

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

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

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

研究分担者 森田展彰 筑波大学 医学医療系 社会精神保健学准教授

研究要旨

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

研究Ⅰ：ギャンブル障害当事者の自助グループの研究

研究Ⅰ-1：GAの文献研究。

- 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Ⅰ-2：GAの利用者のインタビュー調査

全国各地のGAに継続的に参加者(11名)に、GAでの体験や回復や社会に求めるものなどのグループインタビューを行い、言表をMAXQDAというソフト質的分析を行った。

- ① 発言を分類して得た5つのカテゴリーは、i.自助グループにつながる以前の苦勞、ii.自助グループへにつながる経緯(「つながることへの抵抗や否認は最初あったし、続くこともある。」)、iii.自助グループの有効性、iv.様々な自助グループに利用の仕方、v.関連機関や社会における自助グループの理解」であった。
- ② これらをもとにした分析により、自助グループでは、同じ立場の仲間が迎えられ、正直になれる場を提供されることや、12ステップにより、考え方が変わり、生きていることが肯定的にとらえられるようになることが言及されていた。但し、自助グループ開始時には、すぐに効果が実感できないことがあり、そうした時期を超えていくアドバイスが重要であること、地域によって自助グループの数や内容に偏りがあることなどの所見が得られた。

研究Ⅰ-3：入所型回復施設による回復過程

- ① 入所型回復施設グレイスロードの調査の結果、利用者には多額の借金、家族との離婚や別離、自殺、暴力、アルコール・薬物問題・犯罪を生じている重篤な事例の割合が高かった。
- ② 利用期間で分けた4群(3か月以内、4-13か月、14か月-2年、2年以上)を比較すると、利用期間がない群ほどギャンブル障害の症状が低下していた。一方、ギャンブルに関する認知の歪みは、3か月以内より4-13か月の方は高く、14か月-2年ではそれより低下し、2年以上では最も低かったことから、施設利用はギャンブルへの認知の変化に結び付くためには、入所による危険な生活環境からの隔離のみでなく、12ステッププログラムや社会復帰における新しい生き方に触れるなどの長期的な体験が必要であることが示唆された

研究Ⅱ：ギャンブル障害の家族の自助グループの研究

研究Ⅱ-1：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

- ① 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、ギャンマ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。
- ② 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。
- ③ 自助グループを主に用いている群の方が、WHO/QOL、依存症への理解得点、当事者への肯定的な関わり得点が高い。

研究Ⅱ-2：ギャンマン利用者に対するグループインタビュー調査の結果

昨年度報告書では、GAやギャンマンの利用者に対するグループインタビューをもとに、その有効性や課題についてまとめた。

- ① ギャマノンにつながるきっかけは、医療機関、行政、消費者相談等からの勧めや後押しがあったことが示されていた。逆に、担当者の誤った対応や、連携不足などがこうした過程を妨げる場合もあることも語られた。
- ② ギャマノンに参加する中で、ギャンブル依存症の知識を得たり、対応の方法を事細かに経験してきた仲間たちに聞くことができることで当事者にも良い影響もあると思われた。
- ③ さらに、ギャマノンに参加し、12 ステッププログラムを進めていく中で、家族自身を深く見つめ、共依存的性質について変える取り組みをしていた。
- ④ 地域によってアノニマスグループが多いところと少ないところがあることがあるなど、ギャマノンは発展途上といえる。

研究 2-3：ギャマノン利用者の回復過程に関する複線径路等至性アプローチ (Trajectory Equifinality Approach, TEA) による研究

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

- ① ギャンブル障害を正しく理解した上で、依存症者の症状に翻弄されていたところから物理的、心理的距離をとることができた。
 - ② 自分自身の感情やニーズを自己認識、自己受容し、それを満たす行動をとることができた。
 - ③ 現実を受け止め、将来に希望を持つこと、経験を役立てようと有意味感を持つこと。
- これらのポイントは、当事者のギャンブル問題での苦しい状況の中で、ギャマノンでの仲間と助けを受けることで生じており、自助グループの具体的な有効性を示すものといえた。

研究 3：全国の民間団体や自助的な活動の研究

- ① R2年度には日本における民間団体 115 件のリストを作り、そのうちの 73 件に質問紙を送り、41 件の回答を得た。このうち、ギャンブル障害を中心とした団体は 13 例であり、2000 年以降ふえているが、まだ少数に止まっていることや地域の偏在が確認された。R
- ② 民間団体の形態や支援内容も多様であり、当事者の入所や通所でのプログラム提供やグループや個別相談、家族へのグループや個別相談、電話やメールによる相談、ホームページなどによる情報提供、講演会、ワークショップ、ニュースレターの発行などが比較的多く行われ、他の機関にはつながることが難しい事例の窓口となっていた。
- ① 同時に改めて各団体の方に意見を聞いたところ、「行政、病院、警察、弁護士などの理解が進み、正しい情報をすぐに受け取り素早く適正な治療が出来るようになって欲しい」などの連携強化を求める意見が多かった。自助グループや民間団体の効果や特徴などをより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であると考えられた。
- ② 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。

研究協力者

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

A. 研究目的

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

このうちの回復支援としては、アルコール薬物依存症のような中毒性の心身の問題はなく、あくまで行動上の病理が主であることから心理療法が中心になる。心理療法としては、認知行動療法 (Cognitive Behavioral Therapy, CBT)

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

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

自助グループの効果や支援体制における位置づけについても十分な検討がなされてこなかった。

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

以上から本研究では以下のような研究目標を立てた。

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

この3つの目標に対して、以下の研究を行った。

研究 I : ギャンブル障害当事者の自助グループの研究

- ・ 研究 1-1 : GA の文献研究。
- ・ 研究 1-2 : GA の利用者のグループインタビュー調査

研究 2 . ギャンブル障害の家族の自助グループの研究

- ・ 研究 2-1 : 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
- ・ 研究 2-2 : ギャマノン利用者に関するグループインタビュー調査
- ・ 研究 2-2 : ギャマノン利用者の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 3 : 全国の民間団体や自助的な活動の研究

B. 研究方法

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

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

研究 1-2 : GA の利用者のグループインタビュー調査

GA の利用者にグループインタビューを行った。これらのグループは匿名の形で運営しており、団体としては調査研究に回答しない方針を持っている。そのため、あくまでもこれらのグループの経験者としての個人的な感想としてお聞きするものである。

調査内容 : 各施団体で対応しているスタッフ

や利用者に以下のような内容のインタビューを行う。自助的な活動を行っている民間団体の場合には、スタッフでもあり利用者でもあるという場合があるので、両方を兼ねている人は両方の立場からの質問を行う。

(利用者へのインタビュー内容)

- ・当該の民間団体をどのように知ったか、またどのように利用してきたか
- ・利用していて助けになったこと
- ・利用にあたって困難に感じたこと
- ・その他、ギャンブル障害の支援に関しての感じていること。

(スタッフへのインタビュー内容)

- ・利用者への支援で行っていること
- ・援助をしていて手ごたえを感じていることや困難に感じていること
- ・関連機関との連携について
- ・その他、ギャンブル障害の支援に関しての感じていること。

インタビュー録音を起こしたトランスクリプトをもとに、その内容に表題＝コードをつけて、さらにコードを内容的に分類し親コードをカテゴリーとしてまとめた。この分類を行うに際しては、MAXQDA2020(ライトストーン社)という質的分析の支援ソフトを用いた。

研究2-1: ギャンブル障害の家族への支援に関する自助グループとその他の支援の効果の比較

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

(1) 研究対象

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

は、医療機関 50 名、行政機関 50 名、自助グループ 200 名であるが、今回は収集途中の中間的分析になる。

(2) 調査内容；

調査内容は、以下の通りである(添付資料7)。質問への回答に要する時間は、概ね 20～30 分程度である。

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

(3) 調査方法

研究対象者のリクルート方法として、研究責任者や学生分担者から、ギャンブル依存症家族の会の代表、医療機関及び行政機関の責任者に対して、研究の目的、内容、倫理的配慮について、説明書と口頭で説明を行う。責任者がこれに承諾をした場合には、同意書にて同意を得る。その際、同意後も随時撤回可能であることも説明し、同意を撤回する場合に同意撤回書を出していただく。調査をお願いする研究対象者の選択については、参加者の自由意志に基づいて行われ自主性が尊重されることとする。その後、参加している家族

に対して、ポスター及び説明書を渡して頂き、本研究の目的、内容、協力は研究対象者の自由意思であること、非協力による不利益が一切生じないことを伝える。研究協力の承諾が得られた方には、アンケートへの回答をお願いします。（なお、ギャンブル依存症家族の会においては、SNS（LINE）を通して研究の説明を行う。）研究に同意する場合は、ポスターに掲載されたQRコードまたはURLにてアクセスして頂き、質問サイトの最初のページにある「同意する」のチェックボックスにチェックをしていただいた上で、回答をお願いします。ネットアンケートができない方の場合には、担当者より質問紙を返信用封筒と共に配布していただき、回答いただく。質問紙への回答と返信によって同意したこととみなす。なお、アンケート記入の途中で協力をやめても差し支えないことも伝える。

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

研究 2-2：ギャンブル障害の家族の自助グループに関するグループインタビュー調査

GAの利用者にグループインタビューを行った。これらのグループは匿名の形で運営しており、団体としては調査研究に回答しない方針を持っている。そのため、あくまでもこれらのグループの経験者としての個人的な感想としてお聞きするものである。

調査内容：各施団体で対応しているスタッフや利用者に以下のような内容のインタビューを行う。自助的な活動を行っている民間団体の場合には、スタッフでもあり利用者でもあるという場合があるので、両方を兼ねている

人は両方の立場からの質問を行う。

（利用者へのインタビュー内容）

- ・当該の民間団体をどのように知ったか、またどのように利用してきたか
- ・利用していて助けになったこと
- ・利用にあたって困難に感じたこと
- ・その他、ギャンブル障害の支援に関しての感じていること。

（スタッフへのインタビュー内容）

- ・利用者への支援で行っていること
- ・援助をしていて手ごたえを感じていることや困難に感じていること
- ・関連機関との連携について
- ・その他、ギャンブル障害の支援に関しての感じていること。

インタビュー録音を起こしたトランスクリプトをもとに、その内容に表題＝コードをつけて、さらにコードを内容的に分類し親コードをカテゴリーとしてまとめた。この分類を行うに際しては、MAXQDA2020(ライトストーン社)という質的分析の支援ソフトを用いた。

研究 2-3：ギャンブル障害の家族の自助グループによる回復過程に関する複線径路等至性アプローチ (Trajectory Equifinality Approach, TEA) による研究

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

1. 対象

ギャンブル障害の家族のうち、自助グループ等に1年以上継続的に通っている家族23名を対象とした。ギャンブルの影響を受けた家族・友人の自助グループであるギャンノン (GAM-ANON) は、2022年1月現在国内に211グループ存在し、「家族の回復」を目指しているコミュニティであるが、グループの取り決めにより、調査等には参加しないことになっている。そのた

めギャマノンのメンバーが多く参加している民間団体に研究協力を依頼した。対象選定の理由は、本研究の目的が、ギャンブルの影響を受けた家族がギャンブル関連問題に遭遇し、対処していく時間的な経過の中で、家族の回復を目指して自主的に参加し続けているからである。

2. データ収集方法

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

3. 調査内容

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

4. 分析方法

本研究では、ギャンブル障害の家族がギャンブル関連問題の影響を受けていたところから、家族自身が回復していくという時間の経過の

中で、社会構造や、依存症当事者との関係、同じ境遇の仲間との体験を通して、出来事や思い、考えを可視化するために、複線径路・等至性アプローチ(Trajectory Equifinality Approach: TEA) (安田, サトウ, 2012) を採用した。この分析方法は、研究目的を等至点とし、個別的で具体的な多様性を捉えつつ、経路の類型化を図ること、研究協力者にトランスビューを行うことによって、信頼性、妥当性を担保することが可能であるという強みがある。

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

表1 TEA(複線経路・等至性アプローチ)で用いられる用語一覧

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">・分岐点(Bifurcation Point: BFP): 時間の流れの中で生じる経路が分かれていくポイント・等至点(Equifinality Point: EFP): 何らかの文化的・社会的な諸力の影響を受ける |
|---|

中で収束していくポイント

- **両極化した等至点 (Polarized Equifinality Point :P-EFP)** : EFPとは価値的に相反するポイント
- **必須通過点 (Obligatory Passage Point :OPP)** : ほとんどの人が通ると考えられるポイント
- **歴史のご招待 (Historically Structured Sampling: HSS)** : 研究目的において設定されたEFPの経験した人、している人に該当する対象を研究対象として焦点をあてる(抽出する)こと
- **社会的方向づけ (Social Direction: SD)** : 個人の行動や選択に抑制的にかかってくる文化的・社会的な諸力
- **社会的助勢 (Social Guidance :SG)** : ある行動や選択を後押ししたり促したりするような援助的な諸力. SDが大きければEFPから離れていく
- **発生の三層モデル (Three Layers Model of Genesis :TLMG)** : 行為が発生・分岐するときに、何がその行為の発生・分岐を生んだのか(記号)、それはなぜなのか(価値観)を捉えるためのモデル
- **ZOF (Zone of Finality)** : EFP後に経験するであろう目標の領域、目標の幅

本研究ではアウトカムを①ギャンブルの影響を受けた家族の回復のライフストーリーと、②家族の捉える自身の回復とし、研究協力者23名分のTEM図を作成した。TEMの分析手順は以下のとおりである。①トランスクリプトした文字データから主な出来事を抽出し、時間軸で配置する、②アウトカムとの視点から、データの切片化とコーディングによりラベルを生成する、③KJ法の要領で生成したラベルをボトムアップ方式で多段階のコーディングを行い、リアリティのあるコードを生成する、④生成したコ

ードを表1のTEMの主要概念であるOPP、BFP、SD、SGと照合しながら配置した。コード化、配置にあたっては常にデータに立ち返りながら研究者の主観が入らないよう十分配慮して行った。TEMでは対象者と研究者の視点・見方の融合つまり結果の真正性に近づけるために面接は3回を推奨している。調査対象者それぞれのTEM図を作成し、対象者に提示し、認識のずれを修正するとともに、内容を深く掘り下げデータの信頼性の確保に努めた(トランスビュー)。全員分のTEM図を作成した後、属性毎(経験年数、立場毎、全員分の3種)にまとめたTEM図を作成し、経験の類型化を図った。また、TEA勉強会で発表し、TEAに精通した専門家からの指導を受けた。

研究4: 全国の民間団体や自助グループの活動の研究

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

調査方法: 調査用紙を送付し、それを返信用筒で返却してもらった。

(倫理面への配慮)

研究1-1

レビュー研究であるため、これについては倫理審査は行っていない。

研究1-2、2-2、2-3

筑波大学医の倫理委員会の承認を得て行った。具体的な倫理的な配慮を行う方法について以下に示す。

(1) 研究等の対象となる個人の人権擁護調査にあたって、①研究の趣旨や方法、②データは研究目的のみに用いられ、個人情報とは外部に漏らされないこと、③協力は自由意思

であり、協力を断っても不利益を被らないことを説明した上で行った。面接時の音声をICレコーダーに録音してそれを文字に起こしてデータにするが、この過程において個人情報の記録が残らないようにする。具体的には、まずインタビューをするスタッフや利用者の方に対して、スタッフ本人や利用者の個人情報など守秘義務に関係する情報をインタビュー中に話さないように伝えておく。更に、ICレコーダーで録音して、その後にそれをトランスクリプトに起こすが、その際に個人情報に関連するものがあればそれを削除する。またトランスクリプトに起こした後で、音声情報そのものも削除する。尚、研究3についても研究1、2と同様に、調査にあたって、①研究の趣旨や方法、②データは研究目的のみに用いられ、個人情報は外部に漏らされないこと、③協力は自由意思であり、協力を断っても不利益を被らないことを説明した上で、行う。得たデータ（インタビューのトランスクリプト）を記録した記憶媒体は、筑波大学総合研究棟研究室 社会精神保健学研究室にて、施錠できる書棚に厳重に保管する。また、データを分析する際に用いるコンピューターには、セキュリティソフトをインストールしてファイルが外部に流出することを防ぐ。研究終了後保存期間の10年を過ぎた後には、紙媒体のデータはシュレッダーで細断して消去し、電子データについてはデータ消去の専用のソフトを用いて、確実に消去する。

(2) 研究等の対象となる個人に理解を求め同意を得る方法

研究協力者に、書面にて①研究の趣旨や方法、②データは研究目的のみに用いられ、個人情報は外部に漏らされないこと、③協力は自由意思であり、協力を断っても不利益を被らないことを説明し、了承を得られた場合には、同意書にサインをしてもらう。研究の同

意はいつでも不利益を被ることなく撤回できることを保障する。

(3) 研究等によって生ずる個人への不利益及び危険性に対する配慮

研究は、民間施設に関してのインタビューであり、危険を伴うものではないと考えられる。利用者のインタビューでは、個人的な話が出る可能性があり、そのことで精神的に負担感を感じる人も生じる可能性があるが、途中で何らの不利益なくやめられることを保証することで、そうした問題を避ける。

研究 I-3

筑波大学医の倫理委員会の承認を得て行った。具体的な倫理的な配慮を行う方法について以下に示す。

(1)研究等の対象となる個人の人権擁護

調査協力者に対して、書面にて①研究の趣旨や方法、②データは研究目的のみに用いられ、個人情報は外部に漏らされないこと、③協力は自由意思であり、協力を断っても不利益を被らないことを説明した上で、研究協力の同意を得る。回答後の質問紙の回収は施設内の所定の位置に設置した回収箱、もしくは郵送とし、質問紙は研究責任者や実施分担者が回収する。回収した質問紙の回答内容は第三者の目に触れないようにする。

本研究において使用する質問紙は無記名式である。但し、結果を個人的に知りたい場合には氏名又はアノニマスネーム（その施設や自助グループの中で用いる自分でつけたニックネーム）を書いていただき。その人へのフィードバックを行い、その後にその情報については廃棄する方法をとる（これは回復施設スタッフから自分の結果を知りたいと望む人がいることからフィードバックできるようにしてほしいという希望をいただいたため）。回答は全て電子データ化され、統計的に処理

される。匿名性を確保するために属性は全て数値化される。USBメモリは筑波大学総合研究棟研究室の施錠・解錠可能なファイルマスター内に保管する。また、データを分析する際には、ネットワークにつながっているコンピューターを用いるが、セキュリティソフトをインストールしてファイルが外部に流出することを防ぐ。研究終了後には、紙媒体のデータはシュレッダーで細断して消去し、電子データについてはデータ消去の専用のソフトを用いて、確実に消去する。

(2)研究等の対象となる個人に理解を求め同意を得る方法

回復施設の責任者に倫理的配慮、本調査の内容を記述した説明書を提示して文章で同意を得る。その際、同意後も、随時撤回可能であることも説明し、同意を撤回する場合に同意撤回書を出していただく。その上で、回復施設を用いている方に、アンケートの説明書とアンケートを渡していただき、承知いただいた方にアンケートを記入していただき、アンケートを封筒に入れて封をして提出してもらう。

(3) 研究等によって生ずる個人への不利益及び危険性に対する配慮

質問紙への回答中に、調査協力者が不快になったり拒否的な感情を抱いたりする場合には、随時協力を撤回できることを施設責任者に説明するとともに、調査協力者にも理解できるように説明書に明記する。調査に対する質問や意見を受けたり、万が一何らかの不都合が生じた場合にすぐに連絡できるよう、実施責任者、学生分担者及び倫理委員会の連絡先を記した説明書を配布し、調査終了後も調査協力者の手元に残るようにする。

研究 2-1

以下の倫理的配慮を行い、筑波大学医の倫理委

員会の承認を得た。

(1)研究等の対象となる個人の人権擁護

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

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

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

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

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

同意の上、アンケートに回答してもらおう。

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

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

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

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

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

- ・研究責任者または学生分担者は調査終了後、調査ウェブサイト上のデータをすべて削除する。収集したデータは統計的に処理され、匿名性を確保するために属性は全て数値

化され統計的に処理される。データはパスワードをかけたハードディスクまたは USB メモリに保存し、研究責任者または学生分担者、及び共同研究者以外は見られないようにする。データ保存媒体自体も、筑波大学総合研究棟研究室、社会精神保健学研究室、A 病院臨床研究部内にて、研究責任者または学生分担者のみが施錠・解錠可能なファイルマスター内に保管する。

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

- ・電子データについては研究終了後 10 年間保存し、その後データ消去の専用のソフトを用いて、確実に消去する。

- ・研究結果は論文及び学会で発表するが、アンケートでは個人情報を取得しないため個人が特定されることはない。

(2) 研究等の対象となる個人に理解を求め同意を得る方法

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

(3) 研究等によって生ずる個人への不利益及び危険性に対する配慮

- ・質問への回答が負担に感じる場合は、不利益なく調査への協力を断ることができる。

- ・質問への回答中に研究対象者が不快になったり拒否的な感情を抱いたりする場合には、協力を撤回できる。

・調査に対する質問や意見を受け、万が一何らかの不都合が生じた場合にすぐに連絡ができるように、研究責任者及び学生分担者の連絡先を提示する。

研究3

以下の倫理的配慮を行い、これについて筑波大学医の倫理委員会の承認を受けた。

(1) 研究等の対象となる個人の人権擁護

民間団体へのアンケートであり、個人的な情報は取らないものであり、あくまでも民間団体の名称、活動内容を知るものである。それでも調査にあたって、①研究の趣旨や方法、②データは研究目的のみに用いられ、個人情報外部に漏らされないこと、③協力は自由意思であり、協力を断っても不利益を被らないことを説明した上で行う。

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

(2) 研究等の対象となる個人に理解を求め同意を得る方法

研究協力者に、書面にて①研究の趣旨や方法、②データは研究目的のみに用いられ、個人情報は外部に漏らされないこと、③協力は自由意思であり、協力を断っても不利益を被らないことを説明する。アンケートの提出をもって、協力の同意とみなすこととした。

(3) 研究等によって生ずる個人への不利益及び危険性に対する配慮

研究は、民間施設に関するアンケートで、危険を伴うものではないと考えられる。

C. 研究結果

研究1, 自助グループの有効性に関するレビュー研究

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

(1) 無作為対照試験

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

Petryの研究は、2カ月の治療期間中、参加者をGAへの紹介のみとGA紹介と認知行動(CB)ワークブック」と「GA紹介と個人的な認知行動療法(CBT)」の3条件で無作為に割り付け、2か月ではGA紹介のみ群は、CBワークブックおよびCBT条件の参加者は、GA紹介のみの参加者よりも、2か月間の治療期間中にギャンブル症状の改善とギャンブル日数の減少がより大きく見られたとしているが、これはどの条件もGAが含まれており、専門的な治療とGAの組み合わせが良い効果を出している所見ともいえる。また同じ研究では、GAミーティングへの参加回数は、治療後の評価と性の相関があり、また12ヵ月後の追跡調査において、過去1ヵ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ヵ月後の時点で、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。

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、ストレスマネジメントを一緒に行う場合とそうでない場を比べて、GA のみに比べ、ストレスマネジメントを加えると、生活満足度や睡眠時間の改善の率が高まるが、再発率は変わらない。前者の方のみで効果がでていたことが確認された。

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

(2) 横断研究など RCT 以外の研究

表 3 は、RCT ではない観察研究などで GA の利用状況と、ギャンブル状況や心理状態に関連する指標の関係をみている。Stewart and Brown (1988) は、GA 研究のうち早い時期に行われたもので、GA に最初に来てから継続できる事例が限られており、GA は継続が難しい。GA 参加者で2年間ギャンブルをやめられている人は1割以下であることを報告している。GA の効果に関する議論では、この論文が影響して GA の効果に否

定的な意見につながっていた時期がある。この初期の頃は CBT などの専門的ケアが少なく、GA の方が早く広く使われており、あまり動機付けの低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、病的ギャンブル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、それがいない人に比べて、治療の開始から2ヵ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ヵ月時におけるギャンブルの停止に対して、ギャンブル治療が重要であるという認識の強さ、GA ミーティングの回数、治療開始後に参加した専門治療のセッションの回数が関係していたという。Hodgins ら (2005) は、「最近ギャンブルをやめた」とする病的ギャンブラーを募集し、その後1年間の経過を追跡できた者 (N=101) のデータを分析した結果、参加者の40%が、フォローアップ期間中に「3ヵ月間のギャンブルの停止」を達成した。この「3ヵ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 またはギャンブル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低さ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, and 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者が多く含まれていることが示された。そしてそうした困難を乗り越えて回復を進める上で GA のメンバーにおける互いの支え合いが大きな意味をもっていることが示されている。

また、GA 全体の有効性と異なる視点として、女性の参加者への支援ということが研究の視点として取り上げられている。もともと GA は男性の利用者が多く、女性の利用者は居場所が見つけにくいことが指摘されていた。また提供される内容も具体的な支援へのアドバイスが主であり、女性利用者が求める感情的な問題への支援が少ないとされてきた。しかし、近年の研究では上述したように GA はあらためて感情の問題にも焦点をあてるようになり、女性の回復に対しても効果を上げている報告が出てきている。例えば、Avery and Davis (2008) による女性のギャンブル依存者 136 名のインタビューでは、同じ問題を体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 ヶ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 につながることで効果があることが示されており、GA についても TSF そのものの効果だけでなく、TSF を用いて専門治療と GA を結び付ける効果が検証されることが今後必要と思われる。

表 2. RCT を用いた研究

研究者	被験者	方法	結果	有効性の示唆
Petry ら (2006)	PG のある人	2 ヶ月の治療期間中、参加者を無作為に以下の3群に分けた。 <ul style="list-style-type: none"> GA への紹介のみ (n = 63)、 GA 紹介と認知行動(CB)ワークブック (n = 84)、 GA 紹介と個人的な認知行動療法 (CBT) 8 セッション (n = 84) これらの群を比較した。	<ul style="list-style-type: none"> CB ワークブックおよび CBT 条件の参加者は、GA 紹介のみの参加者に比べて、2 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。 治療後 2 ヶ月の訪問時までに参加した GA ミーティングの数は、治療群間で差がなかった。GA 紹介、ワークブック、セラピーの各条件の参加者は、2 ヶ月の治療期間中に GA ミーティングにそれぞれ 1.7 回、2.1 回、2.3 回参加した。12 ヶ月後の追跡調査では、出席したミーティングの平均回数は 7.6 回、6.8 回、7.4 回であった。しかし、各参加者の最後の追跡調査では、約半数の参加者 (3 群で 41.3%、38.1%、53.6%) が 1 年間に GA ミーティングに一度も出席しなかった。 GA ミーティングへの参加回数は、治療後の評価、12 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。 12 ヶ月後の追跡調査では、CB ワークブック群と CBT 群の参加者は、GA 紹介のみの参加者に比べて、ギャンブル症状スコアの改善が引き続き見られたが、ギャンブル日数の改善は見られなかった。12 ヶ月後の時点で、禁酒、大幅な減酒、やや減酒、変化なしの割合は、グループによって差がありませんでした。禁酒またはギャンブルの大幅な減酒に分類された割合は、GA 紹介、CB ワークブック、CB 療法の各群で、それぞれ 60.5%、60.0%、65.7% でした。 	GA の紹介のみよりも CBT やワークブックを行った方が 2 ヶ月後にはいい結果がでた。12 ヶ月のフォローアップでもギャンブル症状の改善は CBT やワークブックを加えた群でよい影響がみられた。但し 12 ヶ月時にギャンブルをやめたり、大きく減らせている者の割合には差がなかった。 ・12 ヶ月時に GA みてーティングの参加回数とギャンブル依存の回復には相関があった。
Grant ら (2009)	病的ギャンブルのある人 68 名	68 人の被験者が、6 回のイメージ脱感作と動機づけ面接 (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。	<ul style="list-style-type: none"> IDMI 群の参加者は、ギャンブル障害の重症度 (G-SAS、CGI-S)、抑うつ・不安症状、心理社会的機能 (SDS スコアなど) の項目に対して、有意に改善していたが、GA に割り当てられた人では有意な変化がみられず、群分けについて共分散分析で有意差を認めた。 	単独の GA の使用は、イメージ脱感作と動機づけ面接と比べて、効果が少ない。
Desai ら (2012)	PG の治療を受けている人。参加者 (n = 36)	4 つの治療群 (「Bupropion と Harm Reduction」、 「Bupropion と GA」、 「プラセボと Harm Reduction」、 「プラセボと GA」) に振り分けられ、12 週間の転機に関して比較された。 <ul style="list-style-type: none"> ギャンブルの頻度と強度、治療コンプライアンス、グローバル機能、障害、治療動機 	試験終了時に検討したすべてのアウトカム (ギャンブルの頻度と強度、治療コンプライアンス、グローバル機能、障害、治療動機) について、有意なグループ差を検出することができなかった。しかし、サンプル全体を考慮すると、77% の参加者がギャンブルに費やした金額の削減を示し、60% の参加者がギャンブルに費やした時間の削減を示し、大多数 (63~74%) の参加者が試験終了時にギャンブル症状の重症度を評価する様々な尺度で改善を示しました。	他の治療との比較では差がない。治療を行うことでのギャンブルに費やす金額や時間、終了時のギャンブル症状の改善あり。
Linardato u ら (2014)	GA を用いている人 (45 名)	GA の補助的治療としてのストレス管理介入 (n=23) の効果を、8 週間の追跡期間における心理社会的機能について GA 単独 (n=22) と比較した。ストレスマネジメント (SM) 介入では、食事や運動に関する教育、ストレス対処法、リラクゼーション呼吸法、段階的筋弛緩	著者らは、SM 介入群は、GA 群と比較して、抑うつ、不安、ストレスに大きな減少を示したことを明らかにした。さらに、GA 群と比較して、SM 介入群では、生活満足度と睡眠時間の改善が見られました。再発率については、両群間に有意な差は認められなかった。	GA のみに比べ、SM 介入を加えると、生活満足度や睡眠時間の改善率が高まる。再発率は変わらない。

		法などが行われた。	
--	--	-----------	--

表 3. 横断研究など RCT 以外の研究

著者	被験者	評価	結果	GA の有効性
Stewart and Brown (1988)	GA の参加者 (N=232)	後ろ向き調査では、3つのGAのグループの平均5年間の記録(232名分)を分析した。初めてミーティングを行った日、ミーティング回数、退会の有無や時期を分析した。前向き調査では、14のグループにおいて3か月間の新規参加者について調査し、その後の参加や再発状況等を尋ねた。	・後ろ向き研究の232名中のうちドロップアウトした人は、初回のみで22%、3回目までに47%、10回目までに69%であった。2回以上のGAを参加した人114名のうち、2年間でギャンブルをやめられていた人は10名(8.8%)、GAへの出席継続は17名(14.9%)であった。 ・前向き研究の結果では、初回の参加後に41%がやめてしまったという。	GAは継続が難しい。GA参加者で2年間ギャンブルをやめられている人は1割以下であり、限定的である。
Petry (2003)	PGの専門治療を受け始める人 (N=342)	ギャンブルの専門的治療を受けようとする人を無作為に3群(GAへの紹介のみの群、GA紹介と認知行動(CB)ワークブックを行う群、GA紹介と個人的な認知行動療法(CBT)8セッションを行う群)に分ける研究のデータを用いて、過去のGA利用歴のある群とない群での比較を行っている。比較の指標は、人口統計学的背景、ギャンブルおよび心理社会的問題(Addiction Severity Index)とSOGSおよび、治療導入後2か月の状態である。	342人の病的ギャンブラーのうち54%が過去にGAに参加していた。GA参加歴のない人と比較して、GA参加歴ありの人は、年齢が高く、収入が高く、独身であったが、性別や教育歴に違いはなかった。またSOGSのスコアが高く、ギャンブル問題の経験年数が長く、借金も多かった。GA参加歴のある人は、治療開始から2ヵ月後にギャンブルを停止できている割合が多かった。この治療開始後2影時にギャンブルが呈していることに有意な関係がみられたのは、ギャンブル治療が重要であるという認識の強さ、治療開始後に参加した専門治療のセッションの回数、GAミーティングの回数であった。	これらのデータは、ギャンブルの専門的な治療を受ける際に、GAへの出席歴がある人の方が、それが無い人に比べて、ギャンブル問題が深刻な状態であるが、治療へ動機づけが高く、GAや専門治療に頻回に向き、ギャンブルを停止できる可能性が高い。
De Castro et al. (2005)	PGの治療を受けている人 (N=47)	治療条件(週1回のGAミーティング、臨床治療、またはその両方)と、ギャンブル問題を抱える個人のフォローアップおよび治療結果の指標であるGambling Follow-Up Scale(GFS)の全項目との関連を調べた。	3つの治療条件は、ギャンブルに費やす頻度と時間、仕事の状況、家族関係の点では差はなかった。しかし、GAに登録された参加者(GAのみ、またはGAと臨床治療)は、GFSの余暇項目のスコアが、臨床治療のみを受けた被験者に比べて高かった。	主な得点には違いは違いはなかったが、自由時間の使い方のみ、GAを用いた群で良い結果であった。
Hodgins ら (2005)	「最近ギャンブルをやめた」とする病的ギャンブラーを募集し、その後1年間の経過を追跡できた者 (N=101)	調査導入およびその後の1年後の調査の2回のデータを基に分析する。対象者における合併する精神障害や物質使用障害の有無や種類および、GA参加やその他の治療への参加が、「安定したギャンブル停止状況」までたどり着くまでの期間にどのような影響するかを検討する。この場合、「安定したギャンブル停止状態」とは3か月間連続してギャンブルを停止できている状態を指す。	・1年間前向きに追跡調査した際の追跡率は80%であった。 ・合併症は、生涯気分障害は61%、生涯アルコール使用障害73%、生涯薬物使用障害48%であった。現在の有病率はもっと低く、気分障害20%、7%が現在のアルコール使用障害7%、7%が現在の薬物使用障害7%であった。 ・参加者の40%が12ヶ月間のフォローアップ期間中に3ヶ月間のギャンブル断ちを達成した。3ヶ月の連続禁欲期間を予測する分析では、現在治療を受けているかGAに通っている参加者、過去に気分障害のなかった参加者、現在アルコール使用障害のある参加者がより良い結果を示した。	前向き研究で、GAや治療機関にかかっている者が、3か月以上のギャンブルの停止を早く達成できることが確かまねられた。GAのみでない治療機関の支援が含まれているところは明確ではない面である。
Oei and Gordon (2008)	GAの参加者 (N=75)	GAメンバーでギャンブルをやめられている者と、ギャンブルを再開してしまった者との間で比較した。	GAのミーティングへの出席状況、GAが採用している12ステッププログラムの遵守、神への信仰、ハイパーパワーへの信仰、家族や友人からの支援と、ギャンブルの停止が有意に関係していた。	GAメンバーの中でミーティング参加状況、プログラムの遵守が、ギャンブルの停止に関係する。
Gomes and Pascual-Leone	PGで治療にきている外来患者	ギャンブルの治療を受けている個人のある特徴や条件(感情的サポート、道具的サポー	GA参加は、変化への準備と関連していたが、ギャンブルをやめることの自己効力感、変化への動機づけ、ギャンブルの重症	GA参加は主な項目は関係していなかったが、変化への準備と

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

表 3. 横断研究など RCT 以外の研究 (続き)

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

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

表 4. 質的研究

著者	被験者	評価	結果	GA 効果
Ferentzy, Skinner, and Antze(2006)	GA メンバー23名 (男性 15 名と女性 8 名、トロント地域の 42 の GA ミーティング)	GA 会員へのインタビューそれぞれに加えて、ミーティングの観察が行われた。	GA がより 12 ステップに焦点を当てるようになり、会員は感情や人生の問題を議論することが奨励されるようになったことがわかった。	GA の有効性があらためて確かめられた。女性会員への効果についても考察された。
Straus (2006)	GA メンバー	ミーティングにおけるメンバー間の直接対話の効果について、アンケートと電話インタビューが行われた。	GA ミーティングでは、メンバーが間での直接的なコメントが認められており、これは、ギャンブルをしないことへのサポートや「性格的な問題」への洞察という点で、会員にとって有益であると感じていることが示された。	GA のメンバー間の相互行為流が有効であることが示された。
Avery and Davis (2008)	女性のギャンブル依存者 (N=136)	インタビューが行われた。	GA ミーティングでは、同じ問題を体験している人たちに歓迎され、理解されていると感じ、孤独を感じなくなり、真実を話すことができると感じ、「問題が解決できるという希望を与えてくれた」と報告した。しかし、女性であることを理由に GA ミーティングで歓迎されないと感じたという人もいた。	<ul style="list-style-type: none"> GA ミーティングに出席した女性たちにとって、頻繁な出席は回復初期の典型的なものでした。 GA では、ミーティングで孤独感を減らせると感じ、回復の希望を持てると感じていた。 女性であるという理由で歓迎されていないと感じることがあった人もいた。
Ferentzy, Skinner and Antze. (2010)	GA のメンバー 39 人 (男性 26 人、女性 13 人)	半構造化インタビューが行われた。	メンバーは GA の相互的な支援を通じて、現実的に人生に対処する方法を学んでいる。一方で「セレンディブレイヤー」によりスピリチュアルな面の支援が、救いを感じていた。	ギャンブラーズ・アノニマス (GA) は、アルコール依存症などの同様の 12 ステップの仲間よりも世俗的な志向であると科学的な文献に長い間記載されてきたが、過去 20 年の間に、GA がよりスピリチュアルな方向性を持つようになったこともわかった。
Laracy (2011)	現在と過去の GA メンバー	GA での経験についてインタビューした。	<ul style="list-style-type: none"> 大半の参加者がギャンブルの問題を家族や友人に相談できなかったが、GA では、同じ経験を共有している会員がおり、「自己開示と議論のための安全なフォーラム」をもてたという。 新会員は、ベテラン会員のリードにより、自分が「強迫性ギャンブラー」であることを理解できるとして、回復をすすられていた。しかし、この「強迫性ギャンブラー」というアイデンティティを受け入れられない人もいた。 	GA は、同じ困難を抱えた人同士であることで、安心して自己開示できる場にあっている。GA が示すモデルをうけいれる人もそうでない人もいる。
Rogers, et al(2020)	2015 年に行われた 20 の GA ミーティングとその常連参加者 8 人	ミーティングの観察および、常連の 8 人の常連参加者との半構造化インタビューして、何がきっかけで GA に参加するようになったのか、なぜ GA のミーティングに参加し続けるのか、GA がどのように役に立ったのか、などを尋ねた。	GA のメンバーは、ミーティング中も外でも、回復のために互いに支え合っていた。多くのメンバーが、うつ病や自殺願望に苦しんでいると報告した。また、ギャンブルのために犯罪を犯したメンバーもいた。その他の精神的な問題に関して、GA のミーティングで受けたサポートはさまざまであった。研究者は、彼らのフィードバックをもとに、テーマを修正し、GA や依存症回復に関する他の調査研究との比較も行った。研究者は、GA ミーティングで観察された 9 つの主要なテーマを特定した。	ギャンブルに関連した犯罪や自殺念慮の頻度と重要性が、GA ミーティングの参加者で特に高い可能性を示唆された。また、定期的な GA ミーティングによって提供されるサポートは、ソーシャルメディアの定期的な使用によっても補完されることが示された。

表 5. GA の 12 ステップとそれに対応する認知行動療法の要素

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

研究 1-2 : ギャンブル障害の自助グループに関するグループインタビュー調査

GA に継続的に参加している 11 名（東京、グループインタビューを行い、この内容を質的千葉、名古屋、愛知、長野、奈良、大阪、兵庫、に分析した結果を表 6 に示した。見出されたカ岡山、香川、福岡、鹿児島 of GA に参加）に、テゴリーは以下の 5 つであった。

表 6 GA に関するグループインタビューの分析結果

カテゴリー	サブカテゴリー
自助グループにつながる以前の苦勞	借金等の底つきの状態であった。 家族のアディクション問題や逆境的体験で苦しく、それがギャンブルにのめり込むことにつながった。 依存症は病気だということを知らなかったの、ひどくなってしまった。 横領など犯罪をおこなってしまった。 家族の死などの底つきがあった。
自助グループへのつながる経緯	つながることへの抵抗や否認は最初あったし、続くこともある。家族や生活を失いたくなくて、行き始めた。 家族の頼みや紹介で行くようになった。精神科からのつながり・紹介で行った。 民間団体の勧めで行くようになった。新聞記事から知った。 書籍をみていくようになった。 やめるすが他にわからなかったのでつながった。 家族もグループへいってそれがきっかけになった。
自助グループの有効性ややりがい	自助グループで依存症に対する正しい知識を知ることができた。同じ体験の仲間がいる居場所を見つけた。 本音で話せ、自分に正直になることができる。仲間とのつながりや愛情を感じる。 危ない時に助けてもらえる場所である。 自分の限界と人とのつながりや感謝を感じられる。家族などとのつながりの回復ができる。 他の仲間や社会にメッセージを伝えていくことの使命感を感じる。 相手の話を聞くことを覚えた。 ギャンブルを止めてからの苦しさが解消された。 12 ステップは生き方を変えてくれた（人生を楽しく感じられるようになった）
自助グループの様々な側面	GA に行くのが基本であり、12 ステッププログラムはその効果を補強する力を持つ。 12 ステップやるかどうかはひとによりけりである。 自助グループが少ない地域では、自助グループを立ち上げる必要があった。 長年通い続けることに意味がある。すぐには効果感じない場合があり、繰り返して良さがわかる。 専門家の入るグループを自助グループと区別していない人がいるが異なる。専門家が入るグループは正直になりにくい。
関連機関や社会に自助グループを理解してもらいたい	医療と自助グループの併用。 医療での自助グループを知り、正しく紹介してほしい。医療によるばらつきが大きい。社会に対して自助グループの役割を理解してほしい。 自助グループと専門家の入るグループが区別されていないことがある。 精神保健福祉センターなどとの連携を進められていることや難しいことの両方がある。 日本は偏見が強く、セカンドチャンスが認められにくい。 一回行けばいいということではなく続けることが重要だということを知ってほしい。地方での自助グループの不足。地域での支援体制が十分でない。

研究 1-3. 入所回復施設の利用実態と有効性に関する研究

(1) 入所回復施設の入所者の内訳

利用者 57 名の内訳を表 7 に示した。

年齢では 30 歳代が 43.9% で最も多く、それに続き 20 歳代 26.3%、40 歳代 21.1% であった。50 歳以上は入っておらず、比較的若い世代が利用しているといえる。

表には含まれていないが、性別は男性のみである。

入所回数は、今回は 1 回目の人 78.0% で最も多かったが、2 回目の人も 7.0% であった。

職歴では、正規雇用経験者が 93.0% と大半を占めた。復職の見通しについては、「復職の予定がある」「復職ではないが朱老の見込みがある人」という就労の可能性が立っている人が 47.3% を占めた。「わからない」など否定的な回答も 48.3% であった。教育歴では、高卒が 36.5% で最も多かった、大学卒 29.8%、短大・専門学校卒 24.6% であり、比較的高学歴の人が多かった。婚姻歴では、未婚が 64.9% で最多であった。結婚している 10.5%、離婚経験のある人が 22.8% であった。

(2) ギャンブル行動

ギャンブル種では、パチンコ・パチスロが最多であり、82.5% であった。次が競馬で 43.6%、その次が 24.6% であった。

ギャンブルに関連した借金総額は、201-500 万円が 26.3%、501-1000 万円が 26.3%、1001 万円以上 24.6% であり、高額の方が大半を占めた。

ギャンブルに関連した問題としては、アルコール薬物問題・犯罪は 59.6%、家族への暴言・暴力 56.1%、自殺念慮・自殺 52.6%、配偶者・子どもとの別離 22.6%

であり、非常に深刻な問題を生じている事例が多かった。

(3) 利用期間、ギャンブルを止めている期間

これらについては、図 1 に示した。どちらの期間も 0-5 か月が最も多かったが、数年以上の者も多く認められた。今回の対象者の利用期間は、平均 20.9 ± 21.1 カ月で最短 0.3 カ月、最長 76.5 カ月であった。

(4) PGSI

ギャンブル障害のスクリーニングテストである PGSI 得点は。平均値 16.5、中央値 19、標準偏差 6.7 であり、ギャンブル障害であることを示す 8 点以上では、86.0% であった。

(5) GSAS:-J

ギャンブル障害の症状の重症度を示す GSAS-J 得点では、平均値 42.2、中央値 44.0、標準偏差 15.7 であった。GSAS-J の値では、8-20：軽度、21-30：中度、31-40：重度、41 以上は最重度となっており⁶⁾、今回の対象の平均値は、最重度を示すものであった。

施設利用期間と GSAS-J 得点の関係を調べるために、施設利用期間を 4 つの期間区分 (1 か月以上 4 カ月未満、4 か月以上 13 カ月未満、13 カ月以上 24 月未満、24 か月以上) における平均値の差を比較した (図 参照)。一元配置分散分析で 4 群間に有意差を認めた。

(6) GRCS-J

これは、ギャンブルに関連する認知の尺度である GRCS-J 平均総得点は、平均値

160.9、中央値 177.0、標準偏差 47.2 であった。日本版の標準化を行った論文⁷⁾では、ギャンブル障害の人とそうでない人を含む一般の対象をサンプルにしていたが、そのうちの男性の GRCS-J の平均値は、57.32、標準偏差 26.39 であった。このサンプルデータを元にすれば、GRCS-J 得点の高い群の基準は平均値 + 1 SD = 83.71 と考えられる。これに比べると、今回の対象の平均値は倍近い値であり、今回の対象が非常に高い値であるといえる。

(7) K6

K6 得点の軽金値は、7.3 で、標準偏差は 5.3 であった。5 点以上で精神健康に問題のある可能性があるとしており²⁾、今回の対象者は精神健康上の問題がある可能性がある。

(8) SOC 得点

今回の SOC 得点は、平均値 110.1、標準偏差 21.2 であった。先行研究による SOC29 項目版の得点は、一般成人の平均 (標準偏差) では、20 歳以上 69 歳未満の一般成人 (n = 200) では 131.1 ± 23.9 点と報告されている⁴⁾。今回の調査対象者の方が低い。

(7) 共依存尺度

今回の共依存尺度得点は、平均値 2.19、標準偏差 1.72 であった。四戸⁵⁾によれば、正の値をとると共依存傾向があることが示唆されるという。正の値を問った者は、57 名 53 名で共依存傾向のある者が大半であった。

(5) 児童期の逆境的体験 (ACES)

親の別居や離婚 9 事例 (15.8%)、家族に

精神障害のある人や自殺行動のあった人がいた 8 事例 (14.0%)。家族に薬物やアルコール乱用 8 事例 (14.0%)、家族に刑務所に入った人がいた。1 事例 (1.8%)、母が DV を受けていた : 4 事例 (7.0%) 親から心理的虐待 15 事例 (26.3%)、身体的虐待 18 例 (31.6%) 性的虐待 1 事例 (1.8%) 物理的ネグレクト 1 事例 (1.8%)。心理的ネグレクト 6 名 (10.5%) であった。起きていた ACES の個数は、0 個は 24 事例 (42.1%)、1 個 : 14 事例 (24.6%)、2 個 : 6 事例 (10.5%)、3 個 : 10 事例 (17.5%)、4 個以上 3 事例 (5.3%) であった。

(8) 施設利用期間と各尺度得点の関係
施設利用期間と各尺度得点の関係をみるために、施設利用期間を 4 つの期間区分 (1 か月以上 4 か月未満, 4 か月以上 13 か月未満, 13 か月以上 24 か月未満, 24 か月以上) における平均値の差を比較した結果を表 8 に示した。その結果、GSAS-J 得点と GRCS-J 総得点と GRCS-J-GE (ギャンブルへの期待) 得点において 4 群間に有意差を認めた (図 2、図 3、図 4 参照)。GSAS-J 得点と GRCS-J 総得点についてはグラフでその結果を示した。GSAS-J 得点は、利用期間の長い群の方が、得点が低い傾向がみられた。GRCS-J については、4 か月以上 13 か月未満がその前後の期間よりも平均値が高かった。

表7. 入所者の内訳 (N=57)

項目	回答肢	度数	%	項目	回答肢	度数	%
年齢	20歳代	15	26.3	ギャンブル種	パチンコ・パチスロ	47	82.5
	30歳代	25	43.9		競馬	25	43.9
	40歳代	12	21.1		競艇	14	24.6
	無回答	5	8.8		競輪	7	12.3
何回目の入所	1回目	45	78.9		オートレース	2	3.5
	2回目	4	7.0		宝くじ	8	14.0
	無回答	8	14.0		海外カジノ	3	5.3
職歴	正規雇用あり	53	93.0		国内闇カジノ	4	7.0
	非正規雇用のみ	3	5.3		麻雀	12	21.1
	雇用の経験なし	1	1.8		FX・株	3	5.3
復職の見通し	復職の予定がある	8	14.0	その他	9	15.8	
	復職ではないが就労できる見通しがある	19	33.3	借金総額	なし	2	3.5
	就労しようと思っているが可能性はわからない	25	43.9	11-50万円	2	3.5	
	就労する考えは明確でない	3	5.3	51-100万円	3	5.3	
	無回答	2	3.5	101-200万円	5	8.8	
教育歴	中卒	4	7.0	201-500万円	15	26.3	
	高卒	21	36.8	501-1000万円	15	26.3	
	短期大学・専門学校卒業	14	24.6	1001万円以上	14	24.6	
	大学卒業	17	29.8	無回答	1	1.8	
	その他	1	1.8	関連問題	配偶者や子どもとの別離	13	22.8
結婚	結婚している	6	10.5	自殺念慮・自殺企図	30	52.6	
	結婚した経験なし	37	64.9	家族への暴力・暴言	32	56.1	
	離婚の経験あり	13	22.8	アルコール。薬物問題、犯罪	34	59.6	
	離婚の経験はない	1	1.8				

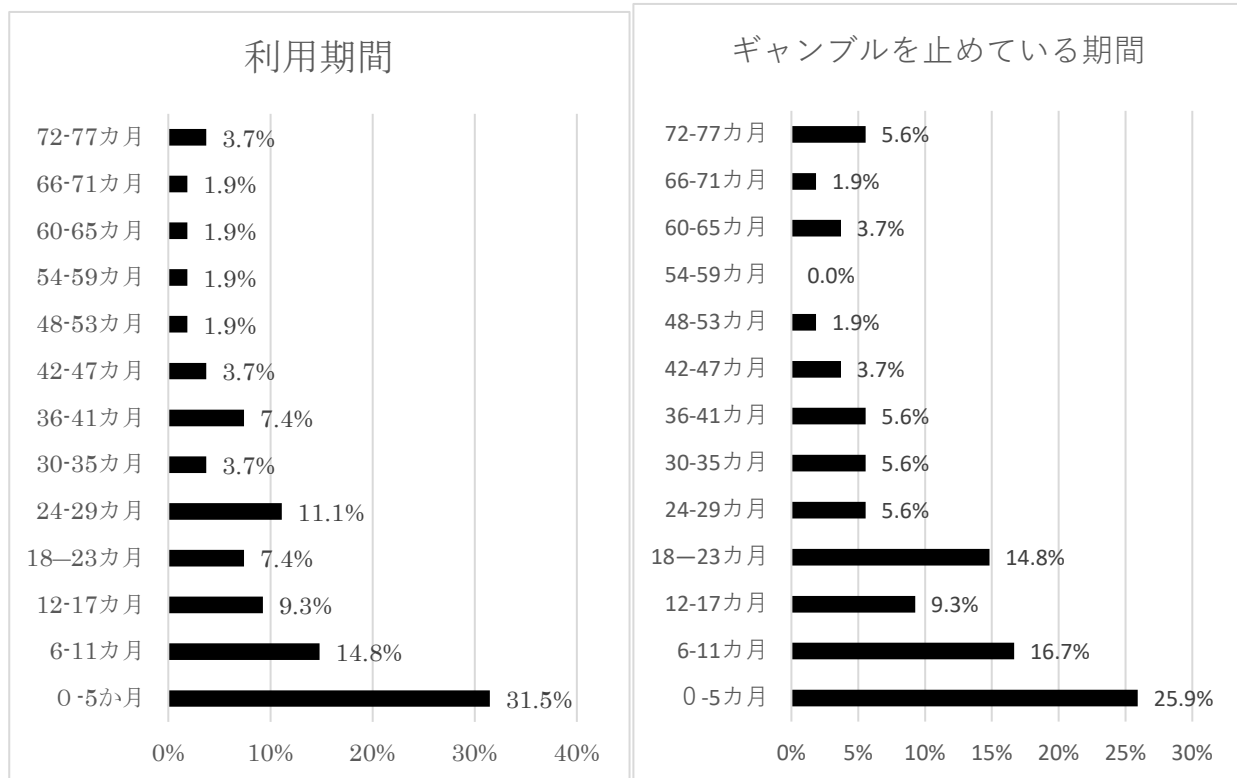


図1. 利用期間とギャンブルを止めている期間 (N=57)

表 8.利用期間と心理尺度の関係

		1か月以上 4カ月未満	4か月以上 13カ月未満	13カ月以上 24カ月未満	24か月以上	有意確率
		N=14	N=13	N=15	N=12	
GSAS得点	平均値	47.6	48.2	38.1	32.0	0.013
	標準偏差	14.7	5.1	13.5	19.9	
GRCS-J総得点	平均値	163.4	184.6	160.6	127.5	0.018
	標準偏差	48.1	18.6	44.8	53.6	
GRCS-J-GE	平均値	12.4	16.9	17.1	11.3	0.015
	標準偏差	6.2	5.0	5.0	6.4	
GRCS-J-IC	平均値	7.6	10.6	10.9	7.2	0.100
	標準偏差	3.5	5.0	5.4	5.4	
GRCS-J-PC	平均値	18.4	23.0	18.9	15.0	0.066
	標準偏差	6.4	4.9	8.0	9.2	
GRCS-J-ISG	平均値	16.1	20.2	20.4	17.0	0.322
	標準偏差	7.5	5.9	7.8	8.4	
GRCS-J-IB	平均値	13.5	17.4	16.9	13.1	0.267
	標準偏差	6.7	5.8	6.8	8.8	
K6得点	平均値	8.8	7.8	6.2	6.4	0.541
	標準偏差	6.4	4.9	5.5	3.8	
SOC得点	平均値	109.2	108.5	109.1	114.0	0.917
	標準偏差	28.0	20.1	19.7	16.8	
共依存尺度得点	平均値	1.9	1.8	2.7	2.2	0.515
	標準偏差	1.3	1.3	1.8	2.3	

統計分析は、一元配置分散分析を用いた。

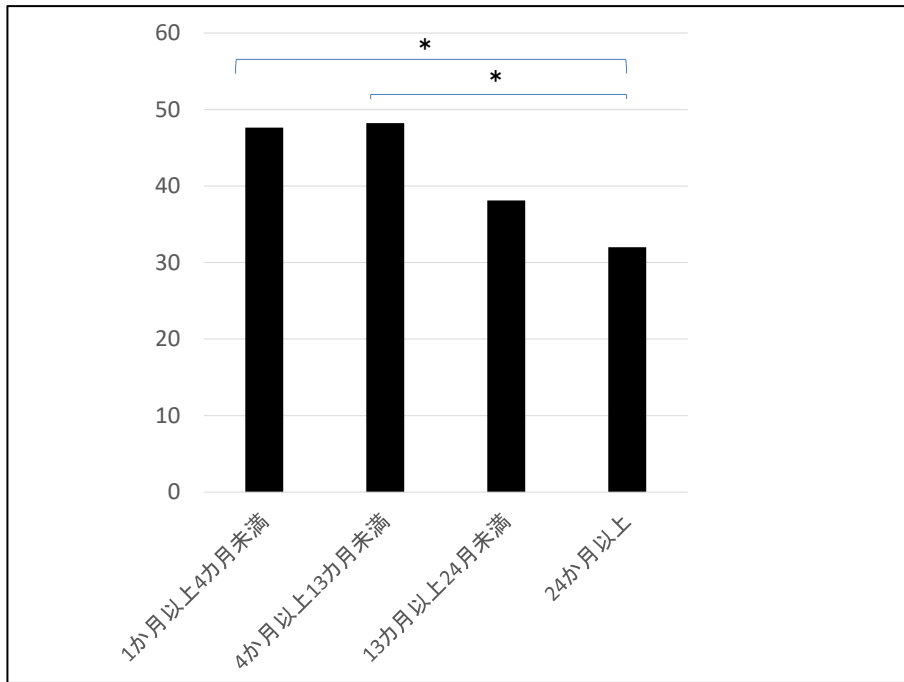


図2 GSAS-J 得点（ギャンブル障害の症状）と利用期間の関係

一元配置分散分析で、4 群間で有意差あり (P<0.05)
 事後の多重比較 (Tukey 法) *: P<0.05, 無印: 有意差なし

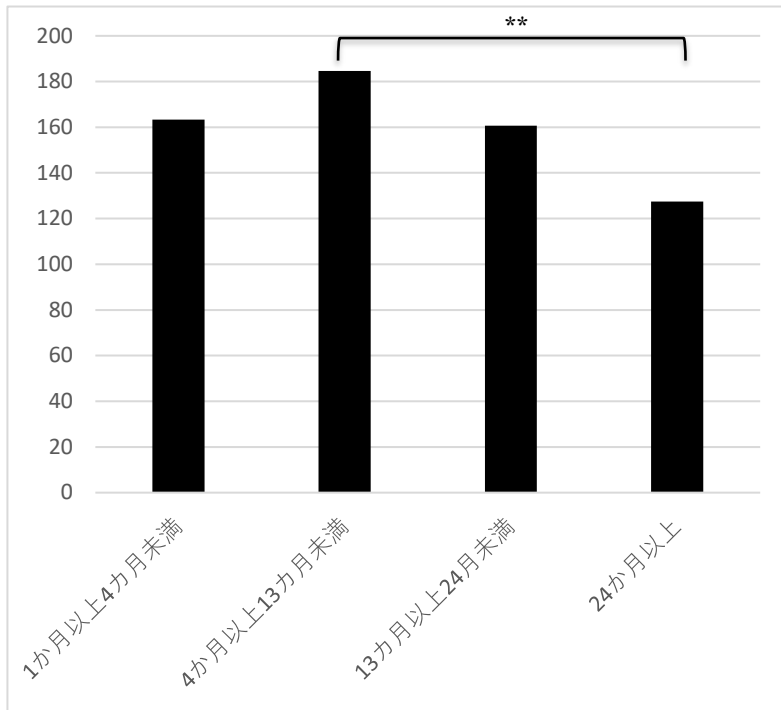


図3.GRCS-J 得点（ギャンブル関連の認知）と利用期間の関係

一元配置分散分析で、4 群間で有意差あり (P<0.05)
 事後の多重比較 (Tukey 法) *: P<0.01, 無印: 有意差なし

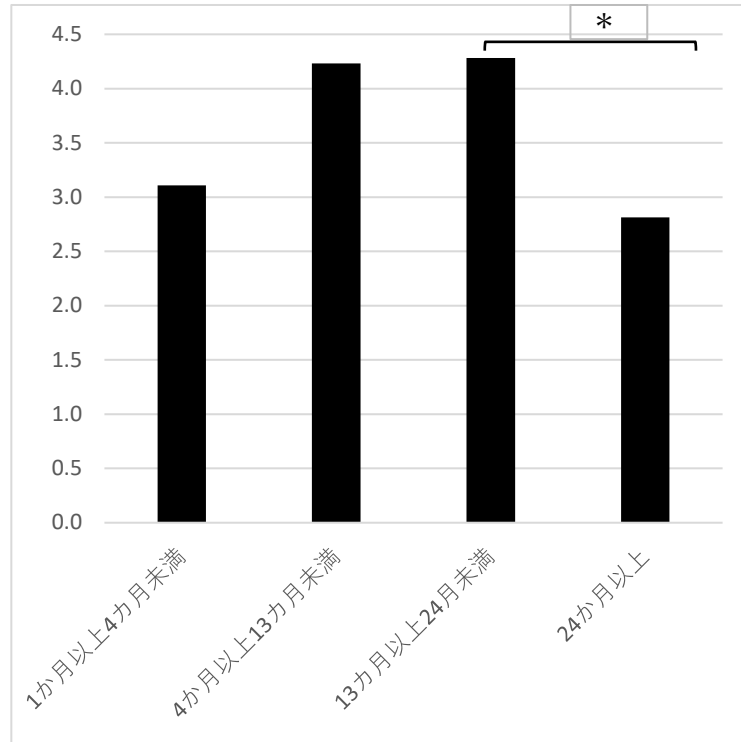


図 4.GRCS-J-GE（ギャンブルへの期待）得点と利用期間の関係

一元配置分散分析で、4 群間で有意差あり (P<0.05)

事後の多重比較 (Tukey 法) *: P<0.01, 無印 : 有意差なし

研究 2-1：ギャンブル障害の家族への支援に関する自助グループとその他の支援の効果の比較

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

・自助グループを継続的に利用している群 (自助グループ群) と行政相談機関と医療機関を主に継続的に利用している群 (非自助グループ群) の間で基本的な背景や当事者のギャンブル状況について比較を行った結果を表 9 に示した。その結果、性、年齢や当事者との関係には有意差はなかった。どちらの群も年齢は 40 歳台以上が多く、女性が 8 割程度を占めている。また、ギャンブルにより使われたお金の金額、ギャンブルの期間についても両群間で有意差がなかった。どちらの群でもギャンブルに使われたお金は 200 万以上の者が多く、1000 万以上も 3 分の 1 以上を占め、ギャンブル期間の 6 年以上の者が大半を占めており、非常に家族とは厳しい状況に置かれていることがわかった。当事者がギャンブルを調査時に継続しているかでは、両群ともわからないが半数以上を占めており、やめていると回答した人は 3 割以下であった。当事者が援助を受けているか者は、自助グループ群で 43% であり、非自助グループで、57% であった。当事者のギャンブル停止状況や支援機関につながっている状況に関する割合は両群間で有意差を認めなかった。

両群で援助をうけてから、変化したことについて尋ねた結果を表 11 に示した。両群での回答に有意な違いがあったのは、「ギャンブル依存症への対応ができるようになった」「自分の生活を守る行動が取れるようになった」「自分自身の問題に向き合えるようになった」であった。自助グループの方が、非自助グルー

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

両群の心理テストに関して比較した結果を表 10 に示した。自助グループ群は、非自助グループ群に比べて、WHO/QOL 得点と、依存症の理解に関する得点、当事者への肯定的な関りの得点について、有意に高いという結果であった。SOC の得点、家族の否定的な関わり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、図 5 と図 6 に示した。どちらの群も 2-5 年が最も割合が多かった。しかし、気づいた時期については 6 年より前の者が 56% を占めた。一方、自助グループを使っている期間は 6 年以上の群は、3 割に満たない。したがって、ギャンブル問題に気づいた時期より時間がたって初めて自助グループにつながった人がいることを示されている。

表 9. 自助グループ群と非自助グループ群) の背景や当事者のギャンブル状況

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

統計的検定は、Fisherの直接確率法による。n.s:有意差なし

表 10. 援助を受けることで変わったことに関する自助グループと非自助グループの比較

項目	回答肢	自助グループ群 N=179		非自助グループ群 N=24		検定結果
依存症という病気について 知ることができた	はい	177	100%	22	95.7%	n.s.
	いいえ	0	0%	1	4.3%	
	無回答	2		1		
ギャンブル依存症への対応 ができるようになった	はい	168	96.6%	20	83.3%	*
	いいえ	6	3.4%	4	16.7%	
	無回答	5		0		
自分の生活を守る行動が取 れるようになった	はい	171	97.7%	17	77.3%	**
	いいえ	4	2.3%	5	22.7%	
	無回答	4		2		
当事者へのコミュニケー ションが肯定的なものに なった	はい	144	85.7%	17	77.3%	n.s.
	いいえ	24	14.3%	5	22.7%	
	無回答	1		2		
傷ついた気持ちが癒された	はい	163	94.8%	19	86.4%	n.s.
	いいえ	9	5.2%	3	13.6%	
	無回答	7		2		
孤立していた気持ちが少な くなり、一人でないと思え るようになった	はい	171	98.3%	21	91.3%	n.s.
	いいえ	3	1.7%	2	8.7%	
	無回答	5		1		
自分自身の問題に向き合え るようになった	はい	165	95.9%	19	86.4%	*
	いいえ	7	4.1%	2	9.1%	
	無回答	7		3		
自分を大切にできるよう になった	はい	163	94.2%	18	81.8%	n.s.
	いいえ	10	5.8%	4	18.2%	
	無回答	6		2		
将来に希望を持つことが できるようになった	はい	151	87.8%	16	72.7%	n.s.
	いいえ	21	12.2%	6	27.3%	
	無回答	7		2		
当事者を専重することが できるようになった	はい	143	85.1%	18	81.8%	n.s.
	いいえ	25	14.9%	4	18.2%	
	無回答	1		2		

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

表 11. 心理テストの結果に関する自助グループ群と非自助グループの比較

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

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

図 5. 自助グループ群のギャンブル問題に気付いた時期 (N=178)

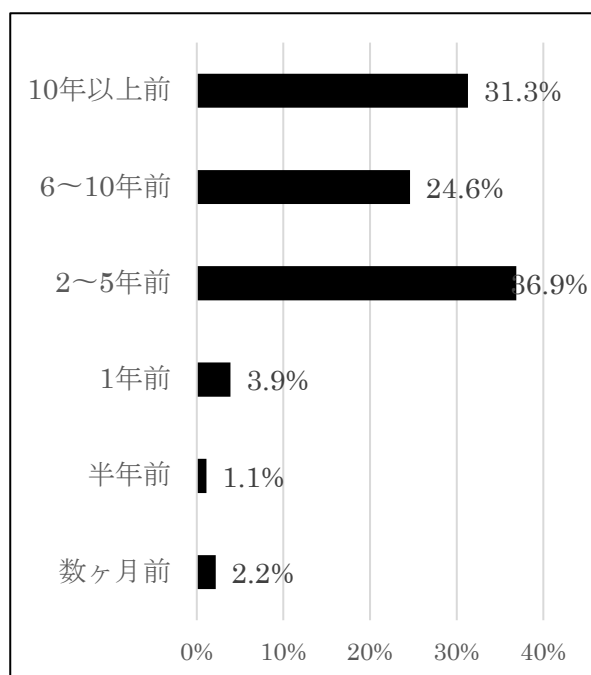
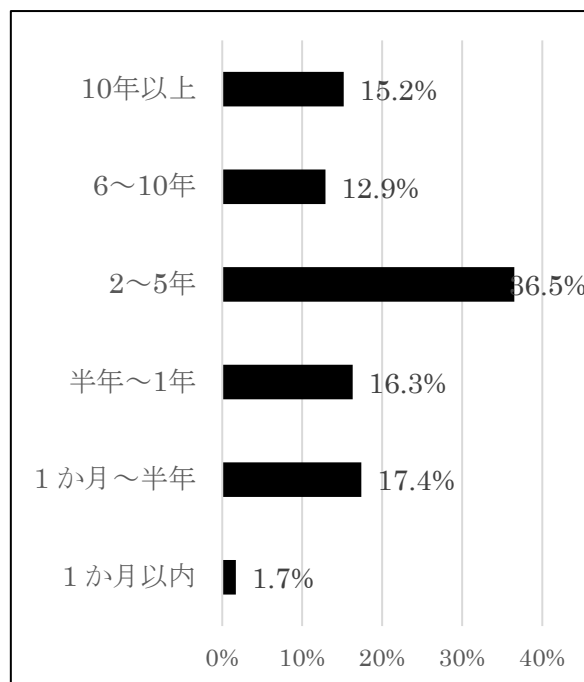


図 6. 自助グループ群が自助グループの利用期間 (N=179)



研究 2-2：ギャンブル障害の家族の自助グループに関するグループインタビュー調査

分析の対象としたのは、11名のギャンノン経験者を対象としたグループインタビューのである。11名は、東京、千葉、群馬、長野、奈良、大阪、三重、兵庫、岡山、熊本、福岡でギャンノンに継続的に参加している人である。グルー

プインタビューにおける発言を録音し、それを文字起こししたトランスクリプトの内容に表題=コードをつけて、さらにコードを内容的に分類し、親コードとしてまとめた。その結果を表 12 に示した。

表 12. ギャンノンの利用者のグループインタビューの質的分析

カテゴリー	サブカテゴリー
ギャンブル依存症の症状に翻弄された経験からギャンブル依存症を知り、地域リソースによりギャンブルを知る	「ギャンブル依存症の症状に巻き込まれた経験」「インターネットでギャンブル依存症とギャンブルを知る」「消費生活センター等から、ギャンブルを知る」「院内家族会から AC 自助グループに行く」「民間団体に電話相談をしてギャンブルを紹介された」「GA の仲間からの紹介」「病院で家族の会を勧められた」など
家族自身、支援側の自助グループにつながる抵抗要因	「自助グループを紹介してくれなかった」「ギャンブルに問題があることを教えてもらえなかった」「依存症を重く受け止めていなかった」「必要性を感じない時期」など
自助グループで得られる共感と依存症の学び	「自助グループで仲間に助けられた体験」 「依存症とその対応を学ぶ」
共依存的生き方の内省と行動変容	「共依存の自覚」「ギャンブル以外での生きづらさの自覚」「自己の内省」「家族の 12 ステッププログラムへの取り組みと行動変容」「その後の家族自身の経過」
家族の変化による当事者のその後	「家族の変化による当事者のその後」
家族支援に対する知識不足と統一されない支援	「行政・医療のギャンブル、家族支援に対する知識不足と偏見」「依存対象による対応の差」「専門家による異なる支援方法」「ハームリダクションの考え方の広まり」
関係機関の連携不足とその影響	「ギャンブルは医療、行政、司法が関係」「行政と医療の連携がない」「民間団体、自助グループとの協力関係がない」「地域、医療、行政の縄張り意識」「支援の囲い込み」
人的要因による家族支援の固定化	「担当者の異動と地域資源との癒着」「広域自治体へのアプローチが難しい」など
望ましくない家族支援による影響	「誤った対応方法による家族の苦しみ」「柔軟な対応が困難な行政による家族支援の現状」
支援者が家族支援を理解していた	「医療が家族を家族会に紹介する好事例」「理解のある支援者の存在による依存症対策の充実」
民間団体への経済的支援	「活動資金がないと活動ができない」「活動資金のある地域」「助成金のない地域」
家族支援の窓口の民間団体と市町村、県への協力関係の広がり	「家族支援の窓口で家族会があると良い」「市町村レベルの方が協力的」「県を巻き込んでいくこと」「地方議員に協力してもらおう」「支援に協力的な行政から広域に広げる可能性」
家族が望むギャンブル依存症対策	「家族がギャンブルにつながることに伴う本人への利益を行政、医療が伝えることの大切さ」「家族が望む家族支援」「SBIRTS をギャンブルに適用してほしい」
民間団体の今後の展望	「自助グループ支援」「家族からの情報発信の可能性」

研究 2-3 : ギャンブル障害の家族の自助グループによる回復過程に関する複線径路等至性アプローチ (Trajectory Equifinality Approach, TEA) による研究

調査の対象となった家族の属性は、立場別では、親 18 名、配偶者 6 名、兄弟 1 名、継続年数別に見ると 5 年未満 8 名、10 年未満 6 名、10 年以上 9 名であった。個々のデータを TEM 図にした。その後、23 人全員のデータ統合した図を示す (図 7)。

(1) ギャンブルの影響を受けていたところから家族の回復までの過程

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

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

づく〉

〈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〉をしていっていた。そして、第 5 期として、〈自分自身を大切にしながら啓発活動や体験を語る〉ことを通して、〈社会に向けての活動に取り組む〉という活動をしていることが明らかになった。(図 7)

(2) 家族にとっての回復とは (等至点)

継続参加年数、立場別によって若干の差はあったが、表 13 のような概念が見出された。

共通するところとしては、「家族の回復っているのは今までギャンブラーにやってきたことが間違いだと認識することから始まる」、「家族がまずその病気の理解をして、家族が第一につながっていることが大切」といった語りから [病気の正しい認識]、「それぞれの自立していることかなというふうにすごい思っていて、ひとつは経済的自立と、もうひとつは精神的な自立と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。

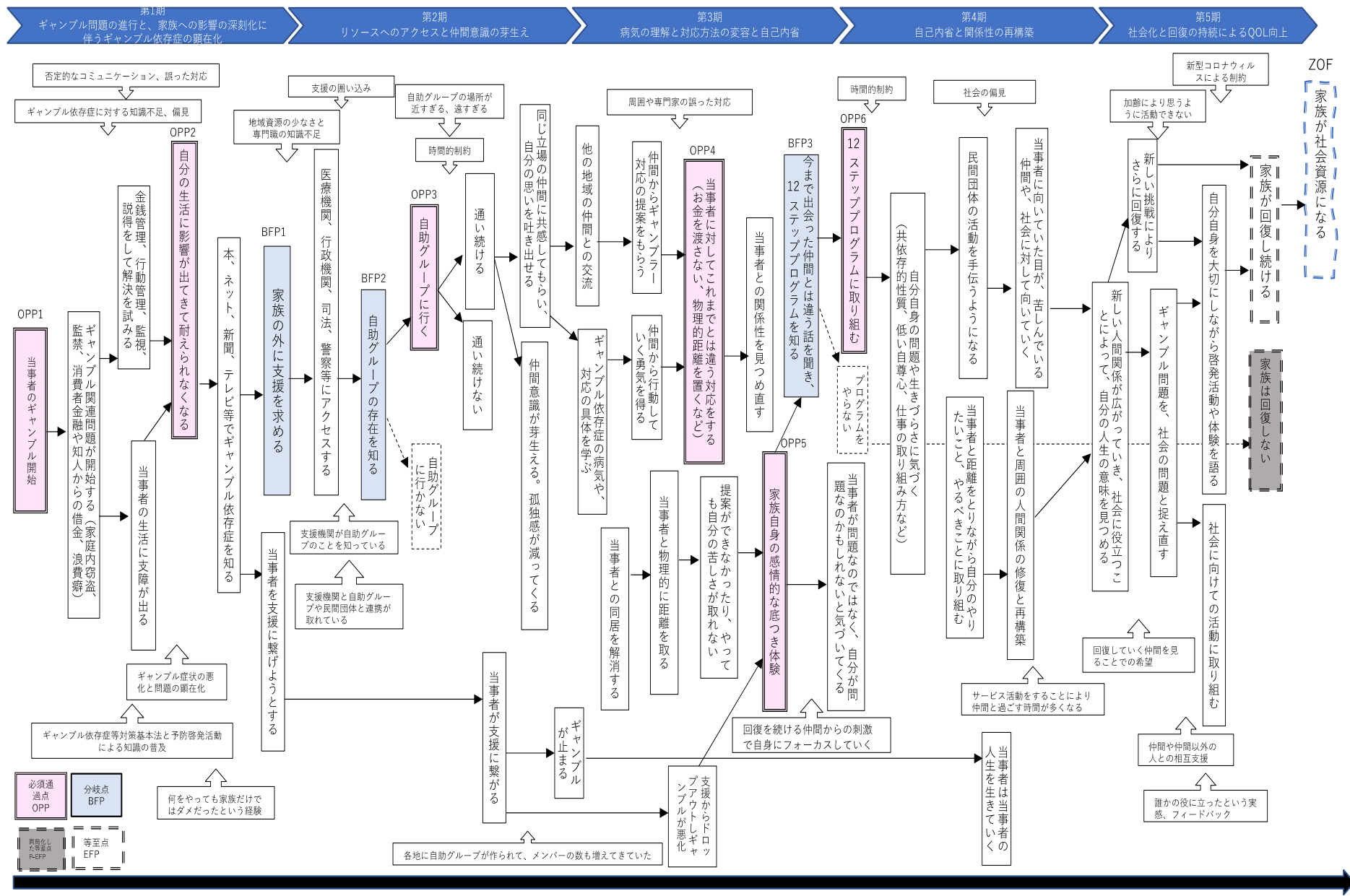


図7. 家族の回復のプロセスに関する TEM 図 (23 事例を統合した図)

図7の中の記号

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

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

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

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

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

として焦点をあてる (抽出する) こと

SD (Social Direction 社会的方向づけ) 個人の行動や選択に抑制的にかかってくる文化的・社会的な諸力ある行動や選択を後押ししたり促したりするような援助的な諸力。

ZOF (Zone of Finality) 目標の領域

表 13. 家族にとっての回復 (等至点)

概念	発言例
[病気の正しい認識]	「家族の回復っているのは今までギャンブラーにやってきたことが間違いだと認識することから始まる」 「家族がまずその病気の理解をして、家族が第一につながっていることが大切」
[経済的、精神的自立]	「それぞれの自立っていうことかなっていうふうにすごい思っていて、ひとつは経済的自立と、もうひとつは精神的な自立っていうものがあるかな」 「感情のコントロールとか自分の感情の子守が自分でできる」
「自分を大切にする」	「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むこと」
[与えられた現実を目を向ける]	「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」
[社会に対して自分にできることをやる]	「人のことに賭けて生きるっていうそんな生き方から自分の目の前の現実に向けられるようになるのは回復かな」
[相手のことを見守れる]	「ギャンブル依存症の人たちを距離を置いて、違う角度から見れるようになること」
[何があっても大丈夫と]	「何があっても大丈夫ってきつとやっていけるって。絶望しないこと」

希望を持つこと]

ですね。後悔しても絶望しないことだな。」

研究4：全国の民間団体や自助グループの活動の研究

1. 民間団体への調査

① 回収状況

精神保健福祉センター等が把握していた全国に存在する115件の民間団体を把握し、そのうち、連絡先が分かり、各支部の代表73件に質問紙を送り、41件の回答を得た（回答率56.2%）

② 各団体の活動開始時期

各団体の活動開始時期は以下のようになっていた

1971-1980年	1件（3.0%）
1981-1990年	3件（9.1%）
1991-2000年	6件（18.2%）
2001-2010年	10件（30.3%）
2011-2020年	13件（39.4%）
無回答	8件（19.5%）

今回の団体のうち半数が、2000年以降に始められていた。特にギャンブル中心とする団体の場合は、2000年以降に開始された団体が9割を占めた。

③ 団体の主な活動形態

分析対象の団体このうち、ギャンブル障害を中心とした施設は13例であった。

13例の主な支援内容は、当事者の入寮施設6件（46.2%）、当事者の入寮施設+通所施設を兼ねている1件（7.7%）、家族会や家族教室を中心とする団体2件

（15.4%）、家族の自助グループ2件

（15.4%）、その他2件（15.4%）であった（図8参照）。

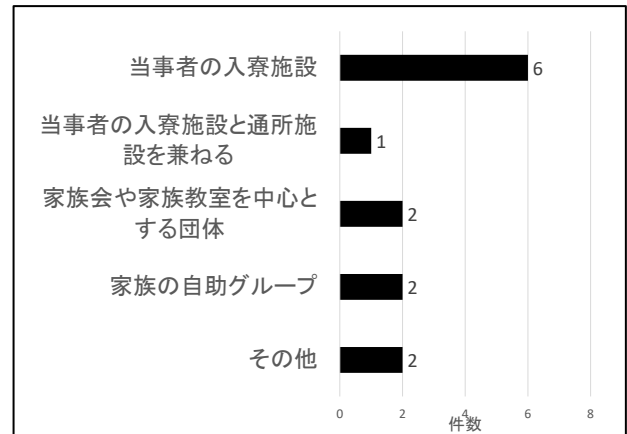


図8、ギャンブル障害の支援を中心とした団体の運営形態（N=13）

④ 各団体の活動内容

各団体が行っている支援内容は、当事者への個別の相談34件（82.9%）、当事者への電話相談30件（73.2%）、家族への個別相談30件（73.2%）、当事者のミーティングの運営27件（65.9%）、当事者の入所プログラムの提供25件（61.0%）、講演会・ワークショップ20件（48.8%）、ネット上の情報発信20件（48.8%）、ニュースレターの送付18件（43.9%）、当事者へのメール相談17件（41.5%）、家族教室17件（41.5%）等であった（図9参照）。

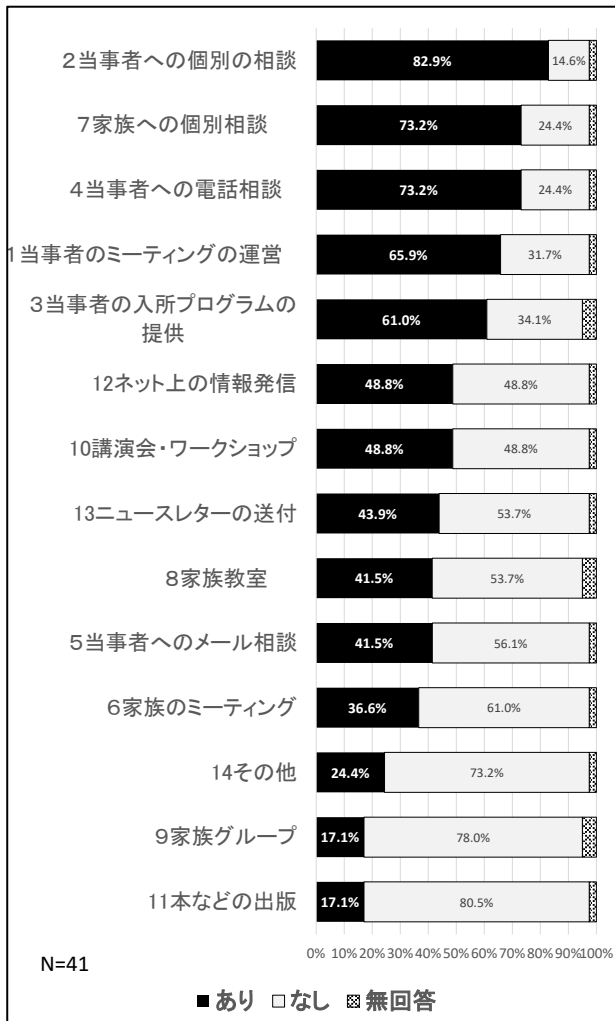


図 9. 各団体の行っている活動(N=41)

⑤ 各団体を知った経路

各団体の利用者の多くが「団体のことを知ったきっかけ」に関する回答の分布を図10に示した。多くの人にあてはまるという回答の41名における割合は、多い順に「ネット上の情報」(48.8%)、「医療機関からの紹介」(46.3%)、「知り合いの紹介・口コミ」29.3%、「精神保健福祉センターや市町村など」26.8%、「団体のパン

フレットや書籍など」17.1%であった。

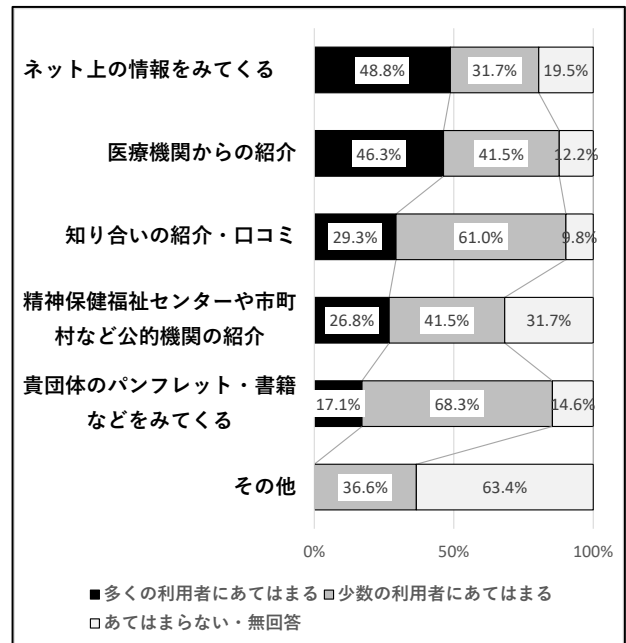


図 10. 団体につながった理由 (N=41)

⑥ 各機関の対象者の特徴

各機関で援助をしている事例において、多くのものに当てはまる特徴の回答を図11にまとめた。

多くを占めた回答肢は、「ギャンブルを生じてから支援につながるまでに5年以上かかっている事例」(58.5%)、「他の支援を受けた経験のない方」(58.5%)、「医療機関を継続的に利用している方」(48.8%)、「生活保護を用いている人」(48.8%)、「当事者が精神障害を合併している方」(26.8%)、「GAを継続的に利用している人」(24.4%)、当事者が発達障害・知的障害を合併している方」(19.5%)であった。

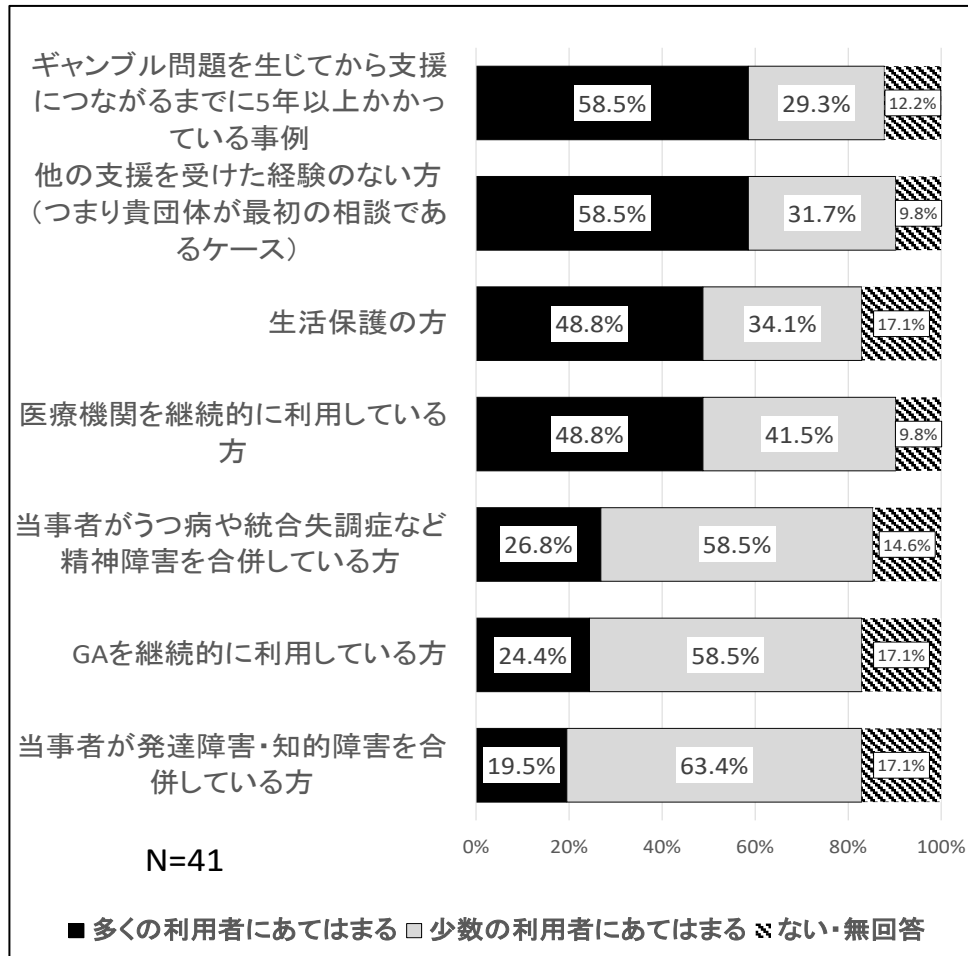


図 11. 機関で対象としている事例 (N=41)

各機関の担当者がギャンブル障害の支援に関する意見を聞いたところ、「ギャンブル障害のもとになっている生きにくさが見過ごされている」(80.5%)、「ギャンブル障害に関する正確な知識がまだ社会に伝わっていない」(78.0%)、「ギャンブル障害やその合併症についてよく理解して、診療してくれる医療機関が足りない」(75.6%)、「ギャンブル障害に対する社会的な偏見が強い」(70.7%)、「ギャンブル障害の回復には当事者・家族の自助グループが有効なケースが大半である」(70.7%)、「ギャンブル障害を支援する民間団体に対する経済的支援が必要である。」(70.7%) などであった(図 12 参照)。

⑦ 民間団体・自助グループの紹介冊子の作成と配布

この研究 4 で集めた民間団体の情報に加えて、研究 1-2, 研究 2-1, 研究 2-2 の所見をもとに、「ギャンブル問題の当事者や家族への民間団体・自助活動の紹介の冊子」を R2 年度に作成し、これを全国の精神保健福祉センターや医療機関などに配った。R2 年度版では取り上げきれなかった団体の活動内容があるという声があったため、改訂版を R3 年度に出した。R2 年度版では 64 団体の活動紹介を掲載したが、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、修正を

行った。また 3 団体は新たに追加された。

「ギャンブル問題の当事者や家族への民間団体・自助活動の紹介の冊子」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。

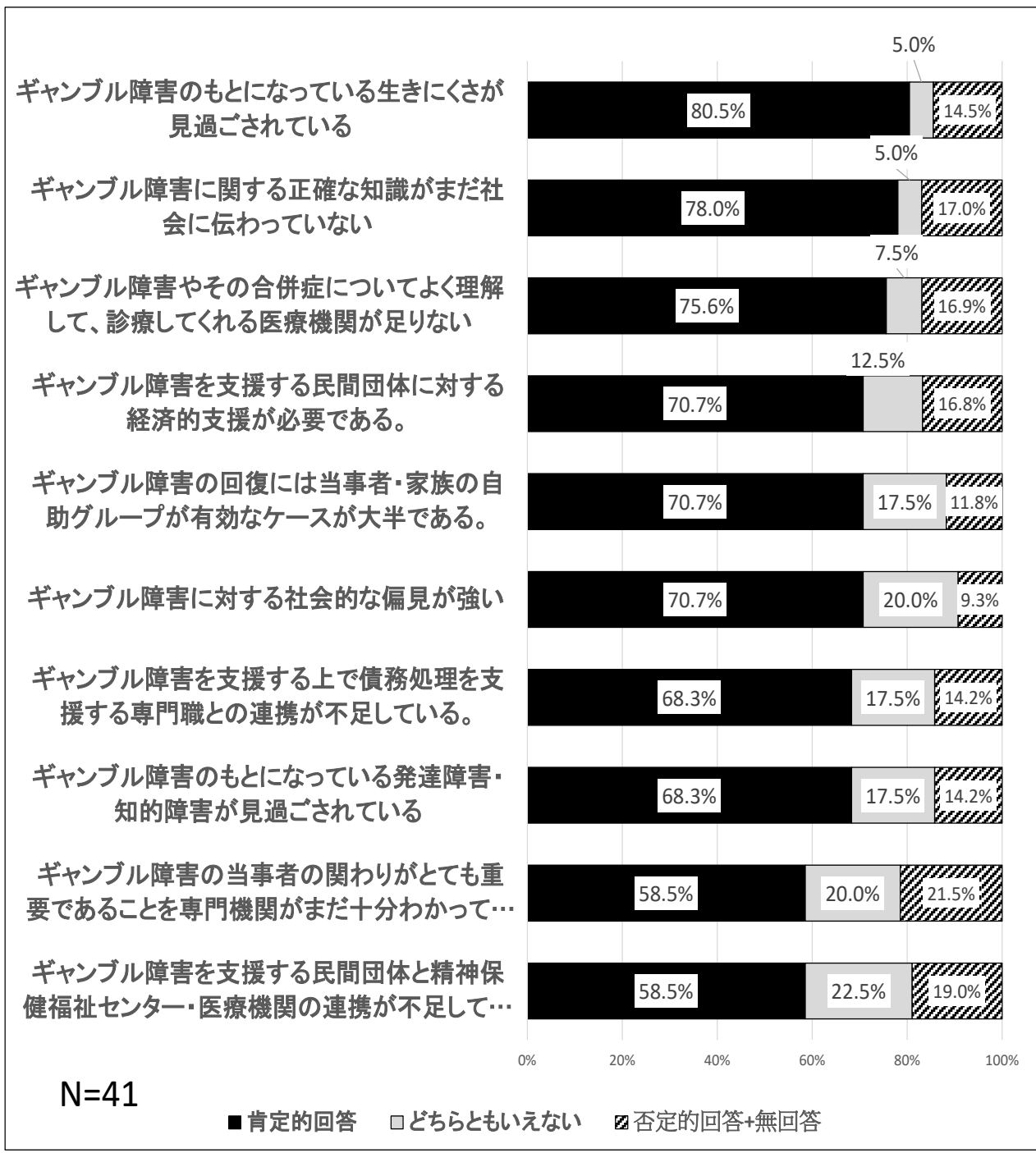


図 12. 民間機関として社会に求めるもの(N=41)

ギャンブル問題の当事者や家族への 民間団体・自助活動の紹介の冊子



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

目次

I. はじめに	3
II. 用語解説	4
III. アノニマスグループの紹介	
1. アノニマスグループとは	5
2. GA (ギャンブラーズ・アノニマス)	6
3. GAM-ANON (ギャマノン)	9
4. 本研究でのGA及びギャマノン利用者のグループインタビューの結果	12

図 13. ギャンブル問題の当事者
や家族への民間団体・自助活動の
紹介の冊子第 2 版の表紙

この冊子は、以下の HP からダウ
ンロードできる。

[https://www.md.tsukuba.ac.jp/
community-
med/mental_health/2020gambl
e.html](https://www.md.tsukuba.ac.jp/community-med/mental_health/2020gamble.html)

C. 考察

1. GA の有効性に関する文献検討

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：見通されている。使われていない? (Gamblers Anonymous: overlooked and

underused?）」というタイトルの論文 (George, and, Ijeoma, 2018) を書き、その中で GA に対するエビデンスが十分でない面を指摘しながらも、GA が CBT などの他の介入との組み合わせでは有効な手段である可能性があるとして述べている。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. GA 利用者のグループインタビューよりみた GA の有効性

GA の利用者のインタビューによると、ギャンブル障害のある人にとって「ダメな人間だ」と自己否定したり、逆に「自分は別に大丈夫なんだ」と問題の否認をおこないなかなか自分が困っていることを相談できない場合が多い。そんな状況の中で、自助グループは、当事者にとって同じ立場の人がいて、うまくいっていないことでも受け止めてもらえる体験ができる場所として大きな意味を持っていることが明らかであった。

自己中心的な考えに陥っていた自分があらためて、つながることの価値や感謝の気持ちを深く感じるようになり、単にギャンブルを止めているというだけでなく自分や生き方が変わったということが実感を込めて語られてい

た。

ミーティングに通うことそのものに加えて、12 ステップのプログラムを行うことで、大きな変化を実感していた。12 ステップのプログラムを全ての人が熱心に行うわけではないことも指摘されていたが、このプログラムをうけることで、一応ギャンブルが止まっても苦しくてしょうがないと感じていた毎日が楽しいものと感じられるようになったという。そうした感じ方の変化は、他の仲間や社会に対して自分たちがメッセージを運ぶという視点が持てるようになることで、「ダメな自分」という考えから一歩出て、他者や社会に心を開くことができるようになることが良い影響を与えている。更には、自分自身の回復を進めていくことが他の仲間を助けることにもつながっていることを実感する中で自分の価値を感じられるようになることも影響している。

近年、ギャンブル障害への認知行動療法などの心理療法が出てきているが、これらがまずどのようにやめ始めることができるかという時期には力を発揮することが期待される、しかし、やめた後の生きにくさやむなしさを埋めて人生を肯定的にとらえられるようになるというところまでは、心理療法のみでは難しい場合があると思われ、自分が生きている意味が変わるという実感を与える力がある自助グループはやはりギャンブル障害の支援になくてはならないものであるということが今回の結果から確かめられた。Venuleo, & Marinaci, (2017) は、イタリアの GA とギャンマンの参加者のインタビューにもとづく質的研究を行い、自助グループが示す疾病のモデルが提供されることで、当事者や家族が抱いていた自分を責めるストーリーから解放されて、新しい自己像を見出すことができるようになることを論じている。これは今回の結果と一致するものであると

いえる。

3.入所型回復施設の利用状況と効果

入所型回復施設グレイスロードの利用者は、借金が500万円以上の方が半数以上、1000万以上が4分の1以上であった。そして、家族との離婚や別離の経験を3割、自殺念慮・自殺企図、家族への暴力・暴言、アルコール・薬物問題・犯罪が5割以上に存在していた。入所型回復施設に入る事例は、通所では回復できにくいほどの重篤な問題を生じてもギャンブルを止められない者であることを意味していると思われた。

グレイスロードでは、プログラムを第1フェーズ（入所を中心とするプログラム）と第2フェーズ（社会復帰を中心とするプログラム）に分けていて、利用期間は13カ月を一応の目安になっているという。今回の対象者の利用期間は、平均20.9±21.1カ月で最短0.3、最長76.5カ月であり、13カ月を超えている者は50%であり、比較的長期の利用をしている者が多かった。そして、利用期間とGSA-Jすなわちギャンブル障害の症状を検討すると、利用期間が長いほど症状が軽くなっており、入所してギャンブル生活から離れてプログラムを受けることはギャンブルを用いたい気もちや衝動の低下に有用であることが示唆された。

GRCS-Jで測定したギャンブルへの認識の歪みでも、利用期間によってわけた4群間で有意差があった。しかし、認知の歪みは、ギャンブル障害の症状のように利用期間が長い群ほど低いという所見ではなかった。特に異なっていたのは、入所後4カ月以内の群よりも、4から13カ月の群では歪みが強くなっている点である。そして、14カ月から2年の群では4から13カ月群より歪みが少なくなっており、さらに2年以

上の群ではもっと歪みが少なかった。つまり入所後4から13カ月より長い群での違いは、利用期間の長い群の方が、よい状態を示していた。今回のデータはあくまで横断調査の結果であり、値の推移について今回の所見で決定的なことをいうことはできない。しかし、そうした限界を確認した上で、今回の結果から推測される過程について次のように考えられた。ギャンブルへの認知の歪みは、ギャンブル状況から離れてもすぐには好転せず、一旦歪みが強くなり、その後改善するという推移をたどる可能性がある。回復施設に入った時は、ギャンブルによるトラブルに懲りており、ギャンブルへの期待などの一旦は下がるが、一旦離れた状態で1年くらい過ごすと思ってもとのギャンブル障害的な考え方に戻ってしまい、その後社会復帰へ向かいながらもギャンブルを用いないでいられる経験をする中で、ギャンブルへの認知が変わっていくという経緯をたどることが示唆される。こうした変化は単にギャンブル状況から離れるだけではなく、そこで12ステップなどのプログラムによりギャンブルなしでやっていける考えや自信がついてくることが影響しているのではないかと推測される。

4. 家族の回復におけるギャンマンと他の支援の効果の違い

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、ギャンマンを主に用いている群と精神保健福祉センターや医療機関などを中心に用いている群を比較したところ、以下のような所見がみられた。

- ・両群はもともとの背景や当事者のギャンブル状況には有意差がない。
- ・援助を受けたことでの変化として、「ギャンブル障害への対応ができるようになった」「自分

の生活を守る行動が取れるようになった」「自分自身の問題に向き合えるようになった」という回答の割合が、自助グループを主に用いている群の方が、有意に多かった。

・自助グループを主に用いている群の方が、WHO/ QOL が高かった。

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

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

5. ギャンブル障害の家族の自助グループの有効性

ギャマノン利用者のグループインタビューをもとに検討したところ以下のような様子が見られた。

ギャマノンは初期には、まず同じ立場の家族と出会う場を提供し、そこで不安でいっぱいになっている状態を落ち着かせてくれる。そしてギャンブル障害という病気を知る機会を提供することで、家族に回復への指針を示す機能を果たしている。さらには、ギャマノンに通う中で、家族自身が、当事者に対して過度にコントロールしようとしたり、巻き込まれてしまう側面をもっていることに気づく体験をしていることが語られた。家族にとっての自助グループは、家族自身の生き方を考え直すという場所にもなっているといえた。

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させていることも、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がることが重要になる。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。

6. 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り、日本でもそうした連携のための工夫が必要と思われる¹。

E. 結論

研究 I :ギャンブル障害当事者の自助グループの研究

研究 I-1 : GA の文献研究。

- 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

¹ 今回のレビューで初期の GA では女性が参加しても、居場所がないような状況でかえって否定的な影響を受けていたが、近年になってそうした問題が解消されてきていると指摘されていた。女性に限らず、GA が全体としては良い効果を上げていても、事例の状況や個別のグループによってはうまくマッチしないことはあり得る。例えば、グループでの活動が苦手な人の場合などもそれにあたる可能性がある。あくまで自主的な参加をもとにプログラムに参加することでよい成果が得られるのであり、その場合は無理に自助グループを用いず、別の方法の方がいいかもしれない

い。一方、自助グループを用いないという選択肢をとる前に、まずは食わず嫌いならないように理解を助けることも重要である。例えば「ハイヤーパワーなどの概念は、日本人にとって宗教と誤解されてしまう可能性があるが、これは「自然」、「ご先祖様」などその人それぞれの価値ある対象と読み替えることができることなどで理解してもらえる場合もある。海外でもこうした12ステップを受け止める上での困難を生じる場合があるようで、TSFではこれに対する理解を助ける内容が含んでいる。日本でもGAの紹介するTSFを作成していくことは有用と思われる。

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 1-2 : GA の利用者のインタビュー調査

全国各地のGAに継続的に参加者(11名)に、GAでの体験や回復や社会に求めるものなどのグループインタビューを行い、言表をMAXQDAというソフト質的分析を行った。

- ① 発言を分類して得た5つのカテゴリーは、
 - i. 自助グループにつながる以前の苦勞、ii. 自助グループへにつながる経緯(「つながることへの抵抗や否認は最初あったし、続くこともある。」)、iii. 自助グループの有効性、iv. 様々な自助グループに利用の仕方、v 関連機関や社会における自助グループの理解」であった。
- ② これらをもとにした分析により、自助グループでは、同じ立場の仲間が迎えられ、正直になれる場を提供されることや、12ステップにより、考え方が変わり、生きることが肯定的にとらえられるようになることが言及されていた。但し、自助グループ開始時には、すぐに効果が実感できないことがあり、そうした時期を超えていくアドバイスが重要であること、地域によって自助グループの数や内容に偏りがあることなどの所見が得られた。

研究 I-3 : 入所型回復施設による回復過程

- ① 入所型回復施設グレイスロードの調査の結果、利用者には多額の借金、家族との離婚や別離、自殺、暴力、アルコール・薬物問題・犯罪を生じている重篤な事例の割合

が高かった。

- ② 利用期間で分けた4群(3か月以内、4-13か月、14か月-2年、2年以上)を比較すると、利用期間がない群ほどギャンブル障害の症状が低下していた。一方、ギャンブルに関する認知の歪みは、3か月以内より4-13か月の方は高く、14か月-2年ではそれより低下し、2年以上では最も低かったことから、施設利用はギャンブルへの認知の変化に結び付くためには、入所による危険な生活環境からの隔離のみでなく、12ステッププログラムや社会復帰における新しい生き方に触れるなどの長期的な体験が必要であることが示唆された

研究 2 . ギャンブル障害の家族の自助グループの研究

研究 2-1: 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

- ④ 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、ギャンマ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。
- ⑤ 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。
- ⑥ 自助グループを主に用いている群の方が、WHO/ QOL、依存症への理解得点、当事者への肯定的な関わり得点が高い。

研究 2-2 : ギャンマン利用者に対するグループインタビュー調査の結果

昨年度報告書では、GAやギャンマンの利用者に

対するグループインタビューをもとに、その有効性や課題についてまとめた。

- ① ギャマノンにつながるきっかけは、医療機関、行政、消費者相談等からの勧めや後押しがあったことが示されていた。逆に、担当者の誤った対応や、連携不足などがこうした過程を妨げる場合もあることも語られた。
- ② ギャマノンに参加する中で、ギャンブル依存症の知識を得たり、対応の方法を事細かに経験してきた仲間たちに聞くことができることで当事者にも良い影響もあると思われた。
- ③ さらに、ギャマノンに参加し、12 ステッププログラムを進めていく中で、家族自身を深く見つめ、共依存的性質について変える取り組みをしていた。
- ④ 地域によってアノニマスグループが多いところと少ないところがあることがあるなど、ギャマノンは発展途上といえる。

研究 2-3 : ギャマノン利用者の回復過程に関する複線径路等至性アプローチ (Trajectory Equifinality Approach, TEA) による研究

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

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

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

研究 3 : 全国の民間団体や自助的な活動の研究

- ① R2年度には日本における民間団体 115 件のリストを作り、そのうちの 73 件に質問紙を送り、41 件の回答を得た。このうち、ギャンブル障害を中心とした団体は 13 例であり、2000 年以降ふえているが、まだ少数に止まっていることや地域の偏在が確認された。R
- ② 民間団体の形態や支援内容も多様であり、当事者の入所や通所でのプログラム提供やグループや個別相談、家族へのグループや個別相談、電話やメールによる相談、ホームページなどによる情報提供、講演会、ワークショップ、ニュースレターの発行などが比較的多く行われ、他の機関にはつながることが難しい事例の窓口となっていた。
- ③ 同時に改めて各団体の方に意見を聞いたところ、「行政、病院、警察、弁護士などの理解が進み、正しい情報をすぐに受け取り素早く適正な治療が出来るようになって欲しい」などの連携強化を求める意見が多かった。自助グループや民間団体の効果や特徴などをより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であると考えられた。
- ④ 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。

(参考文献)

- 1) Avery, L., and Davis, D. R. (2008). Women's recovery from compulsive

- gambling: Formal and informal supports. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 8(2), 171-191.
- 2) Bradshaw S., Shumway S.T., Wang, E.W., Harris, K.S., Smith, D.B., Austin-Robillard, H. (2015), Hope, Readiness, and Coping in Family Recovery from Addiction. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 10:313-336.
 - 3) Carolyn, D., and Ryan, W. (2010). Gambling and debt: the hidden impacts on family and work life. *Community, Work & Family*, 13:311-328.
 - 4) Christine T., Max H., Calvin K., Rudolf, H.M. (2015). Social Processes Explaining the Benefits of Al-Anon Participation. *Psychol Addict Behav*, 29(4):856-868.
 - 5) Ferentzy, P., and Skinner, W. (2003). Gamblers Anonymous: A critical review of the literature. *Electronic Journal of Gambling Issues*, 8, 1-29.
 - 6) Ferentzy, P., Skinner, W., & Antze, P. (2006). Rediscovering the twelve steps: Recent changes in Gamblers Anonymous. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 1(3-4), 59-74.
 - 7) Ferentzy, P., Skinner, W., Antze, P. (2010). The Serenity Prayer: Secularism and Spirituality in Gamblers Anonymous. *Journal of Groups in Addiction & Recovery* 5:2, pages 124-144.
 - 8) George, S., Ijeoma, O., Bowden-Jones, H. (2013). Gamblers Anonymous: Overlooked and underused? *Advances in Psychiatric Treatment*, 19(1), 23-29. doi:10.1192/apt.bp.111.009332
 - 9) Gomes K, Pascual-Leone A. Primed for change: Facilitating factors in problem Gambling treatment. *Journal of Gambling Studies*. 2009; 25:1-17.
 - 10) Grant, J.E., Donahue, C.B., Odlaug, B.L., Kim, S.W., Miller, M.J., Petry, N.M. (2009) Imaginal desensitisation plus motivational interviewing for pathological gambling: randomized controlled trial. *Br J Psychiatry*. ;195(3):266-7. doi: 10.1192/bjp.bp.108.062414. PMID: 19721120; PMCID: PMC2801822.
 - 11) Humphreys, K, Blodgett, J.C., Wagner, T.H. (2014) .Estimating the efficacy of Alcoholics Anonymous without self-selection bias: an instrumental variables re-analysis of randomized clinical trials, *Alcohol Clin Exp Res*. 38(11):2688-2894.
 - 12) Hodgins DC, Peden N, Cassidy E. (2005). The association between comorbidity and outcome in pathological Gambling; A prospective follow-up of recent quitters. *J Gambli Stud*. 21(3):255-71. doi: 10.1007/s10899-005-3099-3. PMID: 16134008.
 - 13) Hodgins, D.C., and el-Guebaly, N. (2010). The Influence of Substance Dependence and Mood Disorders on

- Outcome from Pathological Gambling: Five-Year Follow-Up. *Journal of Gambling Studies*, 26(1), 117-127. <https://doi-org.ezproxy.tulips.tsukuba.ac.jp/10.1007/s10899-009-9137-9>
- 14) Kelly JF, Humphreys K, Ferri M. (2020) . Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder, *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Mar 11;3(3):CD012880.
 - 15) Lesieur, H.F., and Blume, S.B. (1992). Modifying the Addiction Severity Index for use with pathological Gamblers. *American Journal on Addictions*, 1, 240 - 247.
 - 16) Lunski, L.A. (2021). *Gambling Addiction: Filling the Gaps in Understanding the Biopsychosocial-Spiritual Elements of Recovery*. College of Saint Elizabeth, ProQuest Dissertations Publishing, 28413691.
 - 17) Marceaux J.C., and Melville, C.L. (2011). Twelve-step facilitated versus mapping-enhanced cognitive-behavioral therapy for pathological gambling: A controlled study. *J Gambl Stud*. 2011;27(1):171-190.
 - 18) Monnat, S.M., Bernhard, B, Abarbanel, B.L., St John, S, Kalina, A. (2014) Exploring the relationship between treatment satisfaction, perceived improvements in functioning and well-being and Gambling harm reduction among clients of pathological gambling treatment programs. *Community Ment Health J*. 50(6):688-96. doi: 10.1007/s10597-013-9635-1. Epub. PMID: 23756725; PMCID: PMC4112598.
 - 19) Muraki, S., Kaneko, F., Okamura, H. (2015) Study on factors associated with repeated gambling among Gamblers Anonymous participants. *J Addict Res Ther* 6: 251. doi:0.4172/2155-6105.1000251
 - 20) Petry, N.M. (2003). Patterns and correlates of Gamblers Anonymous attendance in pathological Gamblers seeking professional treatment. [Clinical Trial Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov' t Research Support, U.S. Gov' t, P.H.S.]. *Addictive Behaviors*, 28(6), 1049-1062.
 - 21) Petry, N.M., Ammerman, Y., Bohl, J., Doersch, A., Gay, H., Kadden, R., et al. (2006). Cognitive-behavioral therapy for pathological GAMblers. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 74(3), 555-567.
 - 22) Rogers, J., Landon, L., Sharman, S., Roberts, A. (2020) Anonymous Women? A Scoping Review of the Experiences of Women in Gamblers Anonymous (GA). *International Journal of Mental Health and Addiction* 18:4, pages 1008-1024.
 - 23) Russo, A.M., Taber, J.I., McCormick, R.A., Ramirez, L.F. (1984). An outcome study of an inpatient treatment program for pathological Gamblers. *Hospital and Community*

Psychiatry, 35, 823 - 827.

24) Taber, J. I., McCormick, R. A., Russo, A. M., Adkins, B. J., & Ramirez, L. F. (1987). Follow-up of pathological Gamblers after treatment. *American Journal of Psychiatry*, 144, 757 - 761.

25) Toneatto, T. (2008) A cognitive-behavioural analysis of Gamblers Anonymous. *Journal of Gambling Issues* 21: 68-79.

26) Toneatto T, Dragonetti R. (2008) . Effectiveness of community-based treatment for problem Gambling; A quasi-experimental evaluation of cognitive-behavioral vs twelve-step therapy. *Am J Addict.* 17(4): 298-303.

27) Tonigan, J. S., Miller, W. R., Connors, G. J. (2000). Project MATCH Client Impressions About Alcoholics Anonymous, *Alcoholism Treatment Quarterly*, 18:1, 25-41, DOI: 10.1300/J020v18n01_02

28) Venuleo, C. and Marinaci, T. (2017): The Social Construction of the Pathological Gambler's Identity and Its Relationship with Social Adaptation: Narratives from Members of Italian Gambling Anonymous and Gam-Anon Family Groups. *Journal of Gambling Issues*, 36, 138-162.

29) Wenzel, H. G., Oren, A., Bakken, I. J. (2008). Gambling problems in the family--a stratified probability sample study of prevalence and

reported consequences. *BMC Public Health*, 8:412.

30) 安田裕子, サトウタツヤ(2012). TEMでわかる人生の径路 質的研究の新展開. 誠信書房, 東京.

F. 研究発表 研究発表

1) 国内

原著論文による発表	1件
口頭発表	5件
それ以外(レビュー等)の発表	8件

2) 国外

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

・論文発表

- (1) 森田展彰: キャンブル障害のある人の家族に対する心理教育 臨床精神医学 48 (6) 743-749, 2019.
- (2) 森田展彰: アディクションのある人の家族への支援における共通性と多様性, 日本アディクション看護学会, 16(12) 197--202, 2019.
- (3) 高原恵子、梅野充、森田展彰、秋元恵一郎、南保輔、阿部幸枝、伊波真理雄、谷部陽子、源田圭子、幸田実: 薬物依存症に合併するギャンブル・インターネット依存傾向に関する研究—薬物依存回復支援施設に対する全国調査結果から—日本アルコール・薬物医学会雑誌, 54(6):260-271, 2019.
- (4) 森田展彰: アタッチメント・トラウマの問題としてのアディクションの理解 児童青年精神医学とその近接領域 61(5):488-494, 2020.

- (5) 新井清美、森田展彰、川口由紀子、水上勝義：大学生アスリートにおけるアディクションの実態—体育系・非体育系大学生の比較—, 日本社会精神医学会雑誌 29(3):223-233, 2020.
- (6) 新井清美、住岡弘士、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の実態と支援の現状—当事者へのインタビュー調査から—, 日本アルコール薬物医学科雑誌 55 (5) : 92, 2020.
- (7) 森田展彰、新田千枝、村瀬華子、田淵賀裕：アディクションのある養育者に育てられる子供が求める支援, 日本アルコール薬物医学科雑誌 55 (5) : 92, 2020.
- (8) 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-

・書籍

- (1) 森田展彰：アディクションのある人の家族に対する支援 編集：樋口進、廣尚典 「はたらく」を支える！職場×依存症・アディクション 南山堂 2019 pp22-33

・学会発表

- (1) 森田展彰：ギャンブル障害が子育てや虐待に与える影響,20210 年度 アルコール・薬物依存症関連学会合同学術総会 最新医療を共有した連携の発展:木曾・臨床・たし職種・他機関・そして地域から世界へ～コロナ危機を乗り越えて～ 2021.12.17.
- (2) 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).

- (3) 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)
- (4) 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)
- (5) 新井清美、森田展彰、田中増郎：アディクションを重複する発達障害者への支援ツールの開発 2021 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会 2021 年 12 月 18 日 (三重)

G. 知的所有権の出願・取得状況 (予定には (予定) を記載する)

特記事項なし。