

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等化を図る。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、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、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%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か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、コロナウイ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。コロナウイ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タ

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变化し、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。

分担研究者氏名・所属機関	藤城 聡 愛知県精神保健福祉センター
白川教人 横浜市こころの相談センター	小原圭司 島根県立心と体の相談センター
森田展彰 筑波大学精神保健学	川口貴子 福岡市精神保健福祉センター所 長
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	本田洋子 福岡市精神保健福祉センター
宋 龍平 岡山県精神科医療センター診 療課	杉浦寛奈 横浜市こころの健康相談セン ター
佐久間寛之 国立病院機構さいがた医療セ ンター	片山宗紀 横浜市こころの健康相談センタ ー
研究協力者氏名・所属機関	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
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	新井清美 信州大学学術研究院保健学系 准教授
天野 託 栃木県精神保健福祉センター	

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。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。

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チャットロボット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ロボット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。当分担当は、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、汎用性の高いインタビューシートの作成。
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、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、共通の予診票に従って情報を聴取し、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ギャンブルに使った金額の平均、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げた内容

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、支援の具体的内容、⑤支援機関にながった時期、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うえて、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カ月時のみの調査項目

- 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数 (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、ピアソンのカイニ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 か月経過時および 12 か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。個人情報に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 GAMBOT2 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霈化を図る。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 問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ことについては、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その他、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が、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、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った。

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、問題ギャンブラーとされる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、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か月後は84.2%、6か月後は、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か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か月後では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か月後で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。

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) ギャンブルに使った金額

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、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

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。

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

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。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。

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か月間の改善が示された。ギャンブルの有無で比較したところ、ギャンブルのない者で 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点数とギャンブルの有無に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。

21) PGSI

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. 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「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。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

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に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

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)が具体的に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)が挙げられた。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) コロナウイ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)が挙げられた。

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にくかった(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)が挙げられた。

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。

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 ヶ月の治療期間中、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 ヶ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 ヶ月後の追跡調査において、過去 1 ヶ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 ヶ月後の時点で、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 の参加回数に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

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。その後には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 ヶ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 か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に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。

Monnat et 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、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な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。

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った。

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。

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 2 3 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して、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を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「与えられた現実を目を向ける」、[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数 (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 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 群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 か月後、12 か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 ヶ月時 75.0%、12 ヶ月時 68.8% であり、併存症のない群では、3 ヶ月時 90.0%、12 ヶ月時 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 ヶ月時 80.8%、3 ヶ月時 76.9%、12 ヶ月時 45.8% であった。併存症のある群では、0 ヶ月時 68.8%、3 ヶ月時 62.5%、12 ヶ月時 35.7% であり、併存症のない群では、0 ヶ月時 100.0%、3 ヶ月時 100.0%、12 ヶ月時 60.0% であった。

3) SOGS スコア

被験者全体の SOGS スコアは、0 ヶ月時

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チャットロボット 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掲載された「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、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るか」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関していた、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られる。

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断・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そうである。

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。そ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の効果出していないといっても、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の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 ヶ月後、15 ヶ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 ヶ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：見過されている。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して述べている。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、ギャマノンを中心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わり得点が高い。

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、同じ立場で苦勞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事が多く、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、そ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、家族を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。そ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。そうした視点で、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の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ていく考えが使われており、そ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られ、日本でもそ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、症例数が少ないこ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断率が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」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。

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

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義感を持つこと。

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の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連する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：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
 - 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・薬物医学会雑誌 56(6), 250, 2021
 - 5) 宮田久嗣. 妄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.
 - 6) 宮田久嗣. 妄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—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会誌 2022 ; 57 (1) : (印刷中)
 - 10) 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
- 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—、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)

- 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