%
2回	10	15%
3回	5	8%
4回	1	2%
それ以上	7	10%
不明	9	13%

図 24. 連絡会や事例検討会の年間開催回数

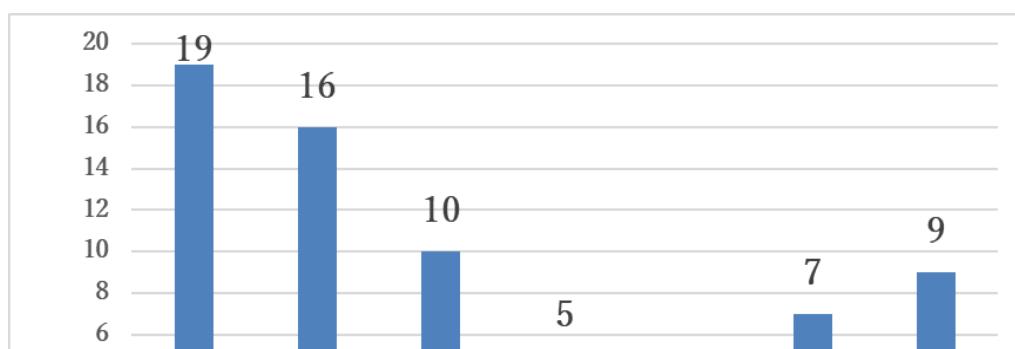


図 25. 連絡会や事例検討会の年間開催数の割合

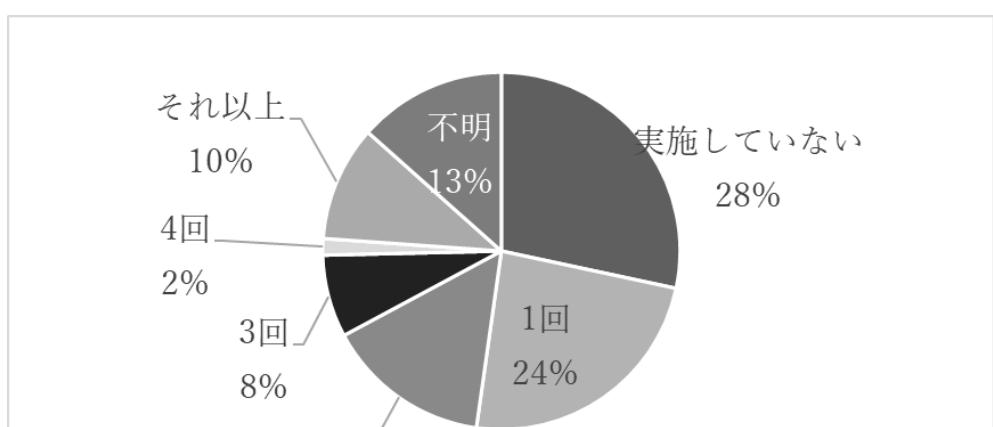


表 15. アクセス制限の知識の有無とその割合

アクセス制限の知識の有無	度数(n=67)	割合(%)
「アクセス制限」の存在は知っているが、実際に相談者に勧めたことはない	34	51%
「アクセス制限」の存在は知っており、実際に相談者に勧めたこともある	27	40%
「アクセス制限」の存在自体知らない	6	9%

図 26. アクセス制限の知識の有無の割合

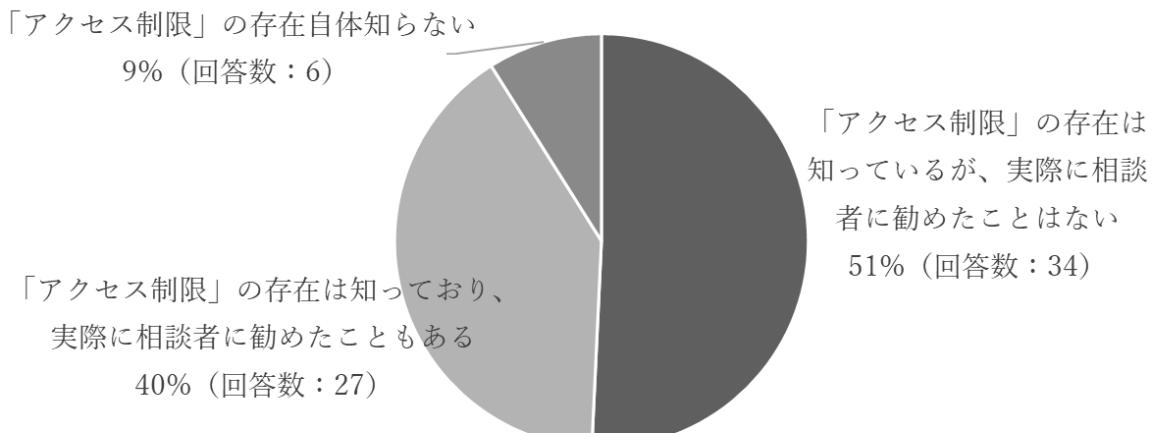


表 16. 公営競技の運営機関からの相談の有無とその割合

公営競技の運営機関からの相談の有無	度数(n=67)	割合(%)
相談を受けたことがある	4	6%
相談を受けたことはない	63	94%

図 27. 公営競技の運営機関からの相談の有無に関する割合

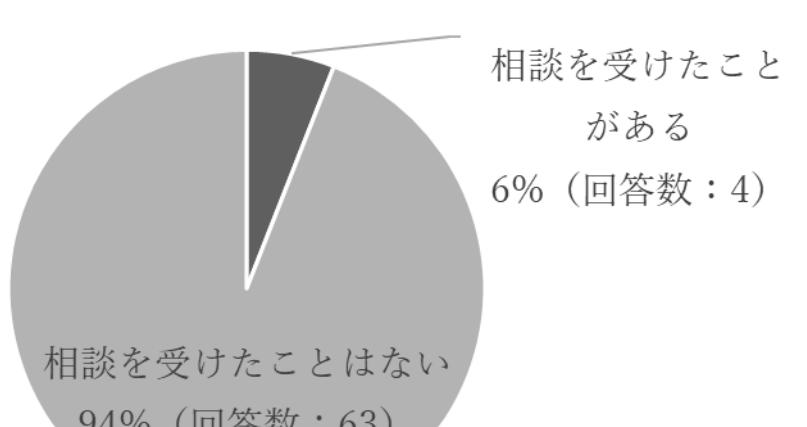


表 17. 「相談できる医療機関数が 1 か所以下」と回答した群の支援における不足している点や改善点の一覧

「相談できる医療機関数が 1 か所以下」と回答した群の支援における不足している点や改善点（自由記述内容）
・治療拠点機関が未設置であること。
・ギャンブル等依存を支援対象としている医療機関、相談機関が少ないこと。
・県内に依存症の回復施設がないこと。
・回復中の方の金銭管理支援を行う機関がないこと。
・個別支援を全体的、継続的に俯瞰できる連携体制があると良い
・まだまだギャンブル等依存症の支援機関同士の連携がはじまったばかりで不十分であると感じている。
・支援できる機関がまだ少ない。
・人員不足
・対応する医療機関の不足、家族支援機関の不足
・回復施設、治療機関の不足
・対応可能な医療機関がないことと市町村単位ではほぼ相談対応できていない
・回復プログラムをしている医療機関、回復施設
・医療機関、相談機関、回復施設などのハード面がまだまだ足りていない。
・支援者のギャンブル依存支援に対する知識・スキル不足がある。
・また、行政への相談がまだまだ少ないため、周知が必要である。
・つなげる施設と病院、支援者がいない。
・専門医療機関が少ない。
・連携会議や研修会を通して身近に相談できる医療機関を増やしていく。
・依存症というより、発達障害や知的障害が背景にあり、もともと金銭管理能力に問題があるようなケースが多く、心理検査や障害サービスにつなぐ支援が必要なことが多いため、柔軟な個別支援を行うためにも、マンパワー

表 18. 「相談できる医療機関数が 2 か所以上」と回答した群の支援における不足している点や改善点の一覧

「相談できる医療機関数が 2 か所以上」と回答した群の不足している点や改善点（自由記述内容）
・ギャンブル等依存症の診療を行う医療機関が不足している
・地域によっては医療提供体制や相談支援体制が十分ではない。
・GAとの連携(ギャマノンのと連携はあり)、地方(僻地、離島を含む)の支援体制
・治療可能な医療機関
・依存症治療拠点について整備中
・ギャンブル問題に関して相談できる医療機関が 1 箇所しかないこと。
・弁護士や司法書士に関する情報が乏しい
・不足点：治療拠点や専門医療機関など、専門的に支援している機関が少ない。
・ギャンブル関連施設は多く存在している地域ではあるが、そういった施設と支援機関間での連携は希薄。
・専門医療機関が県内一ヶ所のみ。自助グループも少ない。
・ギャンブル等依存症をみてくれるクリニックが少ない。
・ギャンブル依存症回復 P 実施施設が不足している。
・集団での回復 P が実施されていない。
・ギャンブル依存症の連絡会が実施できていない（令和 3 年開催計画中）
・支援機関が県西部に偏っている。
・ギャンブル等依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関の選定
・ギャンブルに特化した回復（入所）施設がないため、生活の立て直しが必要なケースを支援できるところがあると良い。
・家族が相談できる場や支援を受ける場を更に充実させる必要がある
・未成年者や 70 代以上の高齢者、身体障害や認知機能の障害がある当事者の受け入れが難しい傾向がある
・人材確保に課題を感じている施設が多い
・相談機関・医療機関・支援団体の連携
・治療のための社会資源（治療、プログラム）が不足している。
・治療できる医療機関・回復施設が不足している。
・治療に繋ぐ具体的な支援機関とのネットワーク作りが課題と言える。
・ギャンブル依存症の相談の多くは、依存症相談拠点である当センターに集中している。
・また、ギャンブル依存症に対応できる医療機関や支援団体、自助グループも中央圏域以外の郡部の地域にはほぼないため、相談や支援体
・専門医療機関が偏在している。

- ・自助グループ以外の地域資源が少ない。
- ・そのため、既存の様々な支援機関で対応していただけるよう知識や支援技術の普及を図る必要がある。
- ・ギャンブル等依存症を受け入れる地域の医療機関が少ない
- ・対応可能なスタッフ不足
- ・ギャンブル等依存症で苦しんでいる当事者・家族はたくさんいると思われるが、相談につながるのはごくわずかで、ギャンブル等依存症に対する啓発や、相談窓口の案内はさらに必要と思われる。
- ・対応できる精神科医療機関が地域によって偏りがある等
- ・市町村ベースで初期相談が受けられることや、一般の精神科医療機関で併存するギャンブル依存についてオリエンテーションがされないことなど
- ・ギャンブル等事業者との連携
- ・関係機関の間の連携
- ・家族教室
- ・弁護士や司法書士等の法律家との連携
- ・支援者が尻込みをしてしまう点があるので、積極的に相談に乗って勉強するとよいと思う。

表19. 「相談できる医療機関数が1か所以下」と回答した群の支援における強みの一覧

「相談できる医療機関数が1か所以下」と回答した群の支援における強み（自由記述内容）
・消費者信用生活協同組合が、お金の相談と併せて、ギャンブル等依存症の相談にも対応しており、当事者及び家族のサポート・グループも開催していること
・近隣自治体に比して医療機関、自助グループ等の資源が多いこと
・法テラスとの連携を通じた事業（研修等）を2年前より実施しており、債務整理に関する相談はつながりやすい。
・ギャンブルに特化した対応を包括的に行える機関がある。
・相談機関と専門医が連携しやすい
・CRAFT手法を取り入れた家族支援
・センターでは、本人・家族に対し、相談、プログラムがあり、医療・司法との連携があり、ワンストップ的な対応が可能。
・回復施設があり、連携できる
・S A T - G を用いた面接が行えている事、各保健所において依存症専門相談を行っていること
・ギャンブル等依存症に熱心に取り組む医療機関もあり、センターとの連携もとれている。
・センターでの相談はル・サラ被害をなくす会との連携もしている。
・家族の会が割と活発
・大阪いちょうの会、大阪精神医療センターの密な協力が得られていること
・自助グループの活動が活発であること。
・センターと自助グループとの連携が図かれていること
・なし
・GA、ギャマノンとの連携が活発。定期的に連携会議を開催し、関係機関で情報共有を図っている。
・もともと他のセンターより個別支援を行なっているため、支援の引き出しは多いように思います。
・近くにギャンブル依存症の回復プログラムを実施している専門医療機関もあり、役割分担が可能です。

表 20. 「相談できる医療機関数が 2 か所以上」と回答した群の支援における強みの一覧

「相談できる医療機関数が 2 か所以上」と回答した群の支援における強み（自由記述内容）
・相談機関・医療機関・回復施設・自助グループ・民間支援団体と連携した支援ができている
・当センターにおいて当事者グループを有しているので診察とともに当事者グループにも繋げやすい
・精神保健福祉センターと依存症治療拠点機関、財務省多重責務窓口、ギャマノンとの連携がスムーズに取れる
・関係機関が少ないが連携しやすい機関が多いこと
・当センターで本人プログラム・家族講座を実施しているほか、管轄内の 3 か所の医療機関も同様にプログラムを実施しており、当センターと連携を図っている。
・拠点病院との連携が取れている。
・依存症に関わるスタッフの連携会議を定期的に行っているので、滝間との連携がしやすい。
・二次医療圏ごとの保健所において、行政・医療機関などの関係機関を参考した依存症に関する連絡会を定期的に開催しており、日ごろから顔の見える関係性があることは強みと考えている。
・数は多くないが、医療機関、回復施設、自助グループ（当事者・家族）と支援のための資源が揃っている。
・上記のような課題があるため、専門医療機関と相談拠点の連携強化、依存症支援技術の向上及び均一化を目的に、依存症専門医療機関から相談拠点への相談員派遣、専門医療・機関のスタッフを対象とする研修会を実施して
・自助グループが意欲的に活動している
・依存症治療拠点、依存症相談拠点がありそれぞれで当事者プログラムを行っており、市民に選択肢がある。
・GA/ギャマノンが県内幅広く開催している。
・行政機関における本人向けプログラムの実施
・全国と比較して市内の施設が多く、更生施設も積極的に受け入れるなど、回復施設のみならず、多様な施設が支援を行っている
・入所、通所、訪問支援などの支援形態も多様である。また、依存症系プログラムだけではなく
・専門医療機関が複数あること
・ギャンブル等依存症家族教室を当センターで月 1 回開催
・自助グループがほぼ毎日開催されている。ギャンブル等依存症に詳しい専門家（大学教員、医師）がいる。
・関係機関との連携は比較的取れている。当センターでは個別で相談、プログラムを実施しており、相談者に応じて柔軟な対応が可能。
・依存症の種別を問わず、自助グループの回復メンバーの方たちとの連携が密にとれる関係性が医療、行政、支援団体ともにあるのは強み。
・依存症対策の事業を行政主導ではなく、依存症問題に関連する関係機関の方たちとの
・依存症回復支援施設があり、連携した事業も行っている。

- ・特になし
- ・関係機関と相談できること（医療機関、自助グループ等）
- ・治療拠点病院があること、地域に専門医がいること、GA やギャマノンも複数のグループがあること
- ・自助グループとのつながりがある
- ・依存症支援団体等との連携がしやすいところ
- ・GA が現在、県内 3 か所にあるが、来月よりさらに 2 か所増え、県内 5 か所になる予定。地域ごとに GA があるのは強みである。
- ・自助グループメンバーが積極的に体験発表等を引き受けてくれる
- ・治療拠点病院が併設されている点、自殺対策の連携機関(弁護士や司法書士、社会福祉士、多重債務問題の支援団体ら)と密接なつながりがあること
- ・回復支援プログラムを生かした地域連携
- ・特になし
- ・自助グループとのつながり
- ・家族会とのつながり
- ・依存症を診療している医療機関が複数あるところ。

表 21. 「相談できる医療機関数が 1 か所以下」と回答した群の支援における
行政と医療機関の連携における改善点の一覧

「相談できる医療機関数が 1 か所以下」と回答した群の支援における 行政と医療機関の連携における改善点（自由記述内容）
・ギャンブル等依存症の背景に精神疾患や発達障害がある場合、ギャンブル等依存症も含めた治療や環境調整が必要となるが、県内の医療機関ではギャンブル問題を扱うことが少なく、課題となっている。
・また、ギャンブル等依存症の結果、自傷他害が生じた場合も、医療機関や保健所の支援対象となりにくく、家族や支援機関が苦慮している。
・県外の専門医療機関への入院治療する方もいるが、退院後、地元の支援機関につながっていない場合もあり、医療機関と地域資源との広域連携についても改善の余地がある
・なし
・そもそもギャンブル等依存症を対象とした医療機関が少なく、連携における改善点や課題に至る前の状況である。
・ギャンブル依存に特化した支援ができる機関が少なく連携にまで至りにくい。
・警察機関との連携
・ギャンブル依存に対応する医療機関が不足。
・診てくれる医療機関が非常に少ない
・ギャンブル等依存症治療に取り組む医療機関が増えること、またセンターの主催する事例検討会等のスーパーバイズ機能を有することを期待する。
・千葉県と千葉市と関係機関で連携会議を行うが、市内の診療している医療機関が参加しないため、連携がとりづらい状況である。
・相互に実施プログラムの見学を実施するなどして、つなぎやすいようにする。
・特になし

表 22. 「相談できる医療機関数が 2 か所以上」と回答した群の
支援における行政と医療機関の連携における改善点の一覧

「相談できる医療機関数が 2 か所以上」と回答した群の支援における行政と医療機関の連携における改善点（自由記述内容）
・令和 2 年から依存症連携会議を立ち上げ、今後医療機関との連携に結びつければと考えている。
・拠点治療機関が決まったばかりであり、現段階では何も言えない。
・現在、都におけるギャンブル等依存症基本計画が策定中であることや、依存症治療拠点が整備中であることから 連携が不十分な状況である
・特になし
・依存症の受け入れが良い医療機関との連携はあるものの、数としてはごくわずかである。
・当センターにおける取り組みを PR しながら、さらに連携先を増やしていく必要があると感じている。
・連携会議や実務者連絡会などの情報交換や研修の場はあるが、当事者や家族の実支援の場における具体的連携については、まだまだ不足している。
・これまでには、医療機関と相談機関それぞれがどのような支援を行なっているかわからなかつたが、専門医療機関からの相談員の派遣体制をスタートさせたことにより相互理解が深まっている。
・集まる場や機会を増やせるとよい。
・家族会から、ギャンブル問題に隠れて併存する精神疾患がある場合、医療につながりにくく家族が疲弊してしまう、という声がある。
・今後そうした場合に行政においてどのような対応ができるか、医療機関とどのような連携ができるか検討していくことが重要だと思われる。
・具体的な連携体制が不十分。
・連携会議しの場を持つことができていない
・連携会議の場を通じて、専門医療機関のみならず、依存症のご本人、ご家族の支援に携わる市域の幅広い支援者・団体がお互いに理解を深め、市域の支援に関する情報や課題の共有を図ることで、それぞれの強みを知り、「各主体がどのような支援を行うことができるのか」を考えいくきっかけ・積み重ねを進めていくことが必要である。
・相談者をスムーズに医療機関につなぐ体制づくりが必要と感じます。
・お互いの役割分担や意思疎通が不十分な現状であり、連携にまで至っていない。
・ギャンブル等依存症に対応する医療機関の不足が一番の課題と言える。
・相談～治療～回復支援まで重層的な関わりが双方でできるように来年度、行政と医療機関とで、情報交換会の機会を持ち、それぞれの思いを共有し、お互いを大事にできる役割や連携について検討ができればと考えている。
・医療や自助グループからドロップアウトしてしまった方やそれらの支援に乗りにくい狭間にいる方への支援の在り方
・特になし
・紹介できる医療機関が限られる

- ・行政機関・医療機関間での連携会議や、合同研修会など、連携を強化する体制が必要だと思われる。
- ・現在保健所圏域ごとに行行政と医療機関を含む連携の仕組みを構築中です。
- ・ギャンブル問題だけを特化するのではなく、メンタルヘルスの一課題として地域の課題にとり上げていく方策が大切と考える。
- ・不明
- ・連携会議の開催
- ・入院治療、専門プログラムを行っている医療機関が管内にない

表 23. 「相談できる医療機関数が 1 か所以下」と回答した群の支援に関する意見や要望の一覧

「相談できる医療機関数が 1 か所以下」と回答した群の支援に関する意見や要望（自由記述内容）
・ギャンブル等依存で来談する前に、複数回、債務整理を行っている事例がほとんどである。
・借金問題を扱う機関において、債務整理にとどまらず、家計改善支援や金銭管理支援につなぎ、ギャンブル等依存症の予防や早期介入を行うことが必要である。
・また、ギャンブル等依存症の回復のためには、適切に金銭管理支援を行う機関が必要だが、どの機関が担うか不明確。全国的には司法書士が担っている地域もあるようだが、全国どこでも適切な支援を受けられるよう、生活困窮者自立支援事業や日常生活自立支援事業の対象とする、日本司法書士会と連携して支援体制を構築するなど、具体的な体制構築を期待したい
・なし
・まだまだ地域精神保健福祉の相談窓口にギャンブル等依存症の相談が少ない状況である。
・病気であるという知識や支援技法などがマニュアル化したものがもっとひろがればよいと感じます。
・ギャンブル依存に対応する相談機関も少ない
・家族支援の診療報酬化など、ギャンブル等依存症の治療に取り組む医療機関が増える支援を望みます。よろしくお願ひします。
・ギャンブル依存症対応への予算を増額してほしい。連携会議や研修会の少額の予算では、事業拡大は望めない。
・医療につながるケースと地域で把握するケースではギャップがあるように感じています。
・医療的視点からだけではなく、もっと多角的に支援を考えていく必要があるのでないでしょうか。

表 24. 「相談できる医療機関数が 2 か所以上」と回答した群の支援に関する意見や要望の一覧

「相談できる医療機関数が 2 か所以上」と回答した群の支援に関する意見や要望（自由記述内容）
・本人や家族がようやく支援につながっても、モチベーションが維持できずに短期間で中断することが珍しくなく、支援の方法を模索しています。
・また、自助グループへのつなぎや後方支援にも難しさを感じます。
・特になし
・質問項目 19において、公営競技の運営に関する諸機関からは相談を受けたことはないが、パチスロ店からの相談は複数回あり。
・依存症相談の端緒となる部署は、必ずしも福祉の窓口とは限らないため、借金等で生活が出来なくなった場合などの危機介入時のポイントを整理しておくことやギャンブル等事業者が行う相談事業等の情報把握なども課題である。
・医師や病院がギャンブル等依存症に関心を持ち、積極的に取り組めるような研修や支援、施策を期待したい。
・特になし
・成功しているモデルについての情報共有
・ギャンブル依存が一般の方や支援者にも知れるところとなり、相談機関や医療機関に繋いでくれるようになってきたことはよいことだと思う。

図 28. ギャンブル等依存症における支援の強み

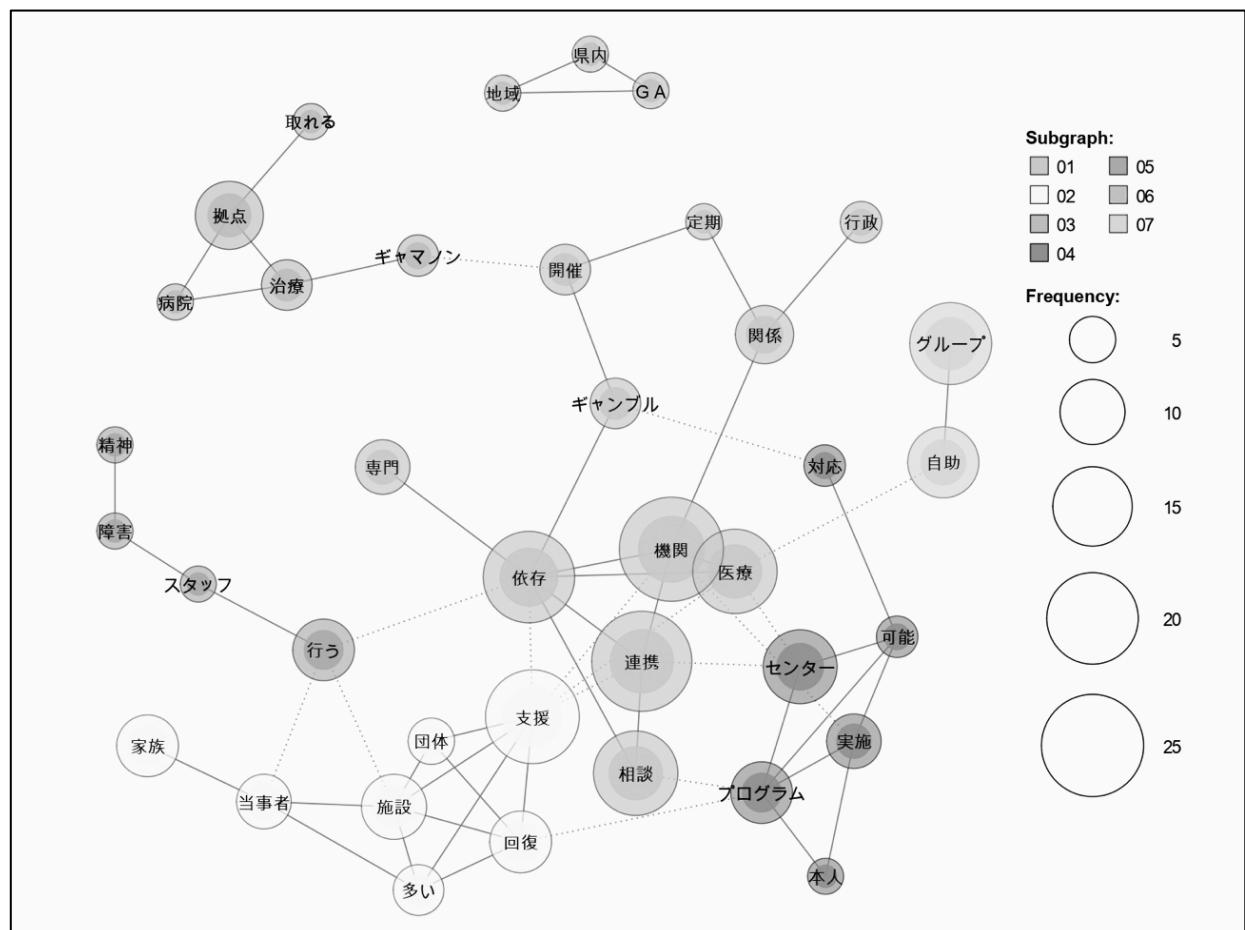


図 29. ギャンブル等依存症の支援において、不足している点や改善

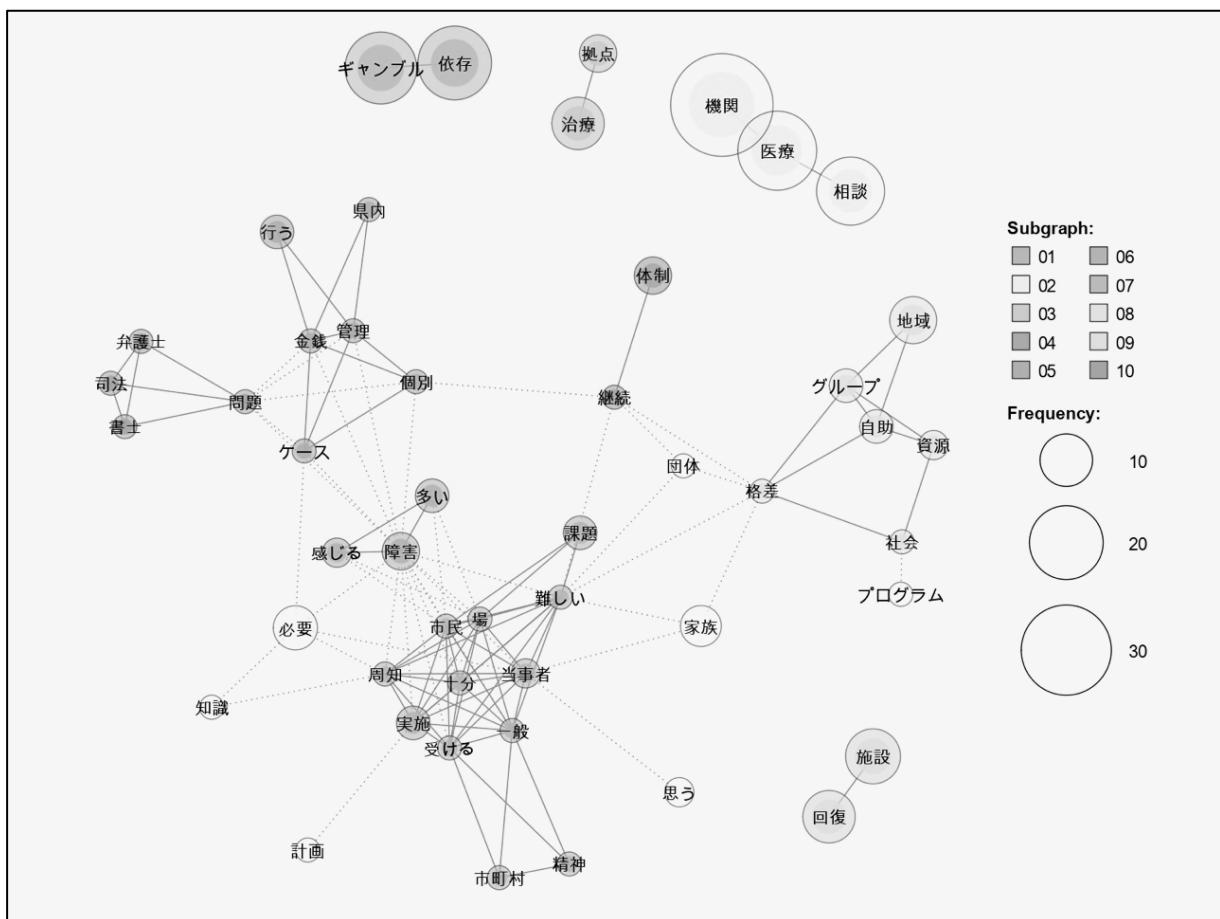


図 30. 行政と医療機関の連携における改善点

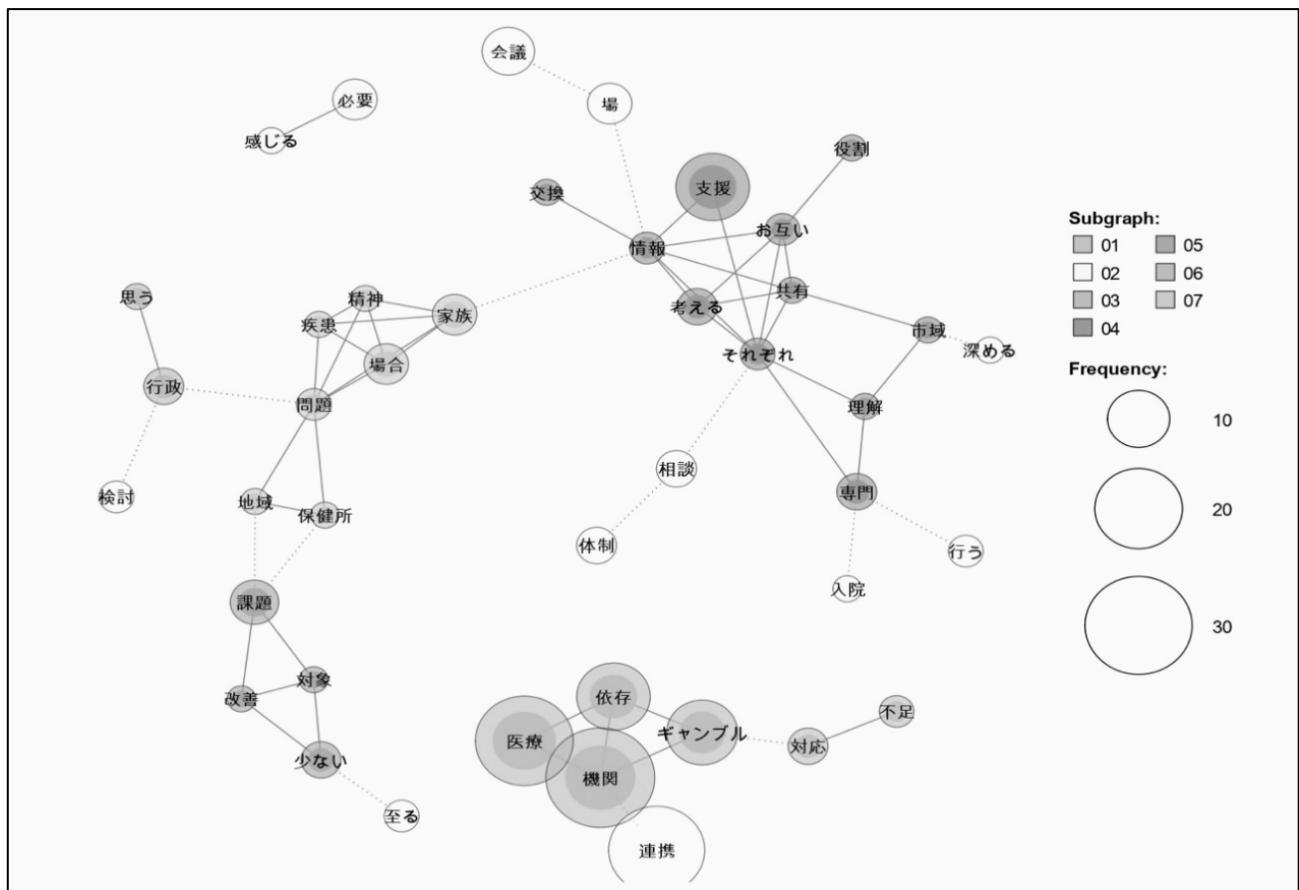


表 25. 各因子間の相関

	実務経験 年数	相談可能 医療機関数	入院可能 医療機関数	専門プログラム を持つ医療機関数	治療拠点 機関数	家族支援 団体数	家族会回数	回復施設数	研修受講 職員数	相談会事 例検討会回数
実務経験年数	1									
相談可能医療機関数	-0.27	1								
入院可能医療機関数	0.01	0.45 *	1							
専門プログラム医療 機関数	-0.15	0.56 * *	0.64 * *	1						
治療拠点機関数	-0.07	0.09	0.43 *	0.51 *	1					
家族支援団体数	0.05	0.28 *	-0.01	0.1	0.09	1				
家族会回数	0.32 *	0.09	0.13	0.25	0.17	0.4 *	1			
回復施設数	-0.2	0.22	0.14	0.33 *	0.27	0.43 * *	0.21	1		
研修受講職員数	0.04	0.29 *	0.08	0.21	0.09	0.21	0.07	0.18	1	
相談会事例検討回数	0	0.11	0.06	0.08	0.08	0.18	0.14	0.15	-0.07	1

表 26. 相談可能な医療機関数に影響を与える因子（重回帰分析）

項	推定値	標準誤		t 値	p 値 (Prob> t)
		差	標準β		
切片	1.15	0.92	0.00	1.25	0.23
専門プログラム医療機関					
数	0.93	0.30	0.63	3.05	0.0061*
治療拠点機関数	-0.43	0.41	-0.17	-1.05	0.30
入院可能医療機関数	0.20	0.30	0.13	0.66	0.51
家族支援団体数	0.15	0.21	0.13	0.72	0.48
研修受講職員数	0.16	0.19	0.13	0.85	0.40
実務経験年数	-0.04	0.03	-0.2	-1.12	0.27
家族会回数	-0.13	0.23	-0.11	-0.55	0.59
回復施設数	0.09	0.20	0.08	0.44	0.66

図 31. 相談可能な医療機関数に影響を与える因子（重回帰分析）と効果量

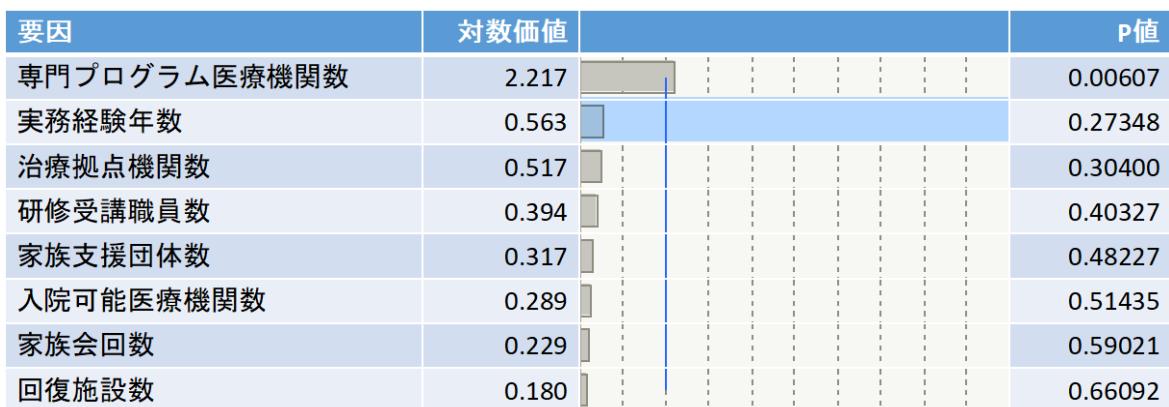
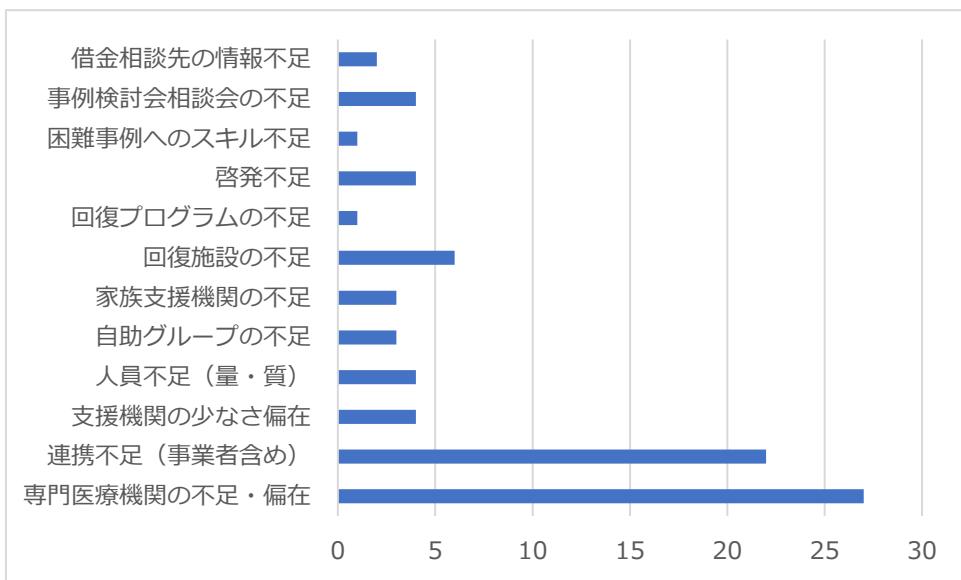


図 32. 自由記載の分析



研究成果の刊行に関する一覧表
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

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
松下幸生	ギャンブル障害（ギャンブル依存症）：本邦における現状と回復への取り組み	新薬と臨床	70(6)	76-82	2021
土方郁美	ギャンブル依存症家族の回復に関する研究	日本アルコール・薬物医学会雑誌	56(6)	250	2021
宮田久嗣	仮想症例から断酒と減酒の使い分けを考える：依存症とハームリダクション	精神神経学雑誌	123 (8)	487-493	2021
宮田久嗣, 山田理沙	物質使用症（障害）群または嗜癖行動症（障害）群：ICD-11 が精神科臨床に与えるインパクト	臨床精神医学	51 (4)	印刷中	2021
宮田久嗣	国際診断分類（ICD、DSM）において依存と嗜癖はどのように使われているのか	日本アルコール薬物医学会雑誌	57 (1)	印刷中	2021

厚生労働大臣 殿

令和 4年 4月 4日

機関名 独立行政法人国立病院機構
久里浜医療センター
所属研究機関長 職 名 院長
氏 名 松下 幸生

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業

2. 研究課題名 ギャンブル等依存症の治療・家族支援に関する研究

3. 研究者名 (所属部局・職名) 久里浜医療センター・副院長

(氏名・フリガナ) 松下 幸生・マツシタサチオ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査(※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(※3)	■ □	■	久里浜医療センター	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□ ■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□ ■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	□ ■	□		□

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■ 未受講 □
-------------	------------

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ■ 無 □ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ■ 無 □ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ■ 無 □ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 □ 無 ■ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 4年 4月13日

厚生労働大臣 殿

機関名 横浜市こころの健康相談センター

所属研究機関長 職名 センター長

氏名 白川 教人

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業2. 研究課題名 ギャンブル等依存症の治療・家族支援に関する研究3. 研究者名 (所属部局・職名) 横浜市こころの健康相談センター・センター長(氏名・フリガナ) 白川 教人・シラカワ ノリヒト

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	■ □	■	全国精神保健福祉センター長会	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□ ■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□ ■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	□ ■	□		□

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■ 未受講 □
-------------	------------

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ■ 無 □ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ■ 無 □ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ■ 無 □ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 □ 無 ■ (有の場合はその内容:)

(留意事項) •該当する□にチェックを入れること。
•分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 4年 5月 10日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人筑波大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 永田 恭介

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業

2. 研究課題名 ギャンブル等依存症の治療・家族支援に関する研究

3. 研究者名 (所属部局・職名) 医学医療系・准教授

(氏名・フリガナ) 森田展彰・モリタ ノブアキ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※ 2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	筑波大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称 :)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■ 未受講 □
-------------	-----------------

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ■ 無 □ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ■ 無 □ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ■ 無 □ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 □ 無 ■ (有の場合はその内容:)

(留意事項) •該当する□にチェックを入れること。
 •分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

令和 4年 3月31日

機関名	国立大学法人新潟大学
所属研究機関長 職 名	学長
氏 名	<u>牛木 辰男</u>

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業2. 研究課題名 ギャンブル等依存症の治療・家族支援に関する研究3. 研究者名 (所属部局・職名) 人文社会科学系・教授(氏名・フリガナ) 神村 栄一 ・ カミムラ エイイチ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	川崎医療福祉大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) •該当する□にチェックを入れること。
•分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

令和 4年 4月13日

機関名 東京慈恵会医科大学
 所属研究機関長職名 学長
 氏名 松藤千弥

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業

2. 研究課題名 ギャンブル等依存症の治療・家族支援に関する研究

3. 研究者名 (所属部局・職名) 精神科・教授

(氏名・フリガナ) 宮田 久嗣・ミヤタヒサツグ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	■ □	■	東京慈恵会医科大学	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□ ■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□ ■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	□ ■	□		□

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■ 未受講 □
-------------	------------

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ■ 無 □ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ■ 無 □ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ■ 無 □ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 □ 無 ■ (有の場合はその内容:)

(留意事項) •該当する□にチェックを入れること。
 •分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

令和 4年 5月 6日

機関名	岡山県精神科医療センター
所属研究機関長 職 名	院長
氏 名	<u>来住 由樹</u>

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業2. 研究課題名 ギャンブル等依存症の治療・家族支援に関する研究3. 研究者名 (所属部局・職名) 臨床研究部・医師

(氏名・フリガナ) 宋 龍平・ソウリュウハイ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京慈恵会医科大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) •該当する□にチェックを入れること。
•分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 4年 4月 6日

厚生労働大臣 殿

機関名

独立行政法人国立病院機構さいがた医療センター

所属研究機関長 職 名

院長

氏 名

佐久間 寛之

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業

2. 研究課題名 ギャンブル等依存症の治療・家族支援に関する研究

3. 研究者名 (所属部局・職名) 副院長

(氏名・フリガナ) 佐久間 寛之 ・サクマヒロシ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	さいがた医療センター	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称 :)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) •該当する□にチェックを入れること。
•分担研究者の所属する機関の長も作成すること。