

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関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衝動性の高さや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、①6か月調査の回答率は、78.7%、②受診6か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%は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  
一精神科医師  
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  
一精神科医師

#### 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<sup>1)</sup>。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<sup>2)</sup>や動機づけ面接<sup>3)</sup>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<sup>5)</sup>。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、ギャンブルに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<sup>4)</sup>。

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る。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<sup>5)</sup>。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-5<sup>6)</sup>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)<sup>6)</sup>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
- 1) 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) <sup>7)</sup>
- 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) <sup>8-10)</sup>

## 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) <sup>11, 12)</sup>

- b) ギャンブル認知の評価尺度 (Gambling Related Cognitions Scale: GRCS) (23 問) <sup>13, 14)</sup>
- c) ギャンブル問題の重症度尺度 (Problem Gambling Severity Index: PGSI) <sup>15, 16)</sup>
- d) 抑うつ尺度 (K-6) (6 問) <sup>17, 18)</sup>
- e) 飲酒問題 (AUDIT-C) (3 問) <sup>19, 20)</sup>
- f) フラッシング質問票 (2 問) <sup>21)</sup>
- g) 喫煙の有無 (1 問)
- h) 衝動性尺度 (Barratt Impulsiveness Scale: BIS) (30 問) <sup>22, 23)</sup>
- 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の中には、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に使った金額の平均（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か月後、12ヶ月後）<sup>24, 25)</sup>
- 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、統計的有意性を判定した。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。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きている。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。

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。ばらつきが大きいですが、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った。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った。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ったが、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。受診後の経過時間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) ギャンブルに使う金額の変化

同様にギャンブルをしたと回答した者にギャンブルに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）。

#### 1 0) 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。

#### 1 1) 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。

#### 1 2) ギャンブルに使った金額

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、平均で46,172円、中央値は1万円であった。

#### 1 3) 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。

#### 1 4) 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。

#### 1 5) ギャンブルに対する考え

表53にギャンブルに対する考えを示す。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ことを希望していた。

#### 1 6) 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。

#### 1 7) 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る。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。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か月後も6か月後も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。

#### 1 8) GRCS点数

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 か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 か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<sup>26)</sup>、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<sup>26)</sup>、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関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<sup>26)</sup>、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か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、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か月調査では、「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ー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. Cowlshaw 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, Cowlshaw 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 (GSAS): 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  
特になし。
- 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 颯、木村

充、樋口 進、2021 年度アルコール医学

生物学会研究会、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	呉みどりヶ丘病院	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	国立病院機構榊原病院	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	昭和大学附属烏山病院精神科	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

	調査項目													
	初診からの期間	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か月	○	○	○	○	○	○	○	○	○	—	—	—	—	—
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（家族従業員含む）	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)
金稼ぎ・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 (%)	人数 (%)
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 躁病エピソード過去	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ゃ食い/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人が多い	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 カ月後	
	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 カ月後	
	(% )		(% )		(% )	
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 カ月後
	(%)	(%)	(%)
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 カ月後
	(%)	(%)	(%)
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 カ月後
	(%)	(%)	(%)
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 カ月後
	(%)	(%)	(%)
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)

ベースライン	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 (%)
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 カ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

