

令和元年—令和3年度分担研究報告書

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

研究分担者 宮田久嗣 東京慈恵会医科大学 精神医学講座 教授
研究協力者 山田理沙 東京慈恵会医科大学 精神医学講座 大学院生

【研究要旨】

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

【方法】 初年度：本研究のための調査用紙を作成した。内容は、初診時（0カ月時）には、被験者背景、生活・就労状況、ギャンブル障害の内容と重症度、精神科併存症の有無および疾患名と重症度、社会生活機能、治療・社会資源の利用状況であった。3カ月、12カ月経過時の調査内容は、被験者背景を除き、治療継続状況を追加する以外は0カ月時と同様とした。**2、3年度：**協力医療機関11施設において、DSM-5にてギャンブル障害と診断された初診外来患者（2020年6月1日～2022年3月31日）を対象とした。0カ月時に本研究の説明を行い同意取得後、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。

【結果】 0カ月時の調査対象者は60名（平均年齢37.6歳；男性58名、女性2名）で、ギャンブル開始年齢は平均19.5歳、精神科併存症は60名中35名（58.3%）に認められた。内訳はうつ病16名（26.7%）、行動嗜癖10名（16.7%）、不安障害7名（11.7%）、知的障害3名（5.0%）、アルコール使用障害3名（5.0%）であった。併存する精神疾患の有無で比較した結果、精神疾患併存群では、喫煙経験（77.1% vs 48.0%, $p=0.028$ ）、過去のいじめ経験（34.3% vs 8.0%, $p=0.028$ ）、ギャンブルに関連した自殺未遂経験（20.0% vs 0.0%, $p=0.035$ ）の割合が非併存群と比較して有意に高かった。初診から3カ月経過時には58名中50名（回収率86.2%）から、12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South Oaks Gambling Screen (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 (Patient Health Questionnaire-9 (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SEEHAN Disability Scale (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。

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

A. 研究目的

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

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

B. 研究方法

1. 調査方法

1) 初年度(令和元年)

ギャンブル障害における精神科併存症の現状と、ギャンブル障害の治療経過におよぼす影響を前方視的に検索するための調査用紙を作成した。調査用紙の内容は以下の通りである。

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

2) 0カ月、3カ月、12カ月時の調査項目

- ① 注意欠如・多動性障害評価尺度(Adult ADHD Self-Report Scale :ASRS)
- ② 自閉症スペクトラム指数(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)

2) 2年度、3年度(令和2年、3年)

2年度と3年度において、初年度に作成した調査用紙を用いて調査を行った。

① 調査対象者

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

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

② 調査手順

まず、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。

② 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。調査は、初診より0カ月、3カ月、12カ月後の計3回行い、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 統計学的解析

2020年6月～2022年3月までに、ギャンブルの

問題で本研究の協力医療機関を受診し、主たる精神疾患がギャンブル障害と診断された外来患者の中で同意の得られた者 60 名(男性 58 名、女性 2 名)を対象とした。

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

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

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

2. 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。

C. 研究結果

1. 被験者の基本属性および臨床的特徴

被験者の基本属性および臨床的特徴を表 1 に示した。被験者の平均年齢は 37.6 歳、教育歴は高校卒業以上が 95.0%、婚姻状況は、結婚が 51.7%、未婚(婚姻経験なし)が 35.0%、離婚が 13.3%であった。就業状況は正社員が 58.3%、無職が 31.7%、アルバイトが 8.3%であった。対象者全体の臨床学的特性については、喫煙経験(生涯)は 65%、自閉ス

ペクトラム障害指数(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

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

3. 被験者のこれまでのギャンブルに関連する

行動、治療、支援

被験者のこれまでのギャンブルに関連する行動、治療、支援について表 3 に示した。被験者全体では、ギャンブルを開始した年齢は平均 19.5 歳、最もはまっていた時の年齢は平均 30.3 歳、最もはまっていた時のギャンブル使用金額は 1 ヶ月あたり平均 82.9 万円(範囲:5 万円-800 万円)、最もはまっていた時の 1 カ月当たりのギャンブル活動日数は平均 22.5 日であった。これまでにハマ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、ギャンブルに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

被験者の現在のギャンブルに関連する行動、治療、支援について表 4 に示した。初診時にギャンブルを中断している者は 83.3%であった。ギャンブル障害のスクリーニングテストである SOGS (South Oaks Gambling Screen)のスコアは平均 13.5 点(0-2 点:問題なし、3-4 点:将来、ギャンブル障害になる可能性が高い、5-20 点:ギャンブル障害の疑い)であり、60 名すべてがギャンブル障害疑いとなる 5 点以上に該当した。うつ症状を評価する PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9)のスコアは平均 8.4 点(0~4 点はうつ症状なし、5~9 点は軽度、10~14 点は中等度、15~19 点は中等度~重度、20~27 点は重度)であり、中等症以上のうつ症状が疑われる 10 点以上の者は 60 名中 19 名(31.7%)であった。社会機能障害を評価する SEEHAN Disability Scale (SDS)(0 点:障害なし、1-3 点:軽度、4-6 点:中等度、7-9 点:重度、10 点:極めて重度)では、“仕事・学業への支障”は平均 3.3 点で、中等度以上(≧4 点)の障害は 60 名 21 名(35.0%)、“社会生活への支障”は平均 2.9 点で、中等度以上(≧4 点)の障害は 60 名 21 名(35.0%)、“家族内のコミュニケーションや役割の支障”は平均 3.9 点で、中等度以上(≧4 点)の障害は 60 名中 27 名(45.0%)であった。現在病院で受けている治療については、集団ミーティング(31.7%)、認知行動療法(13.3%)、カウンセリング(26.7%)、薬物療法(8.3%)であった。

併存症のある群とない群の 2 郡間で比較したとこ

ろ、現在のギャンブル活動、SOGS スコア、PHQ-9 スコア、SDS スコア、現在受けている治療・支援においては、有意な差が認められなかった。

5. 被験者全体における治療状況の変化

3 カ月時の調査では 58 名中 50 名から回答(回収率 86.2%)を。12 ヶ月後の調査では 36 名中 26 名から回答(回収率 72.2%)を得た。併存症の有無による治療状況の変化については、3 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(図 1)。

2) ギャンブル中断率

被験者全体のギャンブル中断率は、0 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(図 2)。

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 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(図 3)。

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(図 4)。

5) SDS スコア

被験者全体の SDS スコアは、“仕事・学業への支障”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(図 5)。

“社会生活への支障”の 0 ヶ月時の平均スコアは 2.4 点、3 ヶ月時は 1.9 点、12 ヶ月時は 1.5 点であった。併存症のある群では、0 ヶ月時の平均得点は 2.8 点、3 ヶ月時 2.0 点、12 ヶ月時 2.3 点であり、併存症のない群では、0 ヶ月時の平均スコアは 2.1 点、3 ヶ月時 2.0 点、12 ヶ月時 0.8 点であった(図 6)。

“家族内のコミュニケーションや役割の支障”の 0 ヶ月時の平均スコアは 2.7 点、3 ヶ月時は 1.2 点、12 ヶ月時は 1.2 点であった。併存症のある群では、0 ヶ月時の平均得点は 3.4 点、3 ヶ月時 1.6 点、12 ヶ月時 1.8 点であった。併存症のない群では、0 ヶ月時の平均スコアは 2.0 点、3 ヶ月時 0.8 点、12 ヶ月時 0.7 点であった(図 7)。

D. 考察、結論

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

1) ギャンブル障害における精神科併存症

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

2) 精神科併存症の臨床的意義

併存症の有無で 2 群に分類して比較したところ、併存症のある群では、喫煙経験、過去のいじめ経験、ギャンブルに関連した自殺未遂の割合が高い結果となった。一方、ギャンブルに関連した問題行動、治療や支援経験、SOGS スコア、PHQ-9 スコア、SDS スコアにおいては、有意な差は認められなかった。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。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1) 論文発表

Miyata H, Takahashi M, Murai Y, Tsuneyoshi K,

Hayashi T, Meulien D, Sørensen P, Higuchi S. Nalmefene in alcohol-dependent patients with a high drinking risk: Randomized controlled trial. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2019; 73(11): 697-706.

宮田久嗣. ICD-11 における依存と嗜癖の概念再編. *日本社会精神医学会雑誌* 2019;28(2):139-146

宮田久嗣. 依存・嗜癖とその考え方の変化:精神医学における平成時代の変化と新時代への展望. *臨床精神医学* 49 (2):187-194, 2020.

宮田久嗣. 行動嗜癖に対する薬物療法. *日本医師会雑誌* 149 (6):1053-1057, 2020.

宮田久嗣. 依存症とハームリダクション. *医学のあゆみ* 274 (1):97-102, 2020.

宮田久嗣. International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders (UNDOC/WHO):精神科診療のエビデンス. *精神医学* 62 (5):1-4, 2020.

宮田久嗣. 仮想症例から断酒と減酒の使い分けを考える:依存症とハームリダクション. *精神神経学雑誌* 2021 ; 123 (8) : 487-493.

宮田久嗣. 仮想症例から断酒と減酒の使い分けを考える. *Frontiers in Alcoholism* 2022 ; 10 (1) : 19-23.

宮田久嗣, 山田理沙. 物質使用症(障害)群または嗜癖行動症(障害)群: ICD-11 が精神科臨床に与えるインパクト. *臨床精神医学* 2022 ; 51 (4) (印刷中)

宮田久嗣. アセナピン(シクレスト舌下錠)特集1/過去10年で登場した薬のおさらい一機序、効果、注意点. *精神科* 2022 (印刷中)

宮田久嗣. 国際診断分類(ICD、DSM)におい

て依存と嗜癖はどのように使われているのか. *日本アルコール薬物医学会誌* 2022 ; 57 (1): (印刷中)

宮田久嗣. 減酒療法に使う治療薬のキホン. 吉治仁治(編). *消化器科医のためのアルコール臓器障害治療マニュアルー減酒療法のススメ*, 東京:南江堂, 2022 (印刷中)

2)学会発表

宮田久嗣(教育講座). 依存症の臨床〜制御できない欲求の脳科学〜. 第50回日本神経精神薬理学会、第42回日本生物学的精神医学会、第4回日本精神薬学会 合同年会, ONLINE, 2020,08,21-23.

宮田久嗣(シンポジウム). 減酒が第一選択となるケース:減酒治療の心理社会的治療とは〜仮想症例から学ぶアルコール依存症の新ガイドラインと治療ゴール〜. 第116回日本精神神経学会学術総会, WEB開催, 2020,09,30.

宮田久嗣(シンポジウム). 飲酒量低減薬ナルメフェンのレギュレーションを考える〜本邦における処方レギュレーションのあり方に関する検討〜. 第116回日本精神神経学会学術総会, WEB開催, 2020,09,29.

Yamada R, Miyashita K, Tamura Y, Hashimoto T, Takada K, Miyata H. Clinical characteristics of psychiatric comorbidity in gambling disorder in Japan. 2021 International College of Neuropsychopharmacology. Taiwan (WEB), 2021 2, 27.

宮田久嗣(シンポジウム). 日本におけるハ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.

宮田久嗣（シンポジウム）．ニコチン依存を巡って：旧世代のたばこから新世代のたばこまで一何がどう違うのかー：物質依存（アルコール、ニコチン、非合法薬物）を巡って．2021年度日本アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，三重，2021,12,19.

宮田久嗣（シンポジウム）．精神科領域における障害と疾患の相違についての考察：障害（disorder, disability, dysfunction）と疾患（disease）：どこが違うのか？．2021年度日本アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，三重，2021,12,18.

宮田久嗣（教育講演）．飲酒量低減薬セリンクロ処方のための e-learning 研修の解説．2021年度日本アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，三重，2021,12,18.

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表 1. 被験者の基本属性および臨床的特徴

	全体 n = 60		精神科併存症				p - value
			あり n = 35		なし n = 25		
男性 (n, %)	58	96.7%	33	94.3%	25	100.0%	
年齢 (平均値, SD)	37.9	9.35	38.9	9.21	36.4	9.54	0.322
学歴							0.127
大学卒業 (n, %)	22	36.7%	9	25.7%	13	52.0%	
専門学校卒業 (n, %)	11	18.3%	7	20.0%	4	16.0%	
高校卒業 (n, %)	24	40.0%	16	45.7%	8	32.0%	
中学卒業 (n, %)	3	5.0%	3	8.6%	0	0.0%	
婚姻歴							0.319
結婚 (n, %)	31	51.7%	16	45.7%	15	60.0%	
離婚 (n, %)	8	13.3%	4	11.4%	4	16.0%	
婚姻歴無し (n, %)	21	35.0%	15	42.9%	6	24.0%	
就労状況							0.076
正社員 (n, %)	36	60.0%	17	48.6%	19	76.0%	
非正規雇用 (n, %)	5	8.3%	3	8.6%	2	8.0%	
無職 (n, %)	19	31.7%	15	42.9%	4	16.0%	
喫煙経験 (生涯)	39	65.0%	27	77.1%	12	48.0%	0.028
心理社会的特性							
AQ得点	21.7	7.22	22.9	7.41	20.1	6.76	0.146
ASRS得点	1.57	1.42	1.40	1.42	1.80	1.41	0.285
過去の辛い経験							
経済的困窮	18	30.0%	14	40.0%	4	16.0%	0.052
いじめ	14	23.3%	12	34.3%	2	8.0%	0.028
成績不良	8	13.3%	6	17.1%	2	8.0%	0.449
厳しいしつけ	8	13.3%	5	14.3%	3	12.0%	1.000
過剰に期待をされた経験	8	13.3%	5	14.3%	3	12.0%	1.000

P-value for Pearson's chi-square test or Fisher's exact test (categorical variable)

P-value for t-test (continuous variable)

表 2. ギャンブル障害患者の精神科併存症

	精神科併存症	
	n	%
うつ病	16	26.7%
行動嗜癖(クレプトマニア、ゲームなど)	10	16.7%
不安障害	7	11.7%
知的障害	3	5.0%
アルコール使用障害	3	5.0%
双極性障害	2	3.3%
てんかん	1	1.7%
解離性障害	1	1.7%

表 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

	全体 n = 60		精神科併存症				p - value
			あり n = 35		なし n = 25		
ギャンブルを始めた年齢 (平均値, SD)	19.5	3.93	20.1	4.72	18.8	2.31	0.201
ギャンブル活動が頻繁な時期							
年齢 (平均値, SD)	30.3	9.07	31.3	8.77	28.9	9.46	0.309
1ヶ月あたりの使用金額 (万円) (中央値, 範囲)	35.0 (5.00-800)		30.0 (5.00-400)		50.0 (5.00-800)		0.268
1ヶ月あたりの活動日数 (平均値, SD)	22.5	7.61	23.7	7.36	20.9	7.81	0.165
ギャンブル活動 (複数回答可能)							
パチンコ (n, %)	48	80.0%	28	80.0%	20	80.0%	1.000
パチスロ (n, %)	40	66.7%	23	65.7%	17	68.0%	1.000
競馬 (n, %)	33	55.0%	18	51.4%	15	60.0%	0.602
競艇 (n, %)	21	35.0%	14	40.0%	7	28.0%	0.416
宝くじ (n, %)	17	28.3%	11	31.4%	6	24.0%	0.575
ゲームセンター (n, %)	18	30.0%	11	31.4%	7	28.0%	1.000
競輪 (n, %)	16	26.7%	7	20.0%	9	36.0%	0.238
賭け麻雀 (n, %)	11	18.3%	7	20.0%	4	16.0%	0.748
これまでに受けた治療や支援							
自助グループ (n, %)	17	28.3%	12	34.3%	5	20.0%	0.260
弁護士や司法書士 (n, %)	7	11.7%	5	14.3%	2	8.0%	0.688
保健所・精神保健福祉センター (n, %)	6	10.0%	4	11.4%	2	8.0%	1.000
警察など (n, %)	5	8.3%	5	14.3%	0	0.0%	0.069
ギャンブルに関連した問題行動							
希死念慮 (n, %)	47	78.3%	27	77.1%	20	80.0%	1.000
自傷行為 (n, %)	6	10.0%	5	14.3%	1	4.0%	0.386
自殺未遂 (n, %)	7	11.7%	7	20.0%	0	0.0%	0.035
行方不明 (n, %)	12	20.0%	10	28.6%	2	8.0%	0.058

P-value for Pearson's chi-square test or Fisher's exact test (categorical variable)

P-value for t-test (continuous variable)

表 4. 被験者の現在のギャンブルに関連する行動、治療、支援

	全体 n = 60		精神科併存症				p - value
			あり n = 35		なし n = 25		
現在ギャンブル活動を止めている (n, %)	50	83.3%	27	77.1%	23	92.0%	0.171
SOGSスコア (平均値, SD)	13.50	2.72	13.49	3.13	13.52	2.08	0.960
PHQ-9スコア (平均値, SD)	8.38	6.78	9.20	7.63	7.24	5.31	0.273
sheehan disability スコア							
仕事・学業への支障 (平均値, SD)	3.25	3.27	3.86	3.57	2.40	2.65	0.089
社会生活への支障 (平均値, SD)	2.92	3.09	3.00	3.32	2.80	2.80	0.807
家族内のコミュニケーションや役割の支障 (平均値, SD)	3.85	3.49	3.71	3.71	4.04	3.22	0.725
現在受けている治療・支援							
集団ミーティング (n, %)	19	31.7%	13	37.1%	6	24.0%	0.400
認知行動療法 (n, %)	5	8.8%	4	12.1%	1	4.2%	0.385
カウンセリング (n, %)	16	26.7%	10	28.6%	6	24.0%	0.773
薬物療法 (n, %)	5	8.3%	4	11.4%	1	4.0%	0.390

P-value for Pearson's chi-square test or Fisher's exact test (categorical variable)

P-value for t-test (continuous variable)

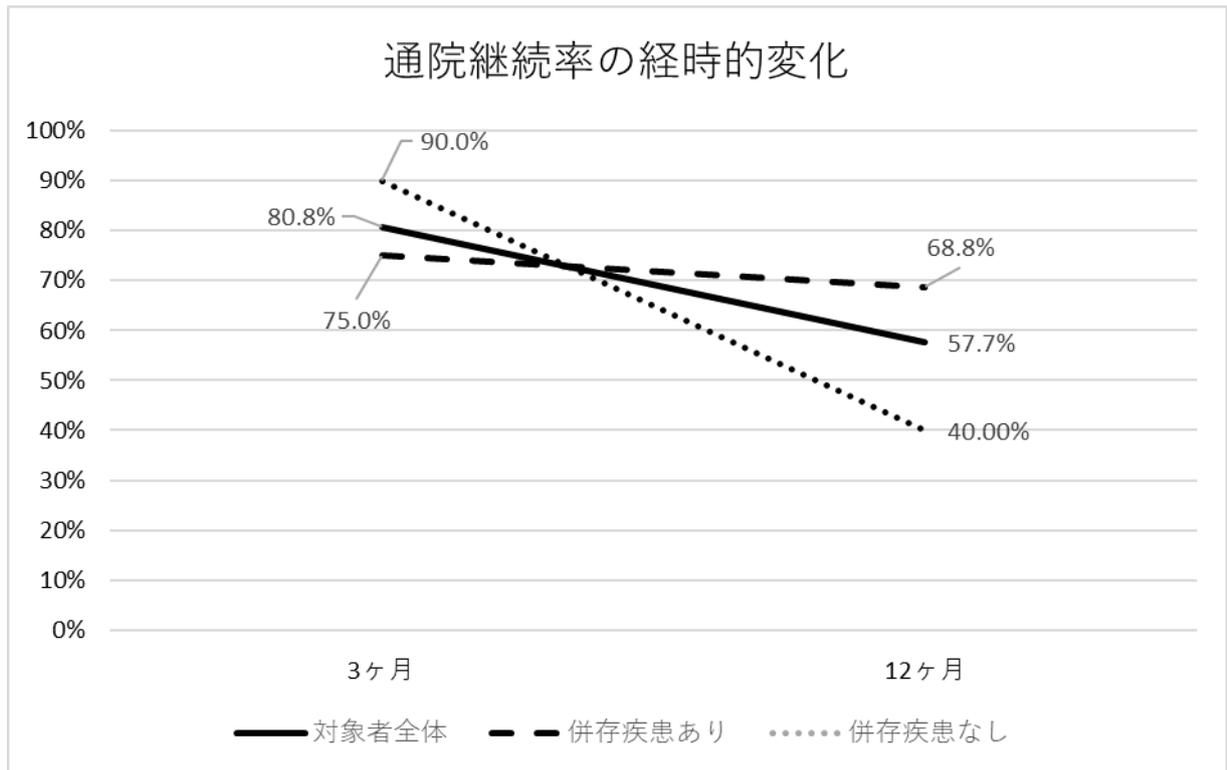


図 1.通院継続率の経時的変化

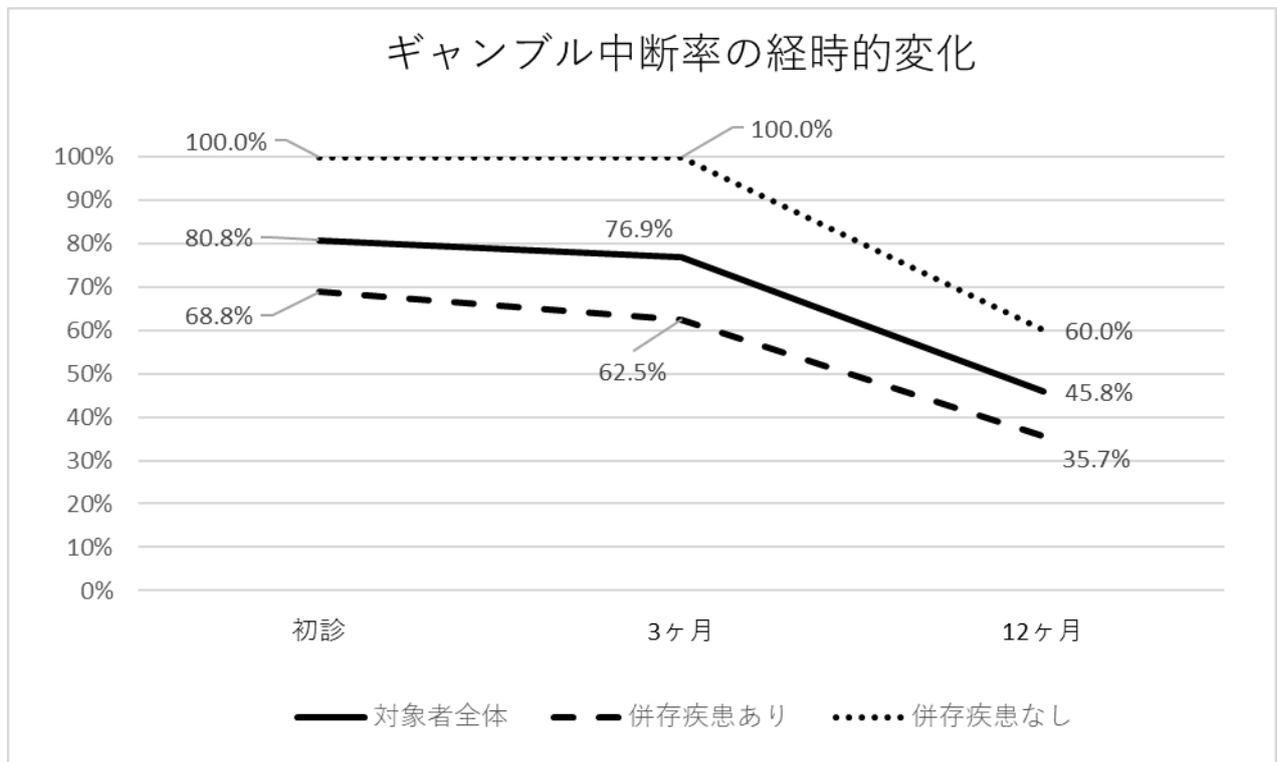


図 2.ギャンブル中断率の経時的変化

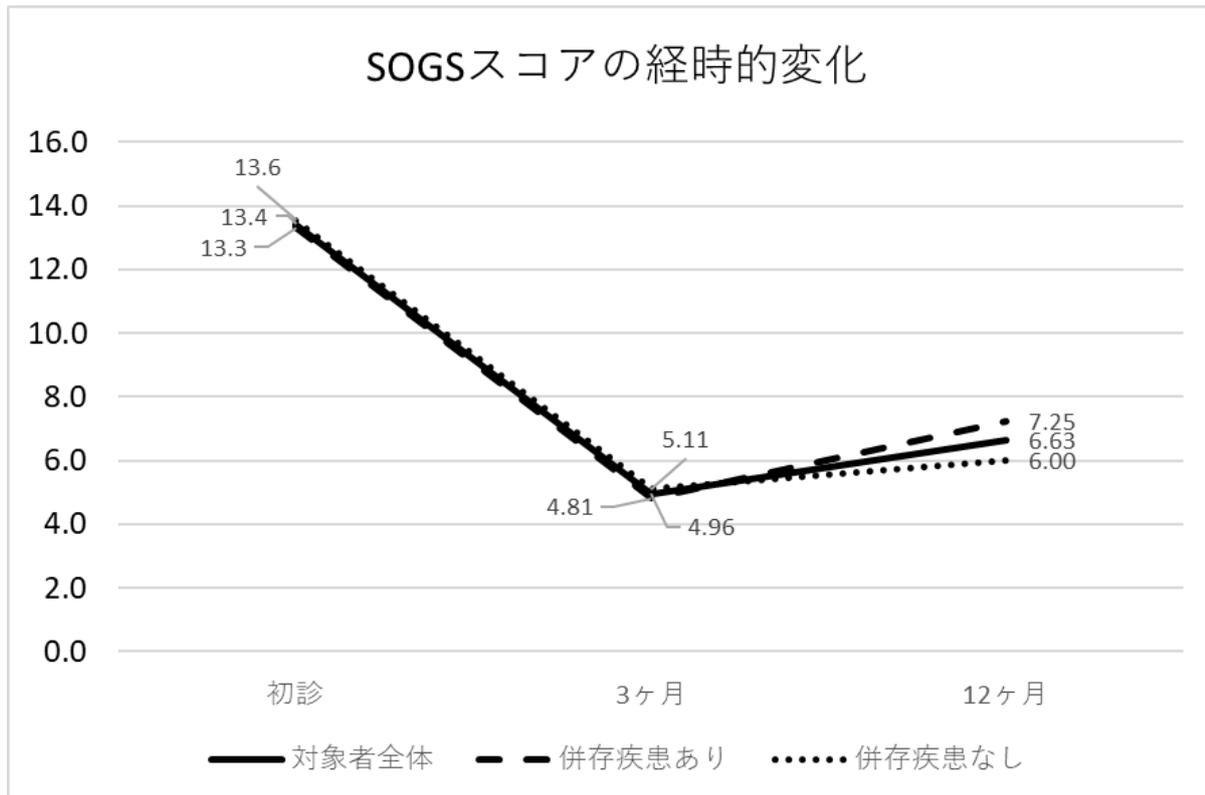


図 3. SOGS スコアの経時的変化

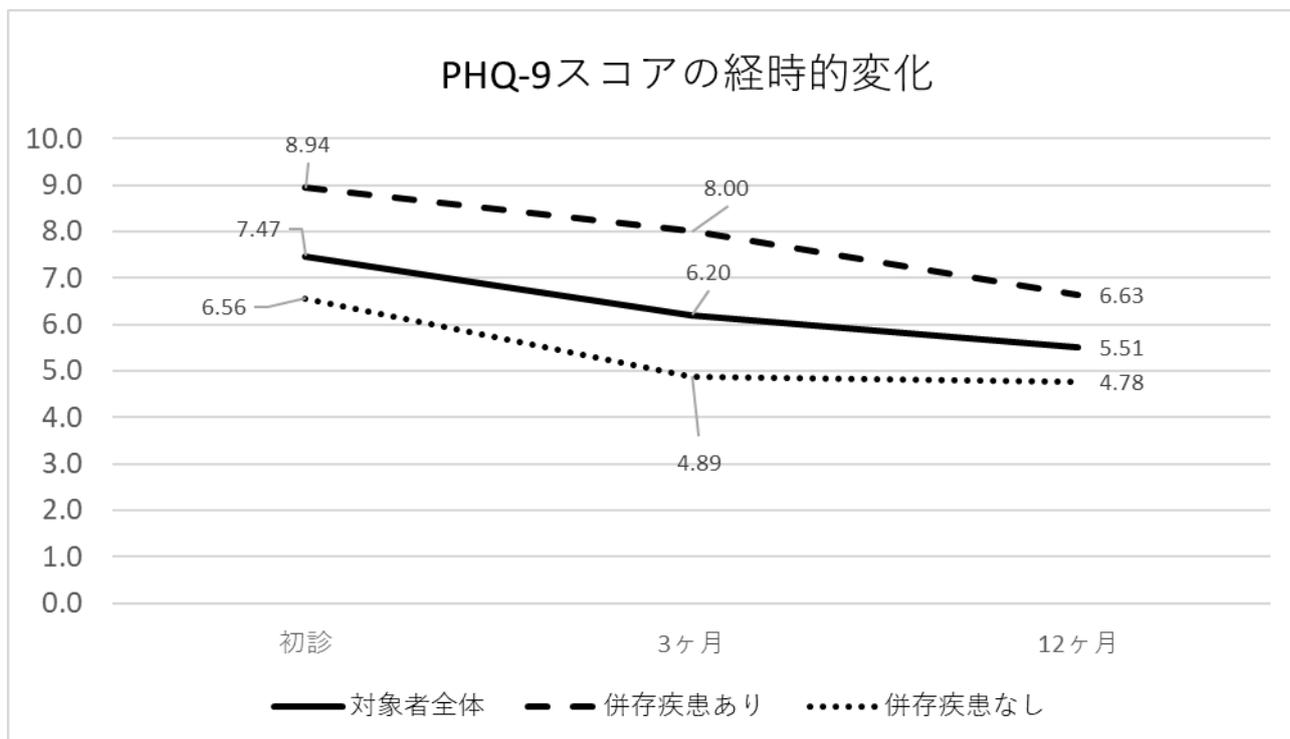


図 4. PHQ-9 スコアの経時的変化

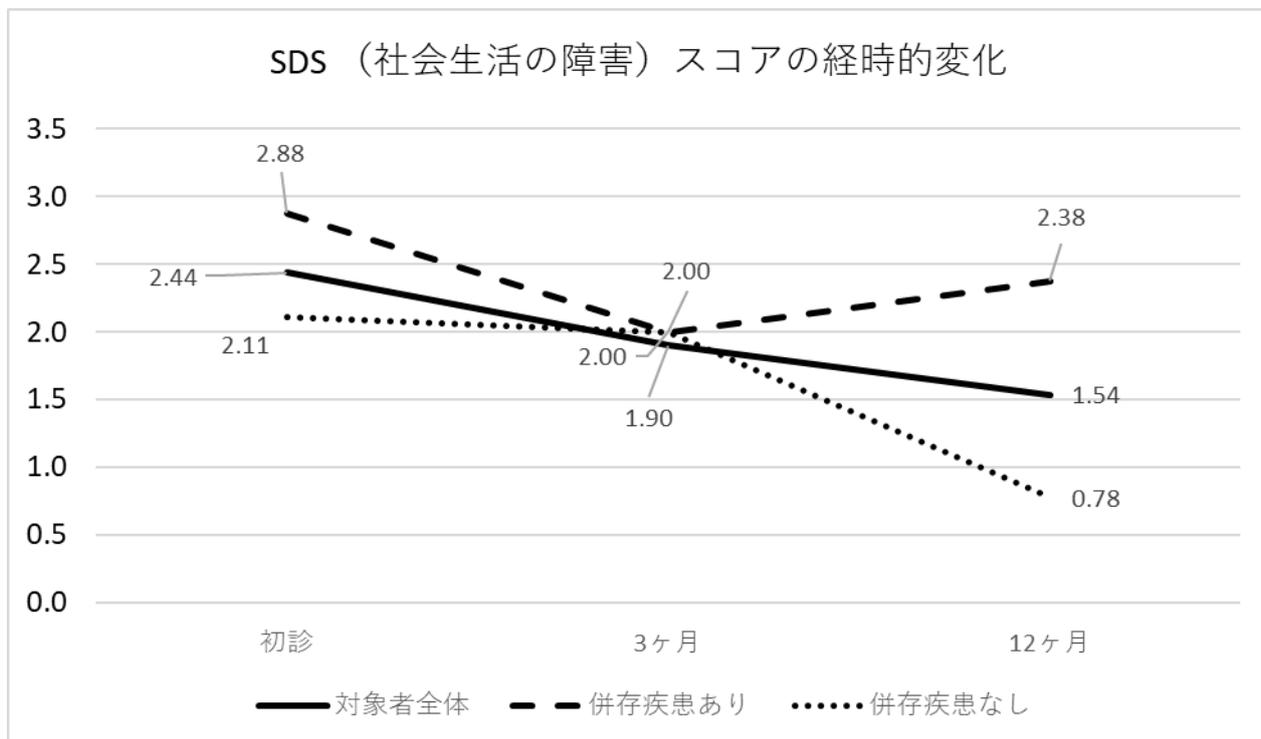


図 5.SDS(社会生活の障害)スコアの経時的変化

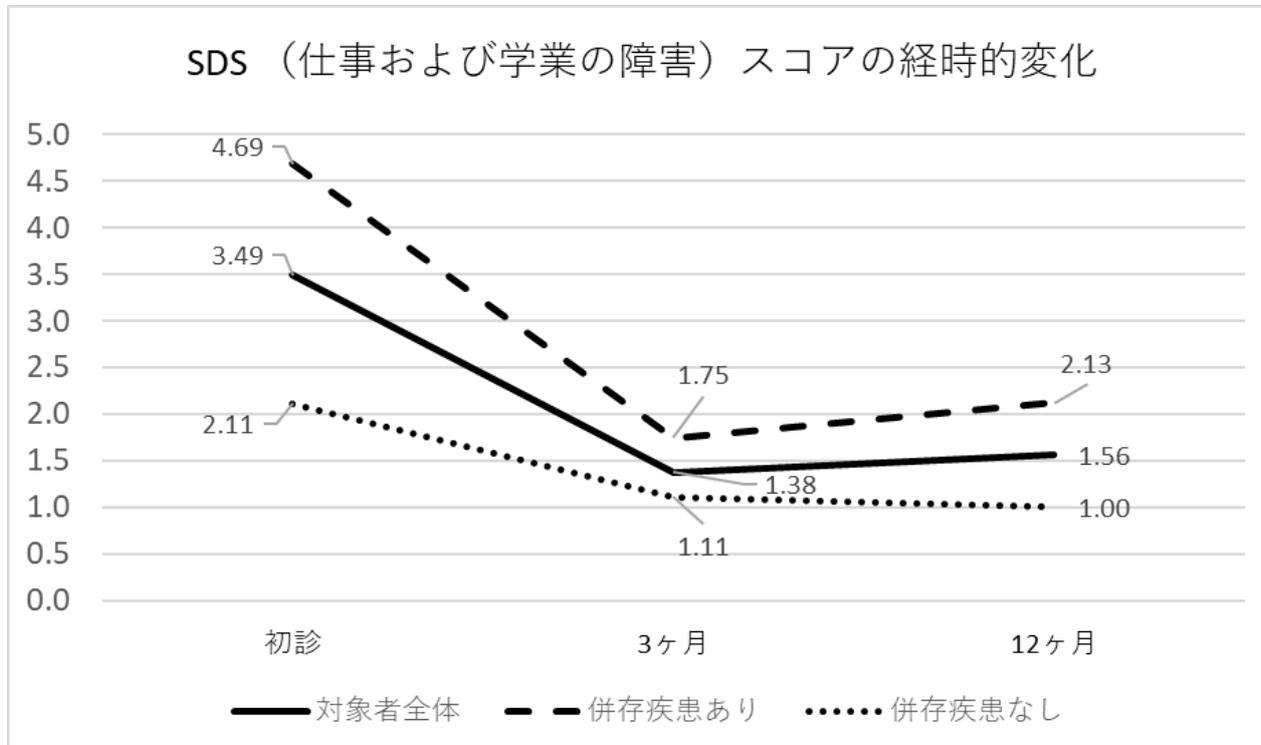


図 6.SDS(仕事および学業の障害)スコアの経時的変化

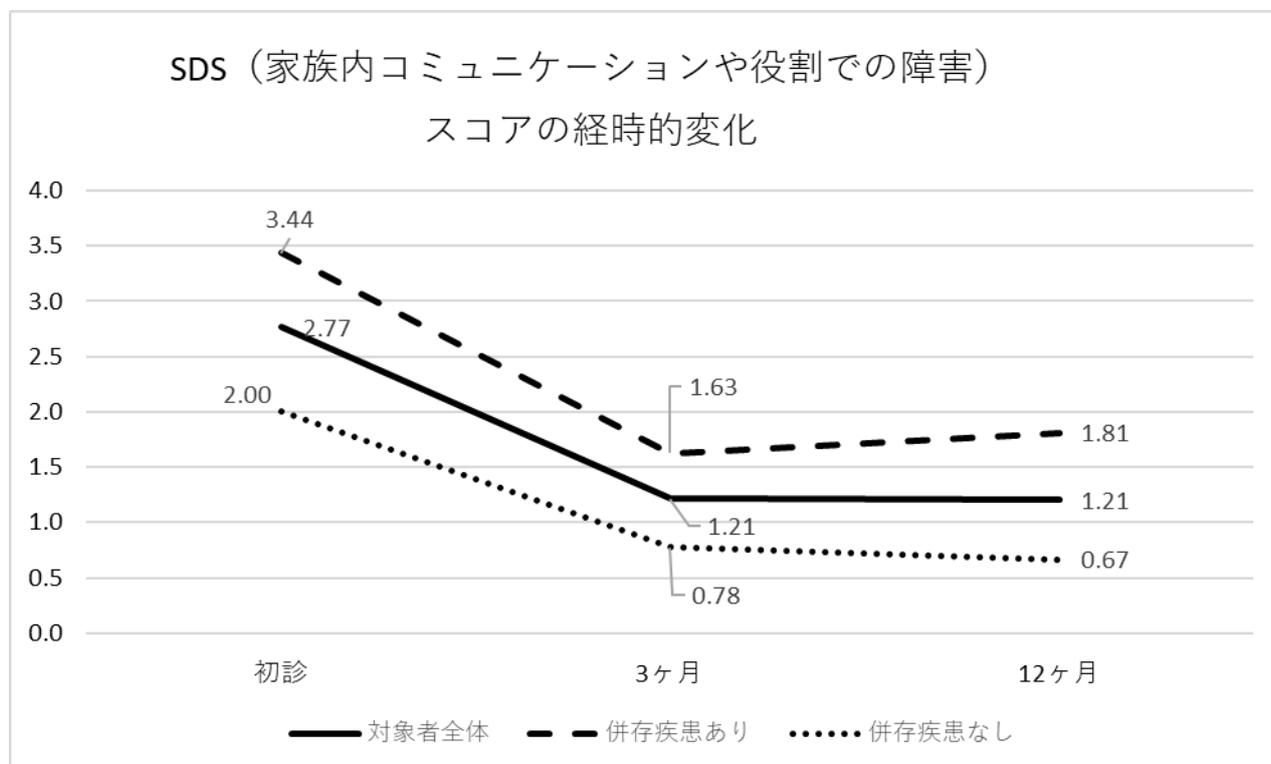


図 7. SDS(家庭内コミュニケーションや役割での障害)スコアの経時的変化