

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ばらつきが大きい。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いままでなかった。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)を本分担任の成果物とする。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。

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て述べられており、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」)。当分担当はこれを受けて、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)得て、調査の実施と分析を行っ

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 ±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11.8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る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るとは、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ないが、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

本分担任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ないことである。実際に地域のギャンブル問題に関わってきた分担任メンバーに共通の経験として、声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、治療へ自信を持って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もの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

本分担任に与えられた「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。本分担任はここまでの研究、分担任内の議論を経て「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、本分担任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)を本分担任の成果物とする。

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に関しても、地域の中での事例検討会を考えると、声の大きい人の意見や、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任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、分担任メンバーが外向して各地域で「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、当分担任は「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ます。

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		性別	男性 ・ 女性
職種		年齢	歳
年齢		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連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回など行われていますか。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

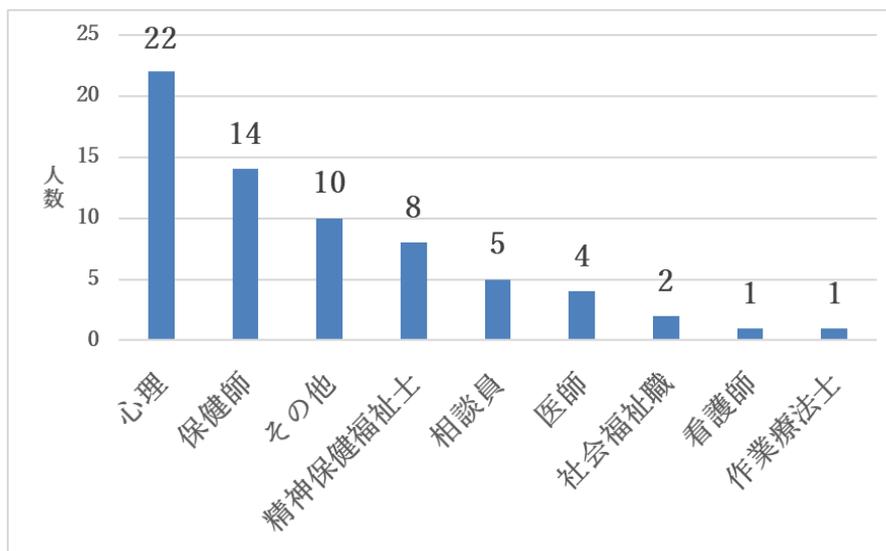


表 3. 実務経験度数

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

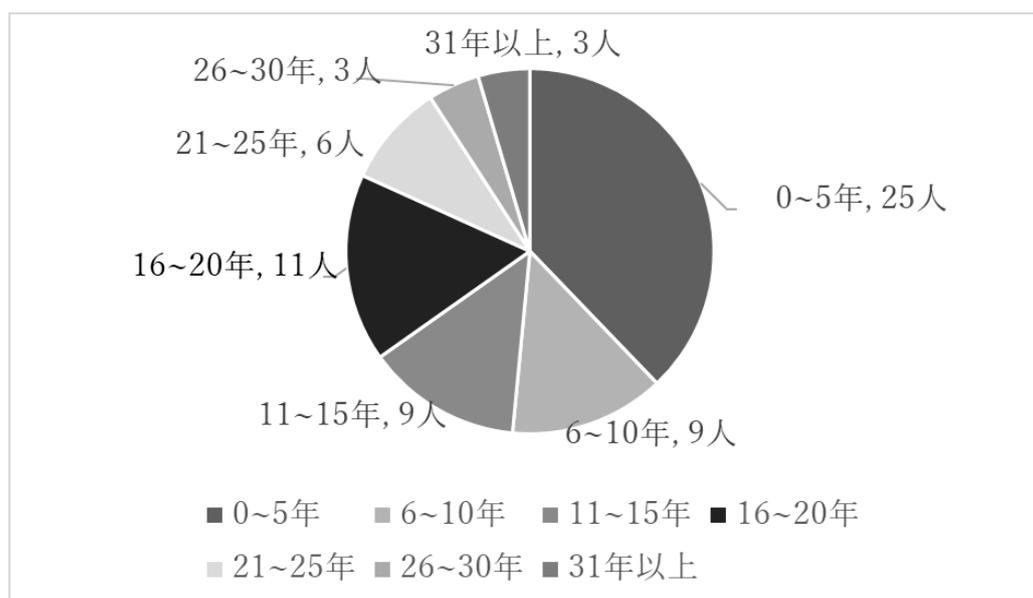


表 4. 各都道府県におけるギャンブル等依存症関連施設数と割合 (n=67)

	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

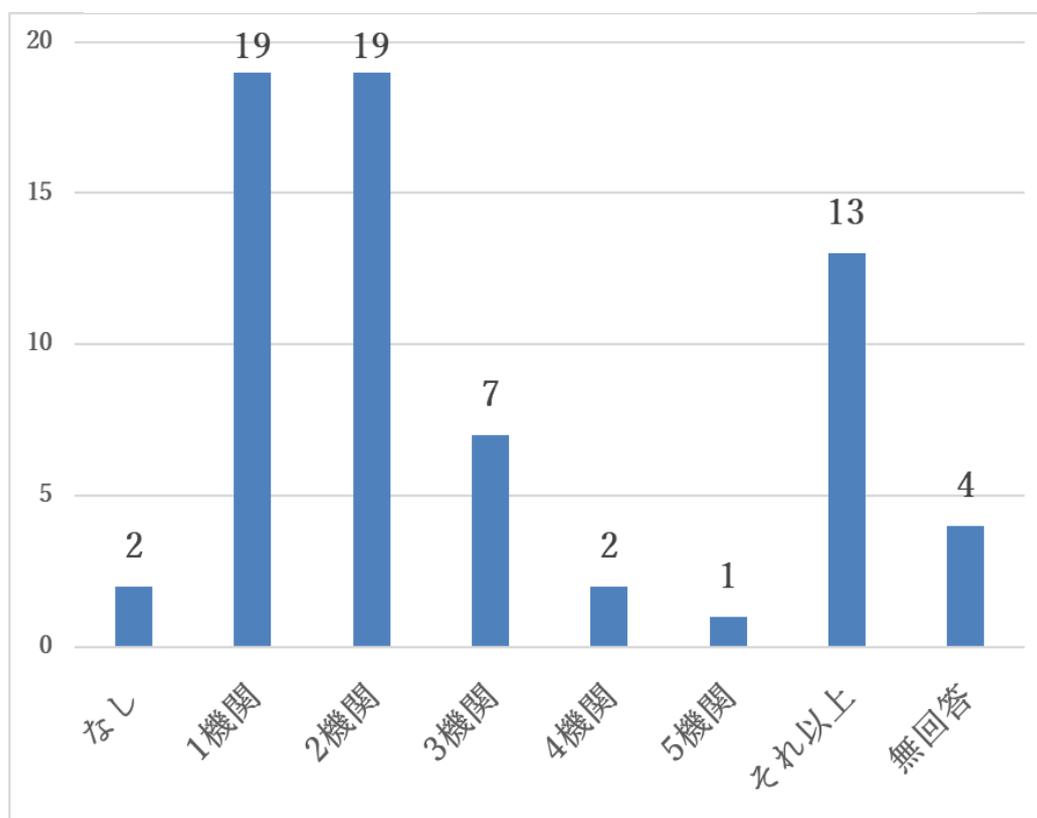


図 4. 相談できる医療機関数の割合

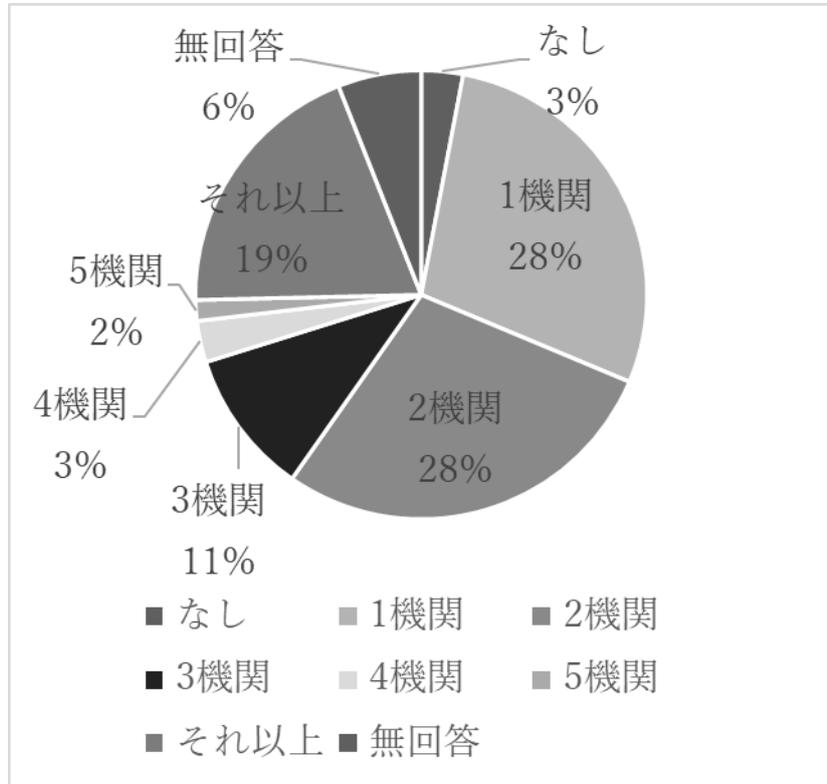


図 5. 入院可能な医療機関数

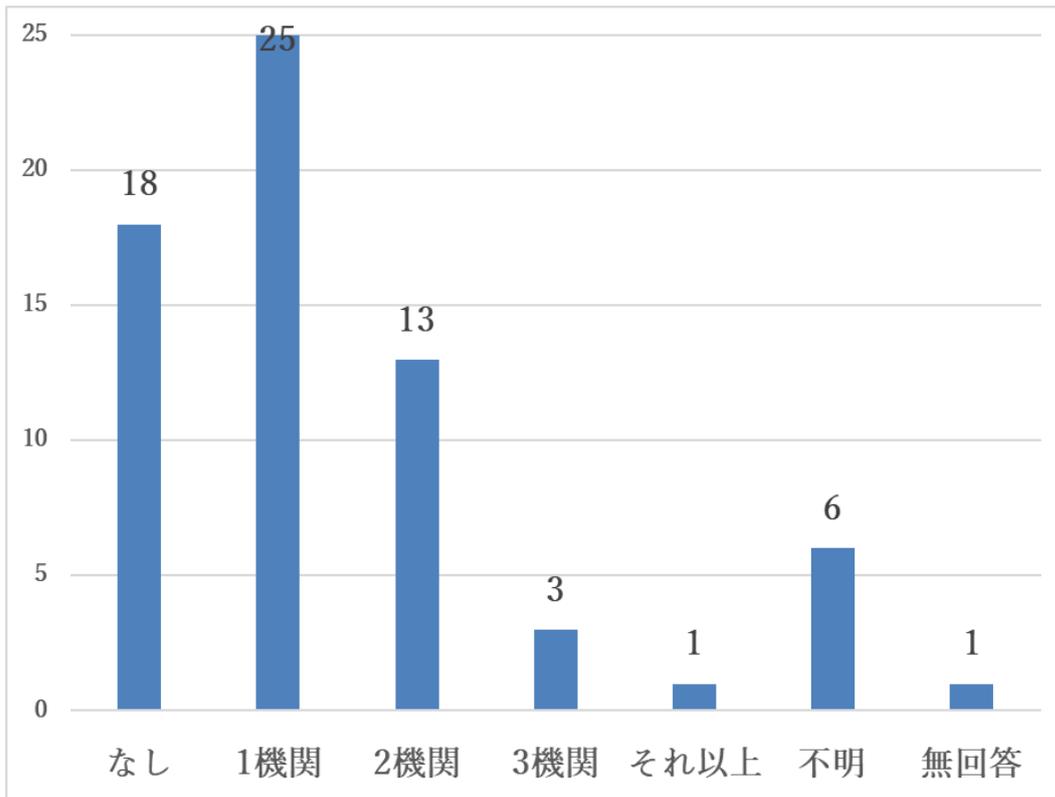


図 6. 入院可能な医療機関数の割合

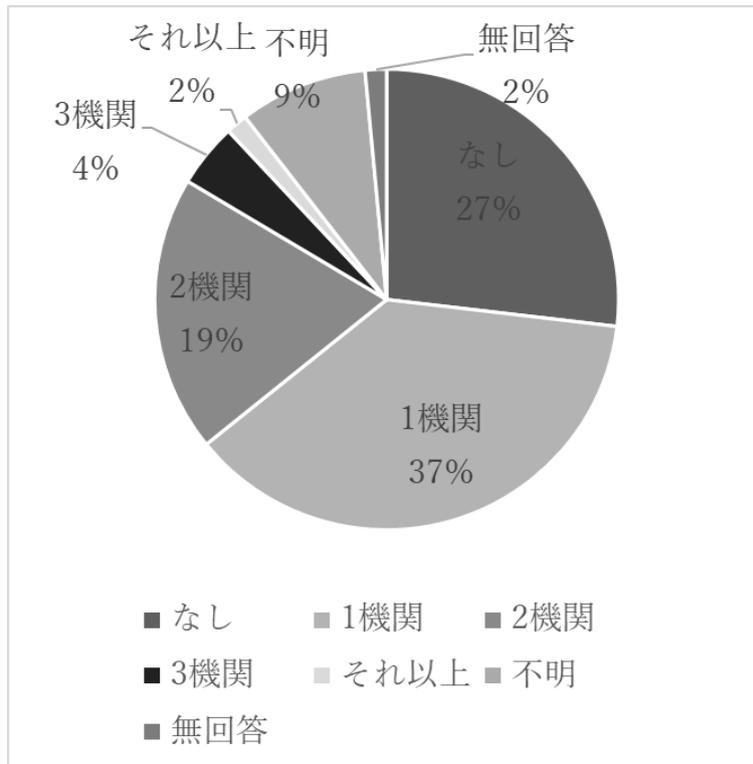


図 7. 専門プログラムを有する医療機関数

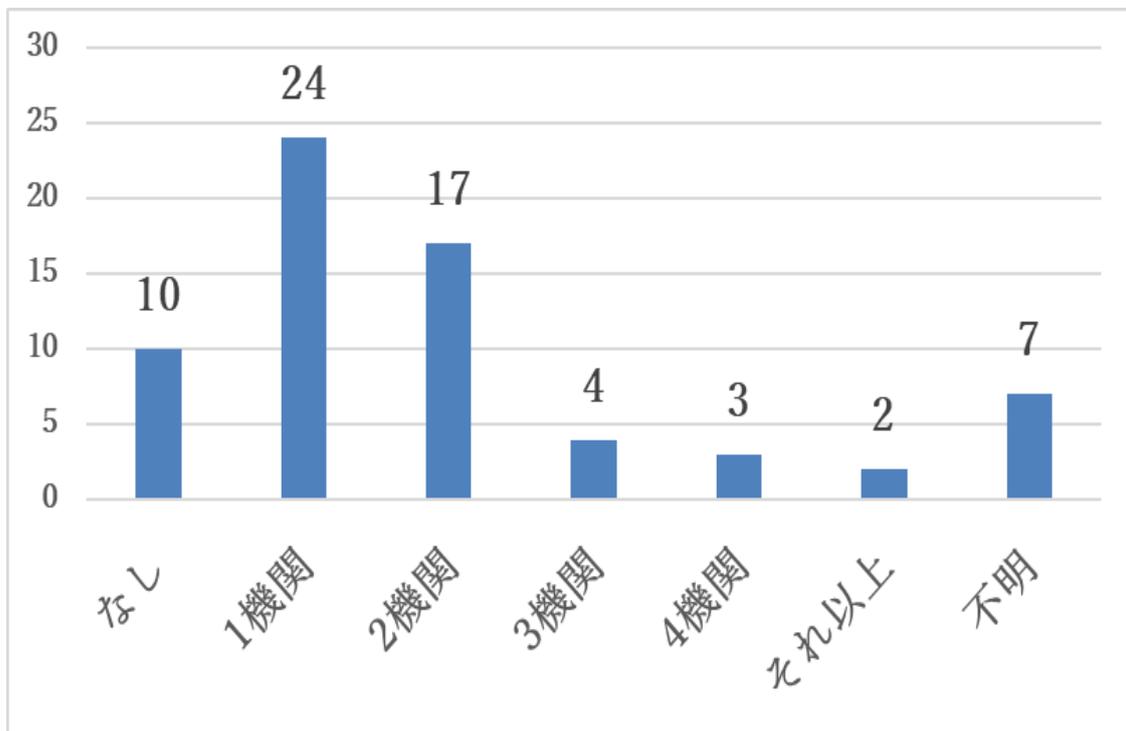


図8. 専門プログラムを有する医療機関数の割合

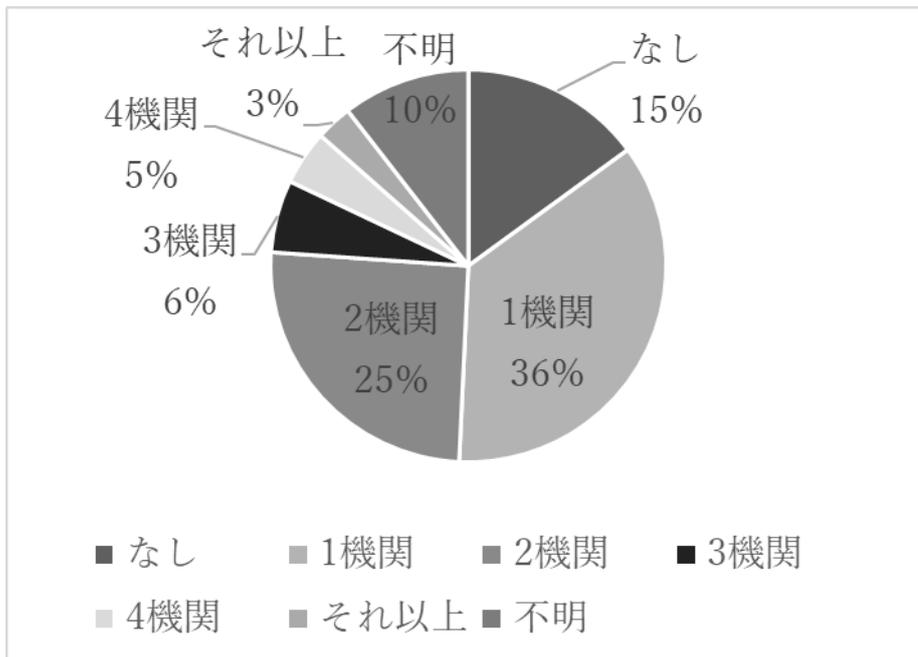


図9. 治療拠点機関数

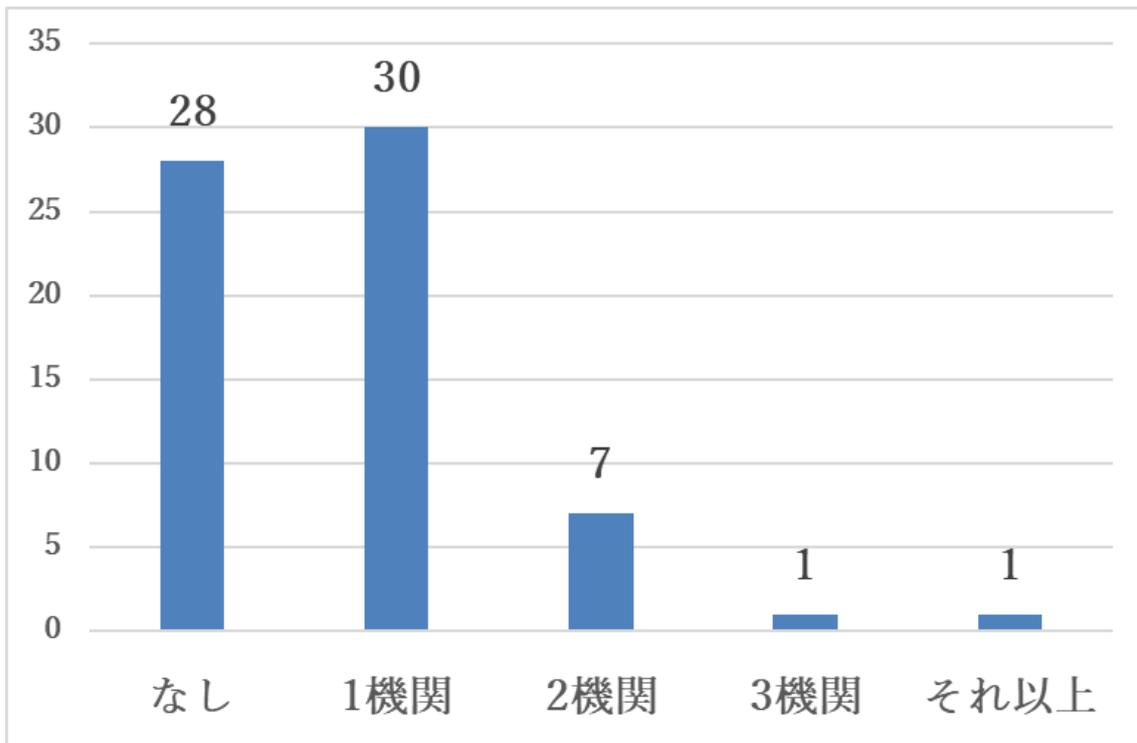


図 10. 治療拠点機能数の割合

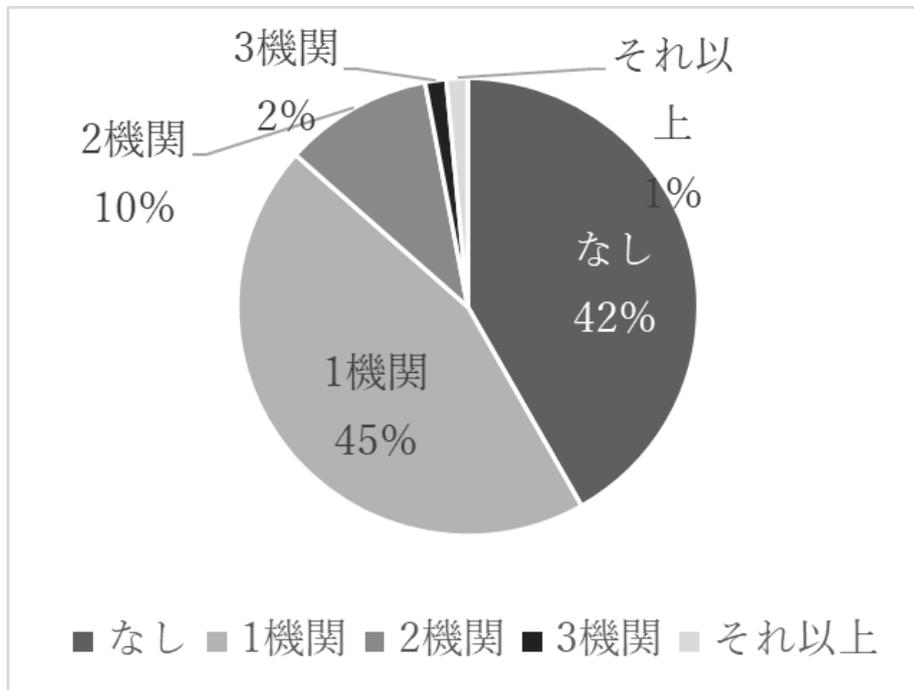


表 5. 治療拠点病院についての機能評価数とその割合

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

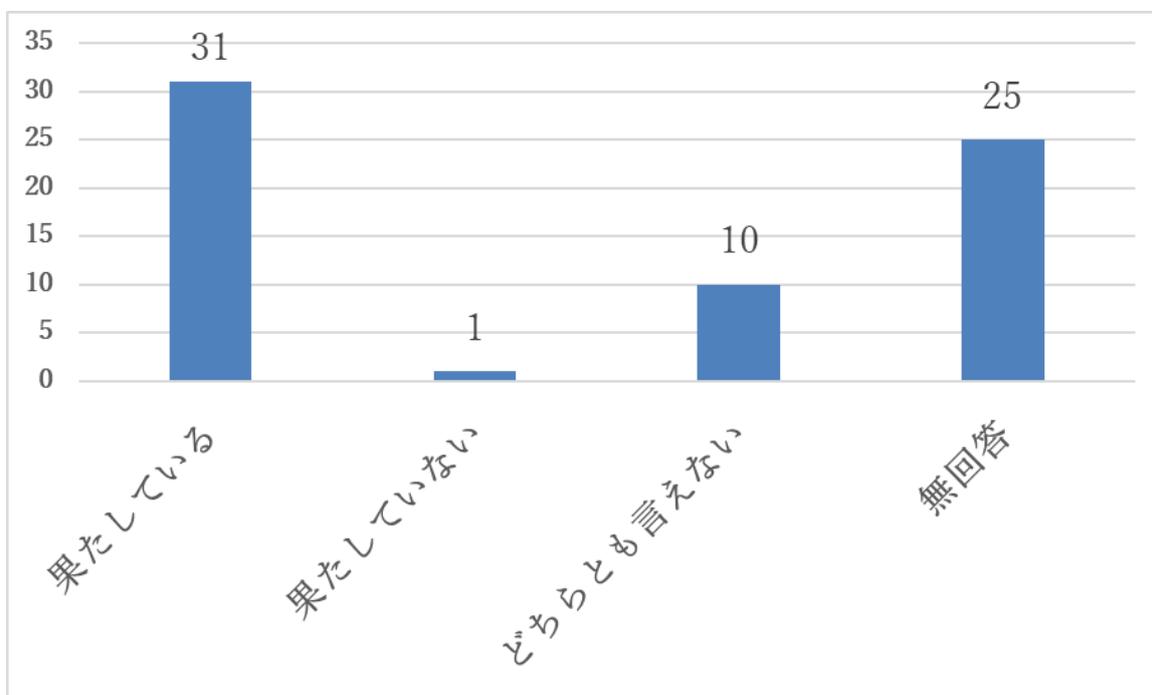


図 12. 治療拠点病院についての機能評価数の割合

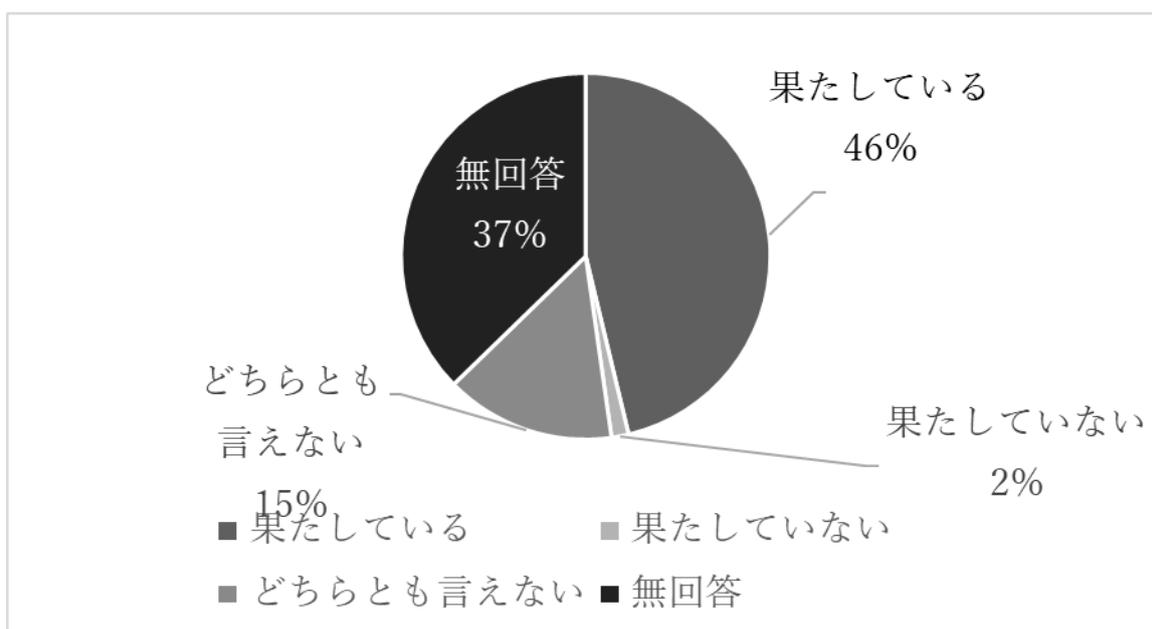


表 6. 家族を対象とした支援団体数と割合

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

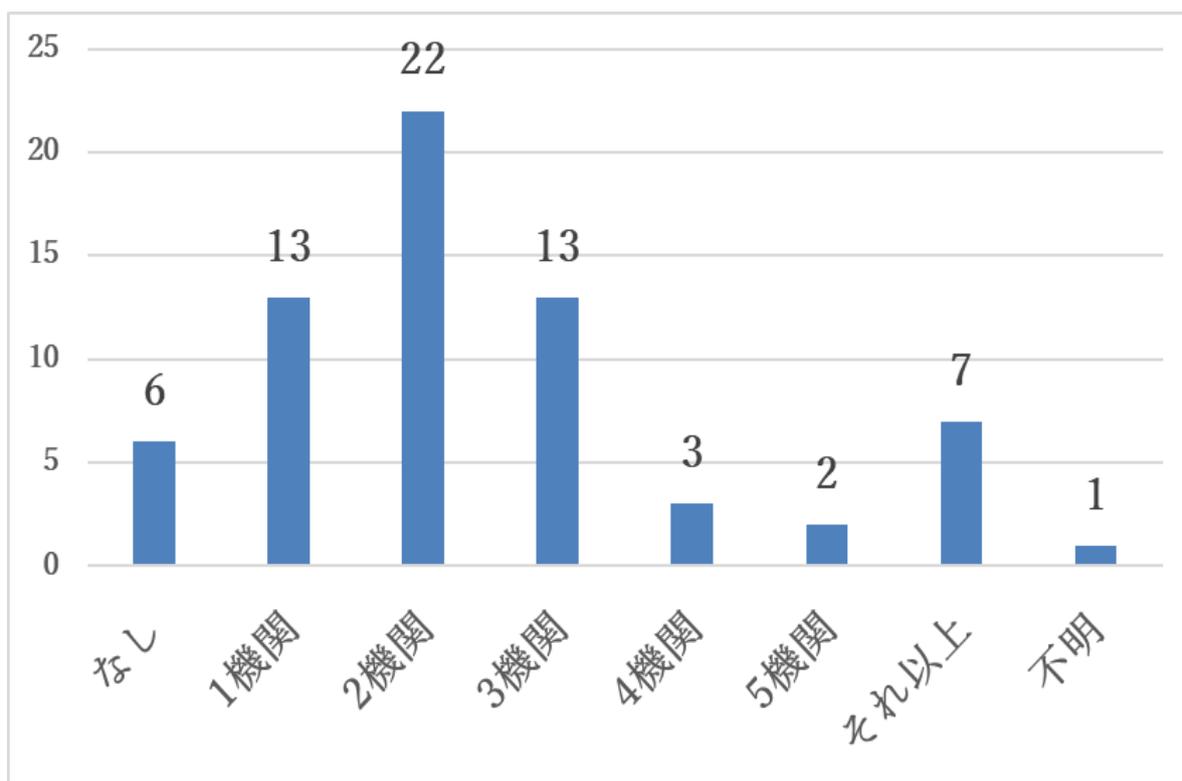


図 14. 家族を対象とした支援団体数の割合

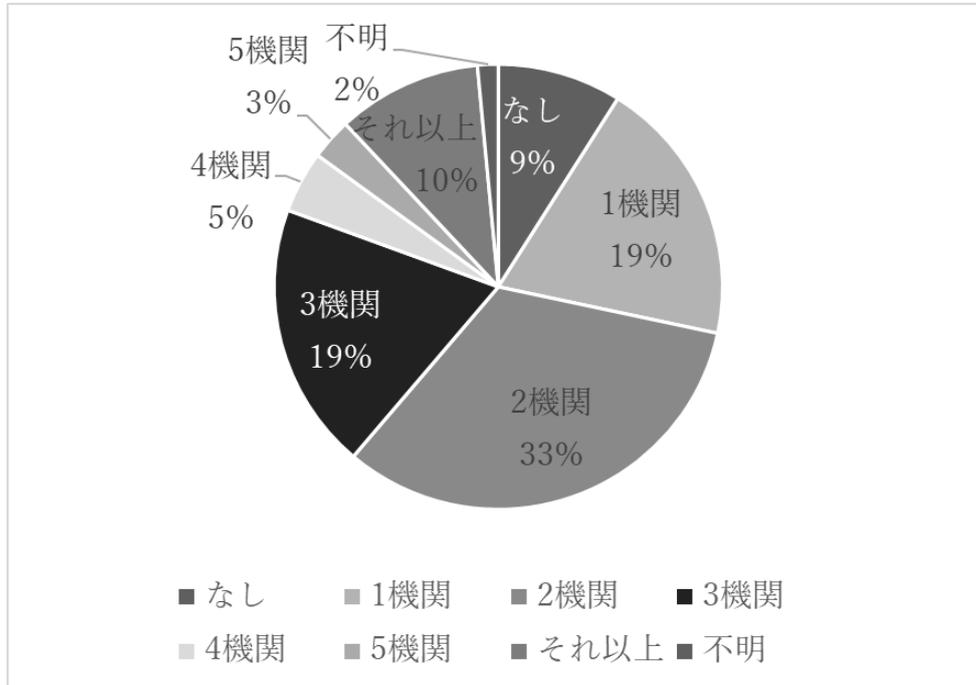


表 7. 家族を対象とした支援団体における年間ミーティング開催数とその割合

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

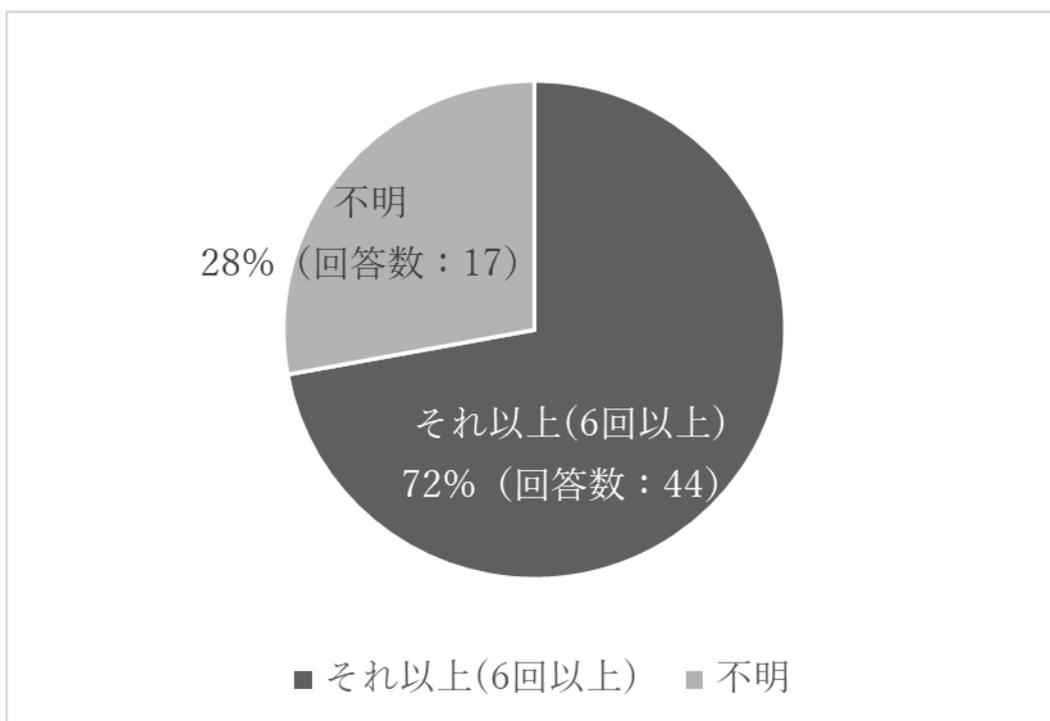


表 8. 対応可能な回復施設数と割合

	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

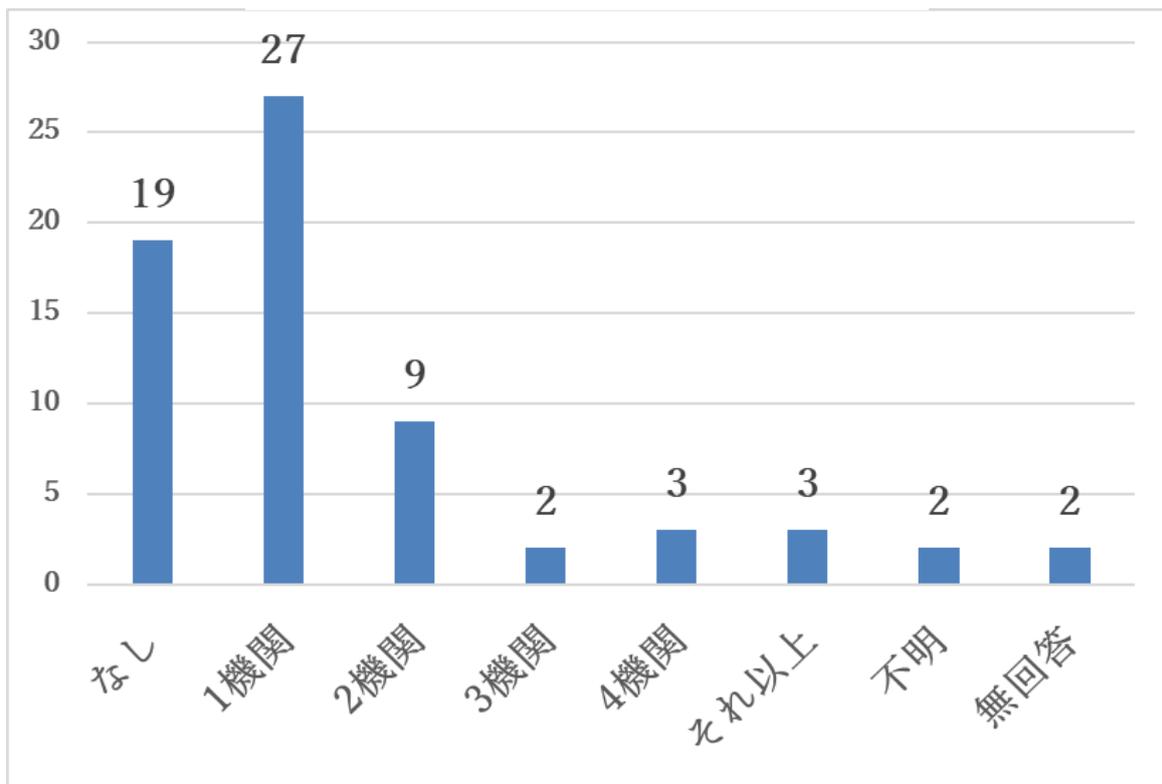


図 17. 対応可能な回復施設数の割合

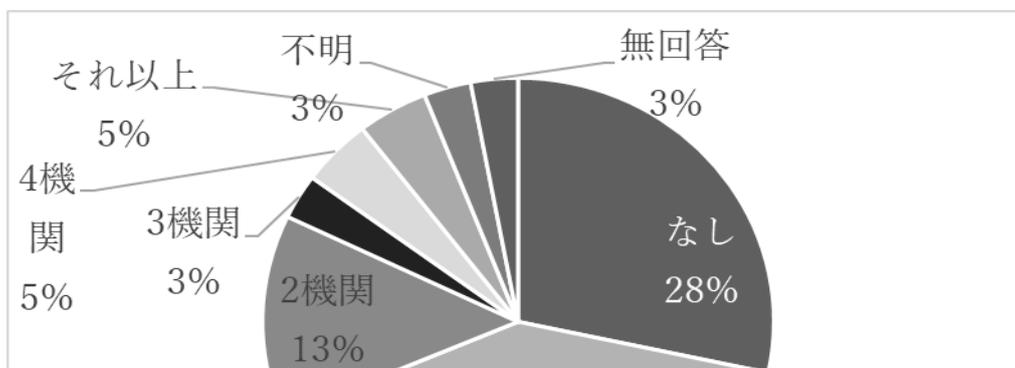


表 9. 当事者向けの回復プログラムの有無とその割合

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

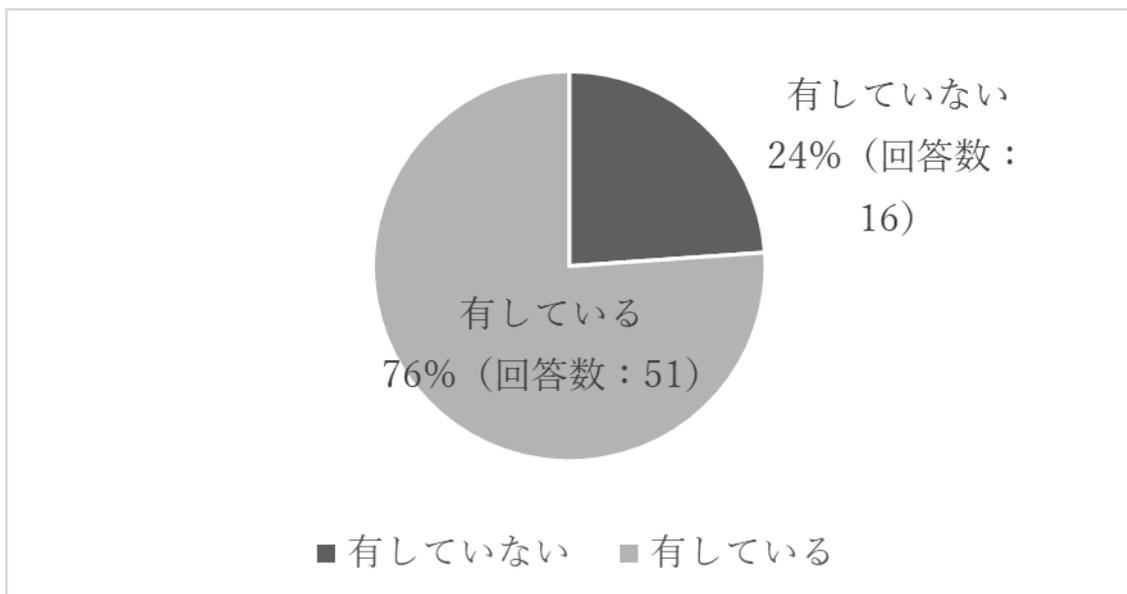


表 10. 家族を対象とした回復プログラムの有無とその割合

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

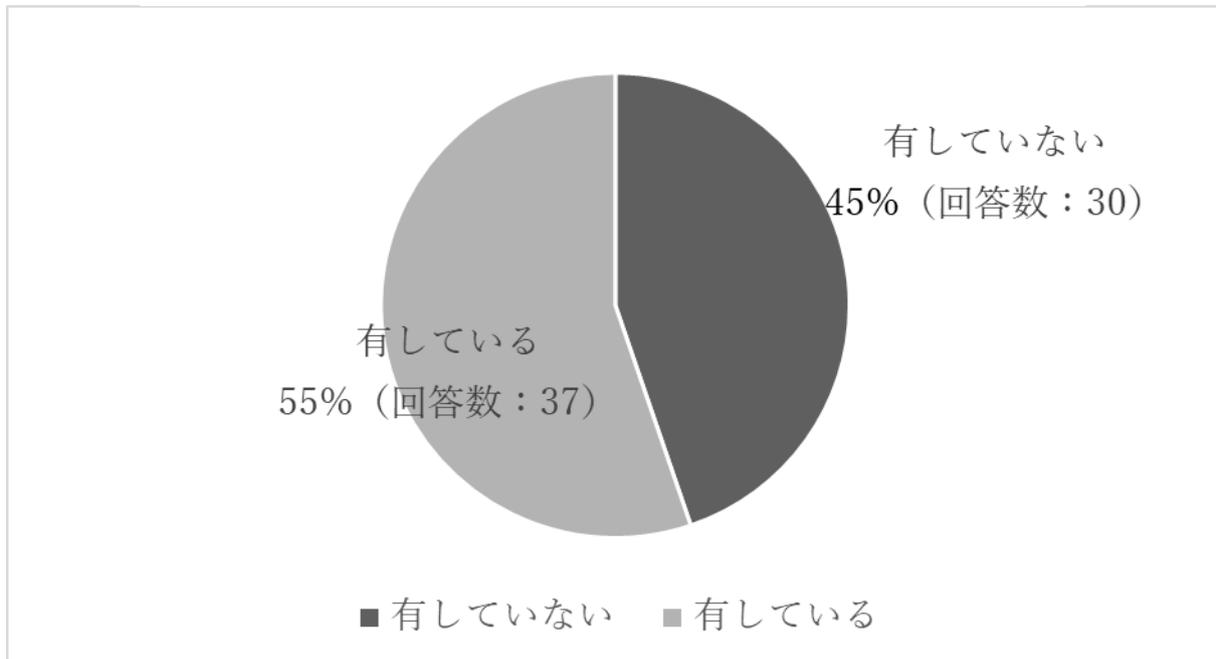


表 11. 債務整理の相談先の有無とその割合

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%

図 20. 債務整理の相談先の有無に関する割合

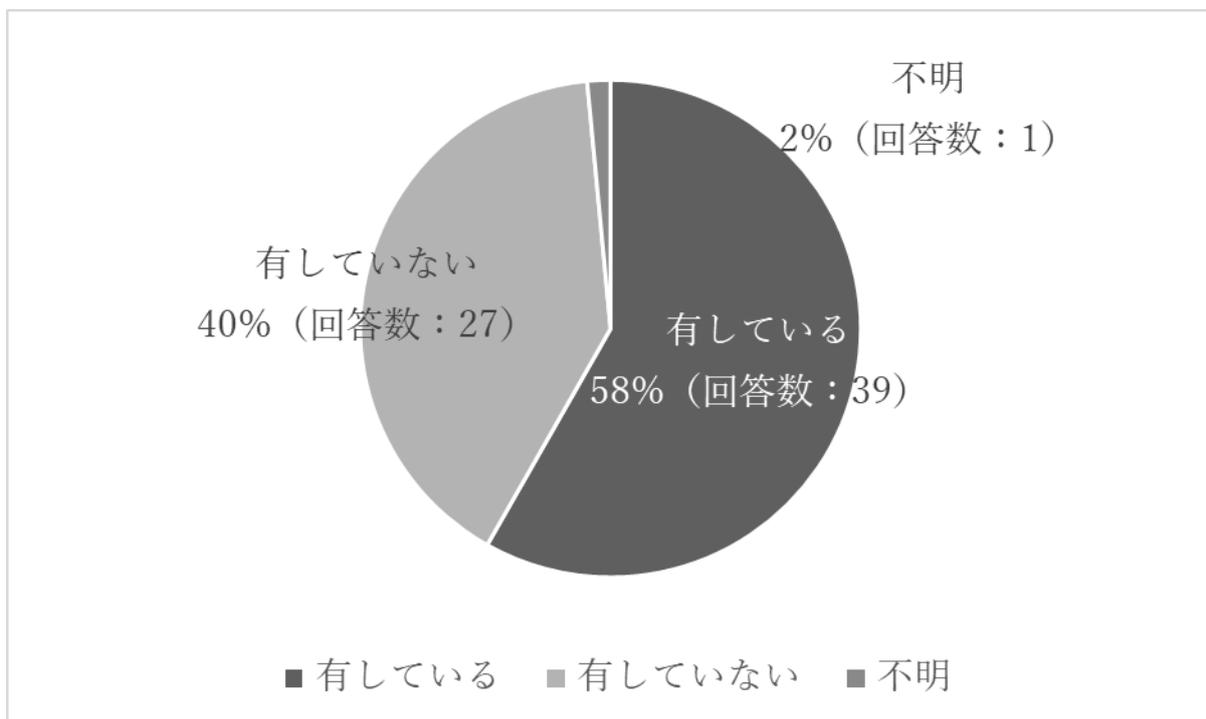


表 12. 貸付自粛制度の知識の有無とその割合

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

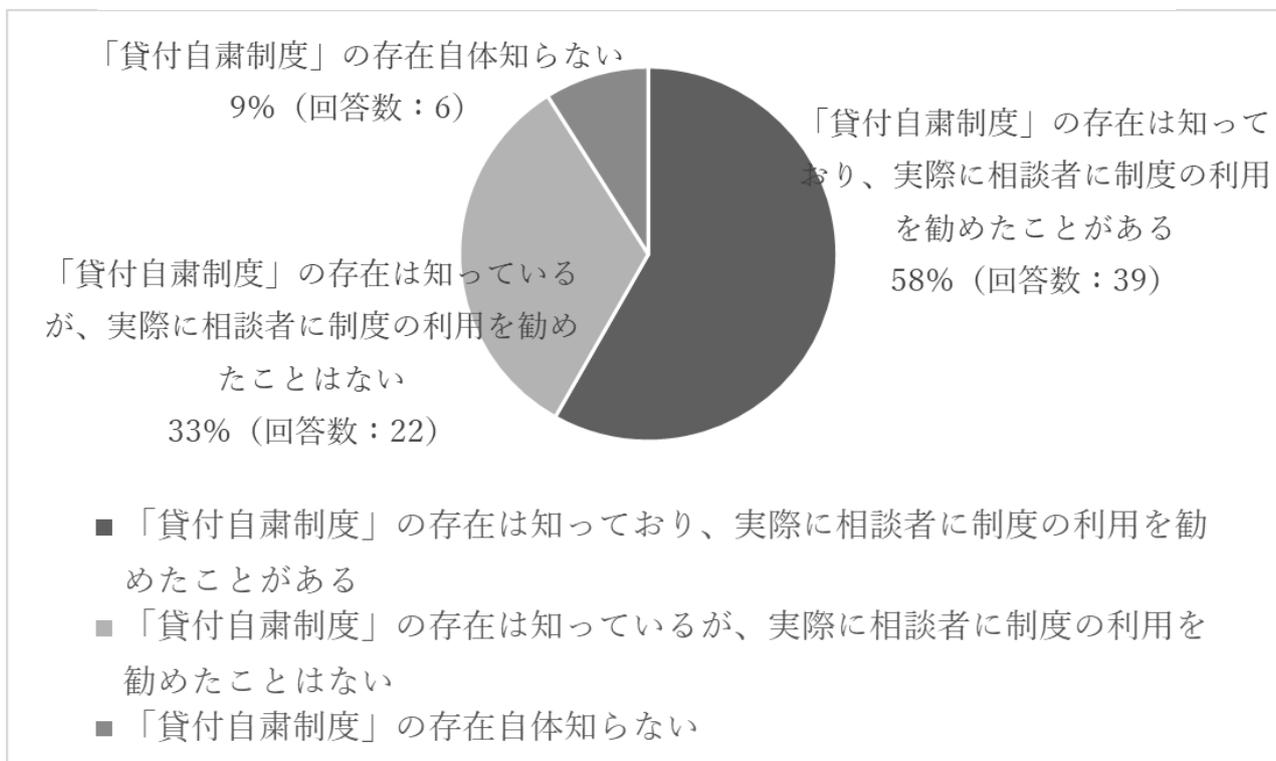


表 13. 研修を受講したスタッフの人数とその割合

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

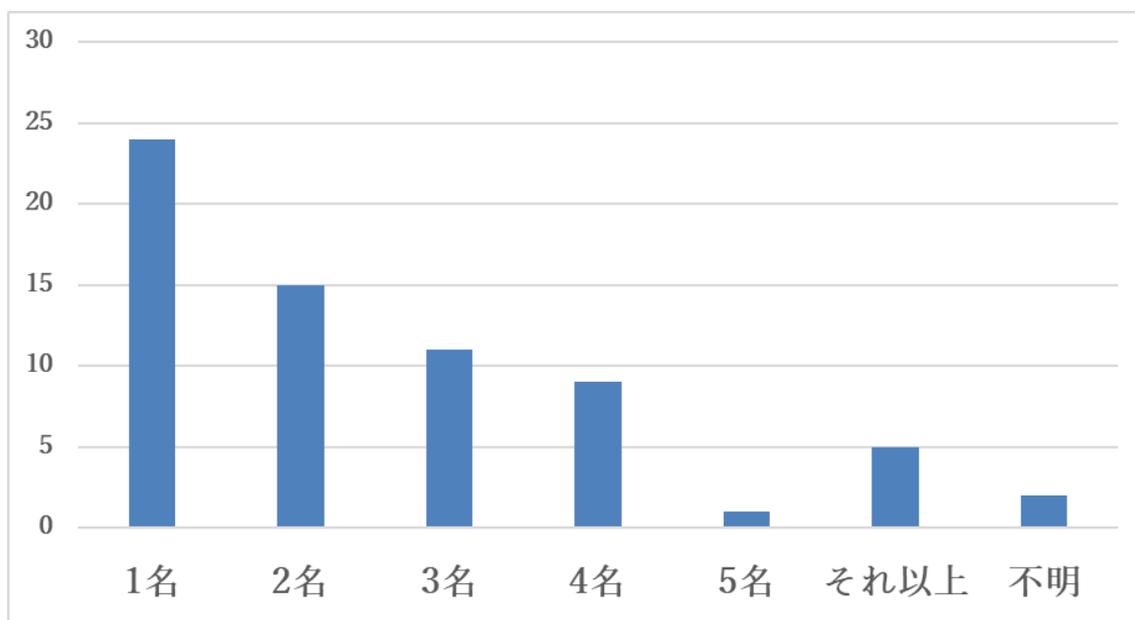


図 23. 研修を受講したスタッフの割合

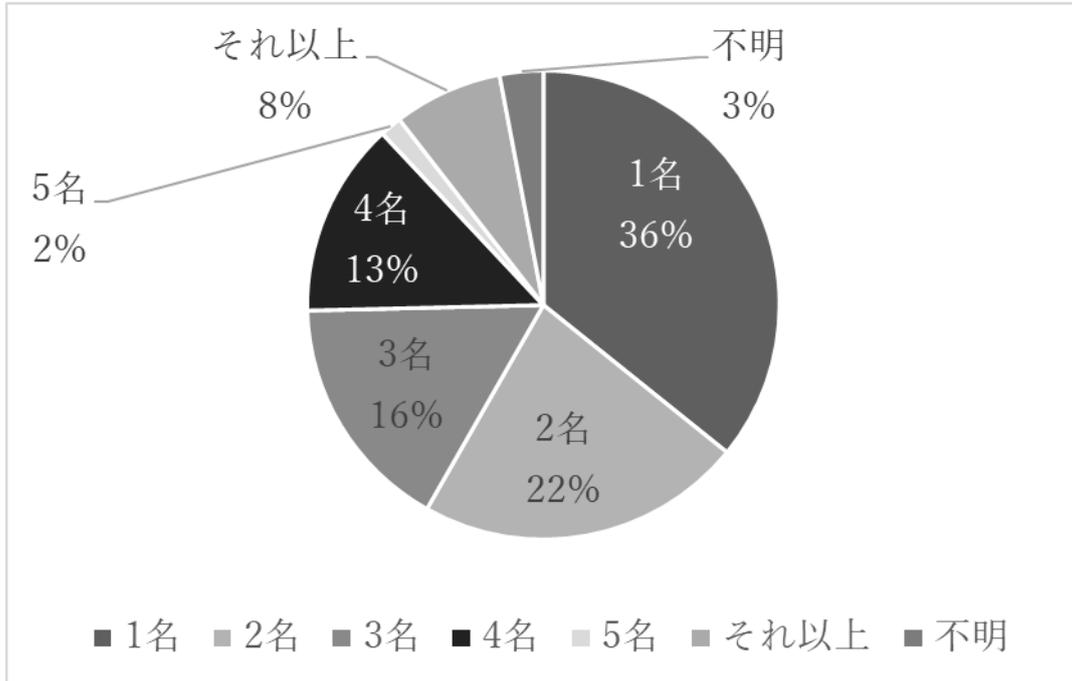


表 14. 連絡会や事例検討会の年間開催回数とその割合

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

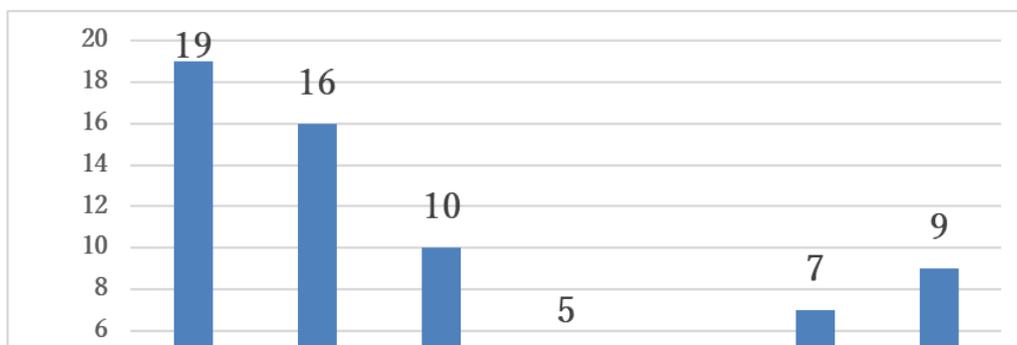


図 25. 連絡会や事例検討会の年間開催数の割合

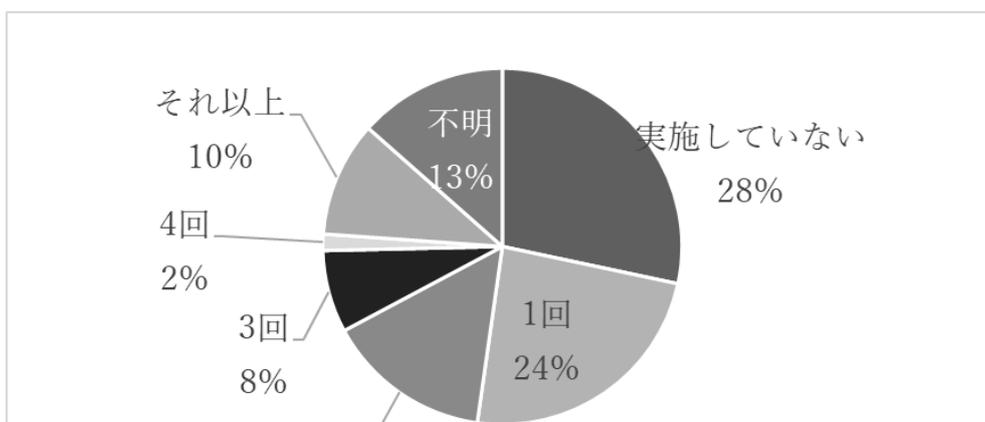


表 15. アクセス制限の知識の有無とその割合

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

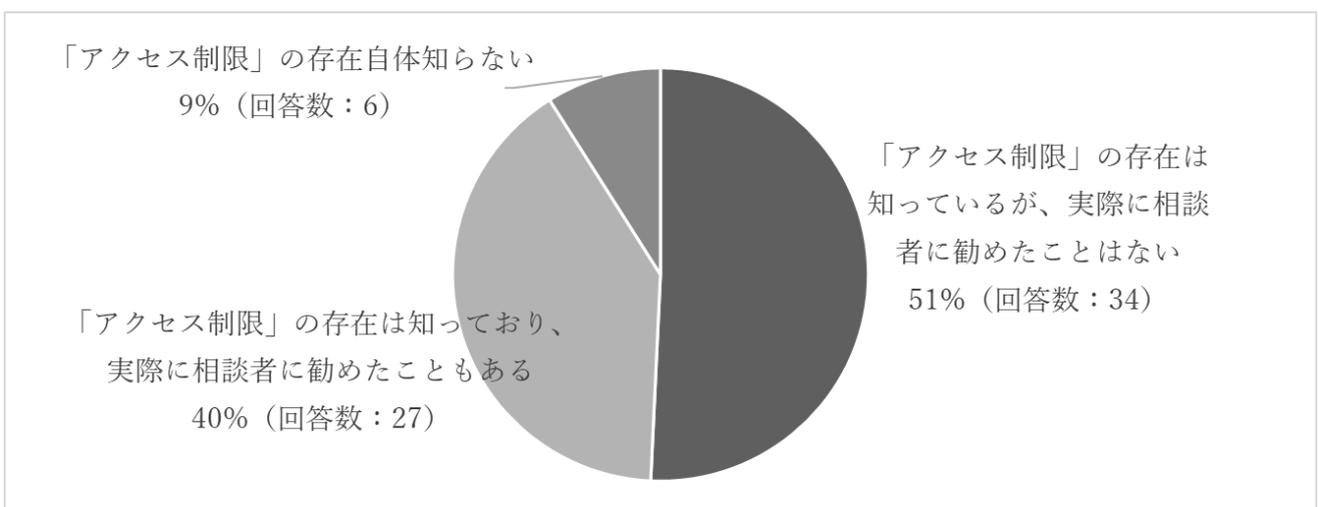


表 16. 公営競技の運営機関からの相談の有無とその割合

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

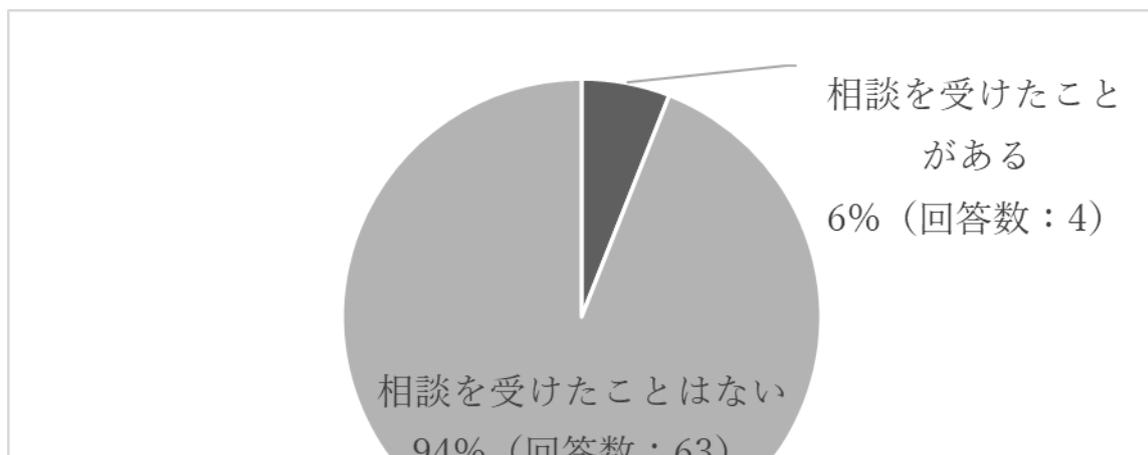


表 17. 「相談できる医療機関数が1か所以下」と回答した群の支援における
不足している点や改善点の一覧

「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）
<ul style="list-style-type: none"> ・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。
<ul style="list-style-type: none"> ・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
<ul style="list-style-type: none"> ・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。
<ul style="list-style-type: none"> ・支援できる機関がまだ少ない。
<ul style="list-style-type: none"> ・人員不足
<ul style="list-style-type: none"> ・対応する医療機関の不足、家族支援機関の不足
<ul style="list-style-type: none"> ・回復施設、治療機関の不足
<ul style="list-style-type: none"> ・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
<ul style="list-style-type: none"> ・回復プログラムをしている医療機関、回復施設
<ul style="list-style-type: none"> ・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。
<ul style="list-style-type: none"> ・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。
<ul style="list-style-type: none"> ・つなげる施設と病院、支援者がいない。
<ul style="list-style-type: none"> ・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。
<ul style="list-style-type: none"> ・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

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(ギャンボンのと連携はあり)、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）
・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。

<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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
<ul style="list-style-type: none"> ・ 対応可能なスタッフ不足
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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
<ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村ベースで初期相談が受けられないことや、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
<ul style="list-style-type: none"> ・ ギャンブル等事業者との連携
<ul style="list-style-type: none"> ・ 関係機関の間の連携
<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族教室
<ul style="list-style-type: none"> ・ 弁護士や司法書士等の法律家との連携
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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
・SAT-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クル・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ます
・当センターにおいて当事者グループを有しているため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ため、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集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てん化を目的に、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）
<ul style="list-style-type: none"> ・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
<ul style="list-style-type: none"> ・なし
<ul style="list-style-type: none"> ・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。
<ul style="list-style-type: none"> ・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。
<ul style="list-style-type: none"> ・警察機関との連携
<ul style="list-style-type: none"> ・ギャンブル依存に対応する医療機関が不足。
<ul style="list-style-type: none"> ・診てくれる医療機関が非常に少ない
<ul style="list-style-type: none"> ・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。
<ul style="list-style-type: none"> ・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。
<ul style="list-style-type: none"> ・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。
<ul style="list-style-type: none"> ・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られればと考えている
・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ったが、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」を考えていくきっかけ・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に限られる

<ul style="list-style-type: none"> ・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。
<ul style="list-style-type: none"> ・現在保健所圏域ごとに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。
<ul style="list-style-type: none"> ・不明
<ul style="list-style-type: none"> ・連携会議の開催
<ul style="list-style-type: none"> ・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）
<ul style="list-style-type: none"> ・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
<ul style="list-style-type: none"> ・なし
<ul style="list-style-type: none"> ・まだまだ地域精神保健福祉の相談窓口で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。
<ul style="list-style-type: none"> ・ギャンブル依存に対応する相談機関も少ない
<ul style="list-style-type: none"> ・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。よろしく願います。
<ul style="list-style-type: none"> ・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。
<ul style="list-style-type: none"> ・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なく、もっと多角的に支援を考えていく必要があるのではないのでしょうか。

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）
<ul style="list-style-type: none"> ・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。
<ul style="list-style-type: none"> ・特になし
<ul style="list-style-type: none"> ・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。
<ul style="list-style-type: none"> ・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。
<ul style="list-style-type: none"> ・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。
<ul style="list-style-type: none"> ・特になし
<ul style="list-style-type: none"> ・成功しているモデルについての情報共有
<ul style="list-style-type: none"> ・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

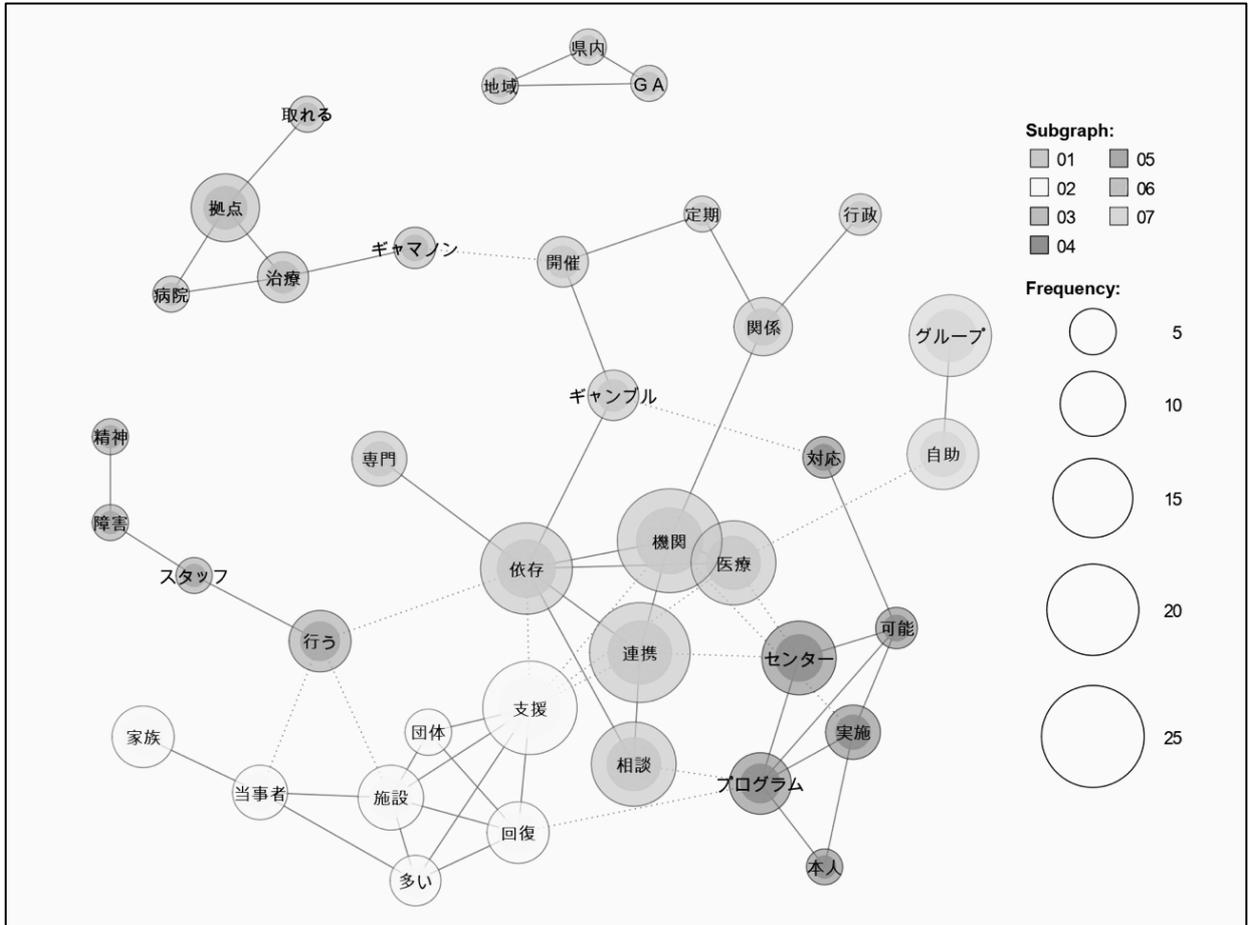


図 29. ギャンブル等依存症の支援において、不足している点や改善

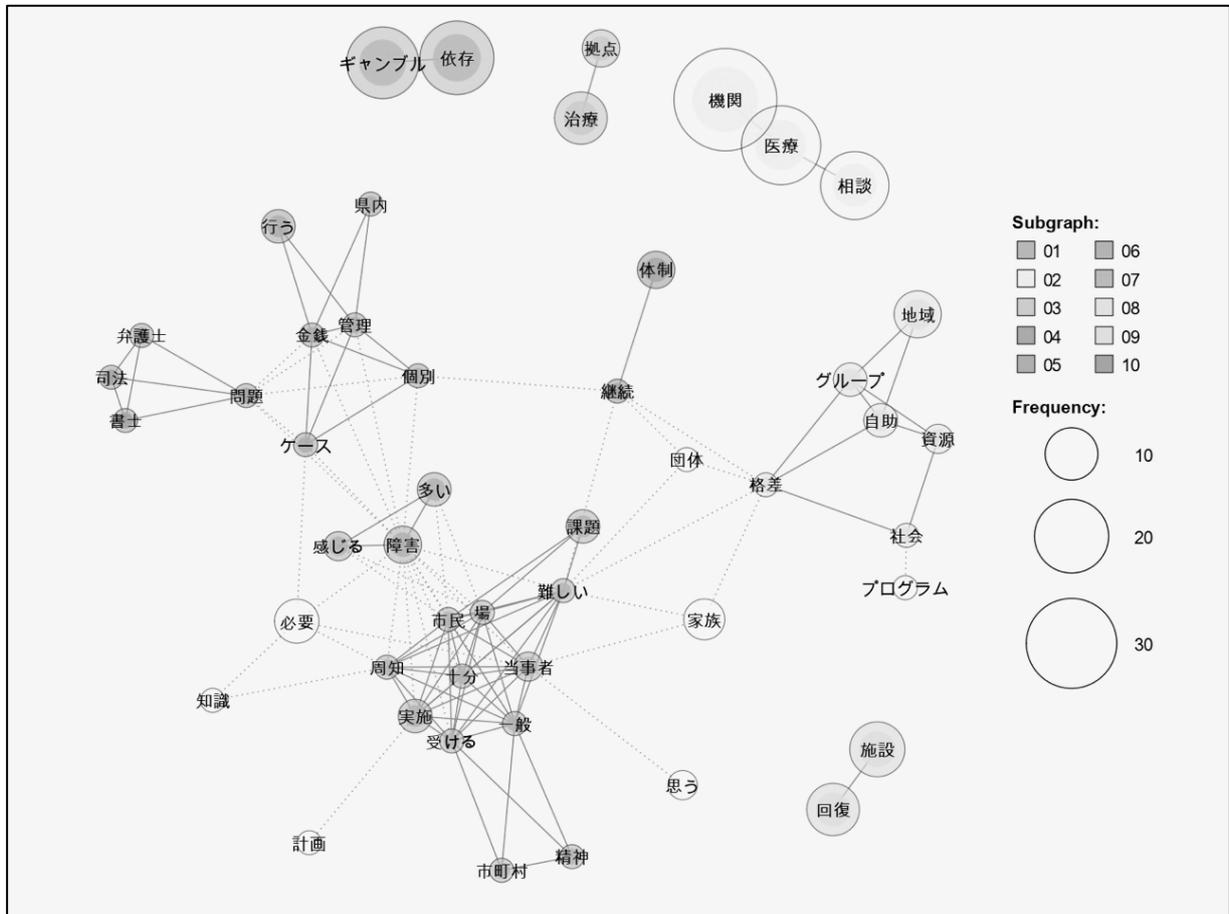


図 30. 行政と医療機関の連携における改善点

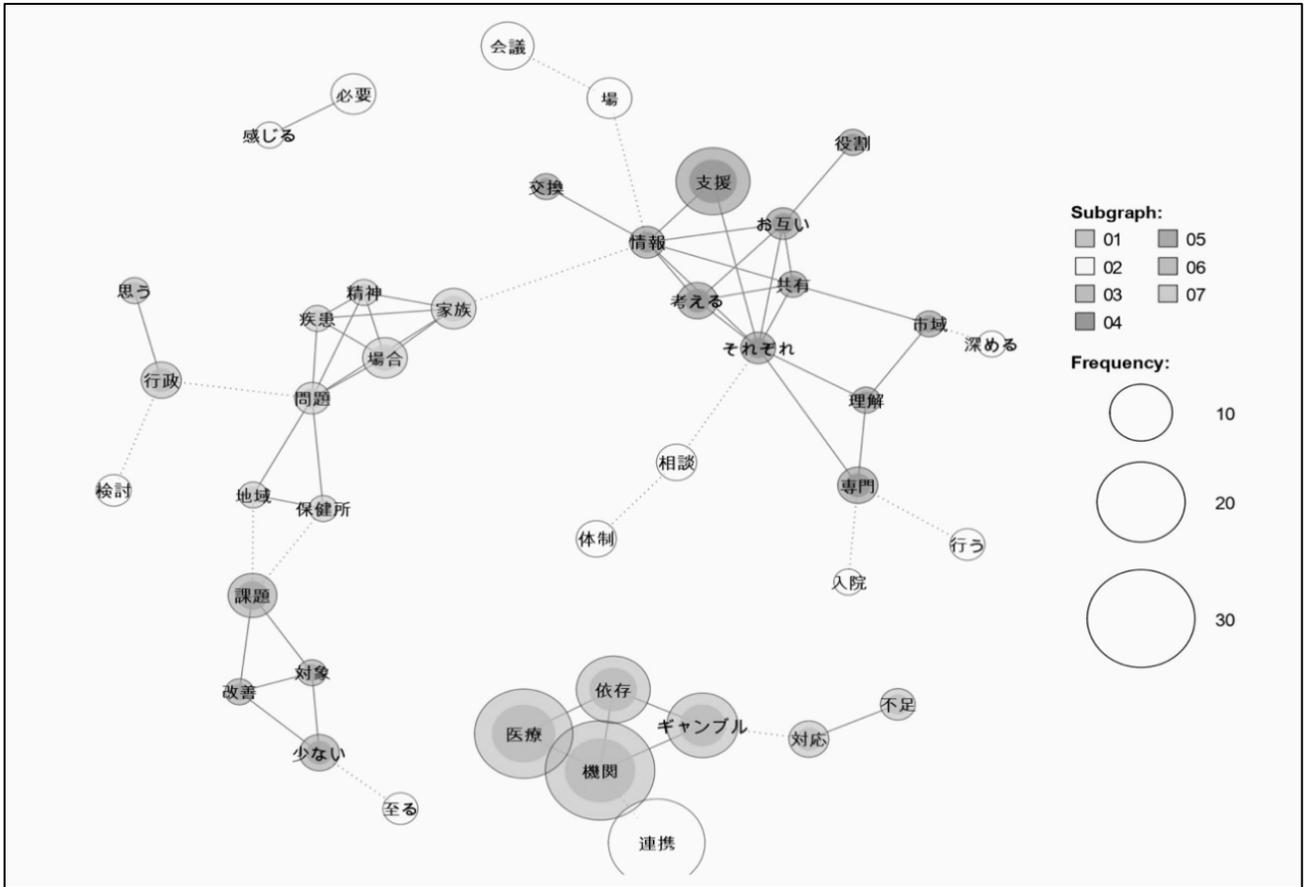


表 25. 各因子間の相関

	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

要因	対数値		p 値
専門プログラム医療機関数	2.217		0.00607
実務経験年数	0.563		0.27348
治療拠点機関数	0.517		0.30400
研修受講職員数	0.394		0.40327
家族支援団体数	0.317		0.48227
入院可能医療機関数	0.289		0.51435
家族会回数	0.229		0.59021
回復施設数	0.180		0.66092

図 32. 自由記載の分析

