

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
ギャンブル等依存症の治療・家族支援に関する研究（19GC1016）

令和元年—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
ギャンブル障害の連携マニュアル作成—ニーズ調査とツール作成—

研究分担者 佐久間寛之 国立病院機構さいがた医療センター 院長

研究協力者

田中和彦 日本福祉大学福祉経営学部 医療・福祉マネジメント学科准教授

西念奈津江 小倉悠治法律事務所 ソーシャルワーカー

福田貴博 医療法人見松会あきやま病院 精神科医師

前田大輝 医療法人見松会あきやま病院 作業療法士

伊東寛哲 国立病院機構久里浜医療センター 精神科医師

福森崇之 国立病院機構さいがた医療センター 精神科医師

藤田啓暉 国立病院機構肥前精神医療センター 精神科医師

佐久間みのり 国立病院機構さいがた医療センター 精神保健福祉士

青木梨恵 国立病院機構さいがた医療センター 公認心理師

野村照幸 国立病院機構さいがた医療センター 公認心理師

永田貴子 佐賀県精神保健福祉センター 所長

大森順基 国立病院機構さいがた医療センター 精神保健福祉士

阿部かおり 国立病院機構さいがた医療センター 看護師

【研究要旨】

【背景】ギャンブル障害の治療・支援には多職種連携、多機関連携、自助グループや家族グループを含む地域の各資源の連携といった連携体制の構築が不可欠である。しかしギャンブル障害の連携態勢は地域ごとにばらつきが大きい。ある程度の人口があり資源が存在する大都市部をのぞけば、大半の地域ではいまだ不十分なままである。しかし連携態勢、とくに地域連携について公的な提言はいままでなかった。本研究の目的は各地域でのギャンブル障害の連携を調査し、実現可能な連携マニュアルを作成・提案することである。

【方法】初年度:本研究のためのリサーチデザインを計画した。また支援機関がギャンブル問題の際に活用可能なインタビューシートを作成した。2年度: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。3年度:調査結果を解析し、その結果から考え得るギャンブル障害の連携マニュアルのあり方を模索した。

【結果】記述統計からは、全国の精神保健福祉センターはギャンブル等依存症の支援に関し、職員の研修を行い、地域の家族向けあるいは本人向けの資源を把握し、医療機関の数や特性(入院可能かどうか、プログラムを行っているかなど)の情報を得ていた。一方で拠点医療機関に対する評価はあいまいであった。相関分析および重回帰分析の結果からは、医療資源をはじめとするさまざまな資源が増えれば連携は高まるが、もっとも重要な要素はどの病院がプログラムを有しているかなどの情報を、ふだんからセンターが知っていることが重要だと推測された。自由回答からは、専門医療機関の不足、および病院や回復施設、あるいは事業者も含めた様々な組織・資源との連携不足が問題点として挙げられた。記述統計および相関分析、重回帰分析との結果ともあわせ、地域でギャンブル等依存症の診療を行う専門医療機関、拠点医療機関がニーズに対して不足していることが判明した。また、連携の不足を挙げる回答も22施設と多く、多くのセンターが連携不足を問題視していることも分かった。またその他の記述回答からは、地域の事情がそれぞれに異なり、ニーズも多種多様であることがうかがえた。

【考察】調査結果から①各精神保健福祉センターの取り組みはすでにかなり進んでいること、②専門医療機関の不足、連携不足、③ふだんからの資源間のコミュニケーションや情報共有が連携に寄与する可能性、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。

A. 研究目的

ギャンブル障害の治療・支援には多職種連携、多機関連携、自助グループや家族グループを含む地域の各資源の連携といった種々のレベルでの連携体制構築が不可欠である。ギャンブル障害の治療

に関する国内論文や総説でも連携体制の必要性が繰り返し述べられており、またギャンブル等依存症対策基本法(平成30年法律第74号)第20条においても、地域における包括的な連携協力体制を構築することと明示されている。また当該連携協力体

制には、専門医療機関やその他の医療機関、精神保健福祉センター、保健所、財務(支)局・地方公共団体の多重債務相談担当課、消費生活センター、日本司法支援センター、司法書士会等、市区町村、自助グループ・民間団体、関係事業者等が参加することとされている(基本計画第2章「IV 第1各地域の包括的な連携協力体制の構築」)。当分担班はこれを受けて、各地域に連携協力体制を構築することを目的とした地域連携マニュアルの作成を試みた。「地域連携マニュアル」を、ギャンブル等依存症対策基本法にある「地域における包括的な連携協力体制」を実現するための方策と広く考え、フローチャート式の手順書・説明書にとどまらない、各地域でフレキシブルに活用できる手引きの作成を試みた。

またその前段階として、以下の2点も目的とした。

1. ギャンブル障害の相談機関において一定の質を担保するための、汎用性の高いインテークシートの作成(初年度)。
2. ギャンブル障害の地域連携に関する実態調査を行い、地域の資源の過不足、コミュニケーションや連携の実態調査、およびそこから浮かび上がる連携ニーズの調査(2年年度)。

本項では3年度の成果物であるギャンブル障害に対する地域での包括的な連携協力体制の構築手法を、その前提となる連携ニーズ調査の結果の後に報告する。

B. 研究方法

1. 調査方法

1) 初年度(令和元年)

本研究のためのリサーチデザインを計画した。また支援機関がギャンブル問題の際に活用可能なインテークシートを作成した。

2) 2年度(令和2年)

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。

3) 3年度(令和3年)

調査結果を解析し、その結果から考え得るギャン

ブル障害の連携マニュアルのあり方を模索した。

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。

② 調査手順

はじめに精神保健福祉センター長会を通じ、各精神保健福祉センターに対して本調査の協力依頼を行った。回答は他の研究でもweb調査実績を持つSurveyMonkey(jp.surveymonkey.com)を使用して行った。調査は2021年3月23日から2021年6月1日まで行われ、72の精神保健福祉センターから回答を得た。

研究の目的についてはwebサイト冒頭にも研究概要に記載し、説明文書では調査が無記名であること、結果は統計的に処理されること、個人が特定されることや不利益が生じることはないこと、研究への同意はアンケートの返送を持って代えることについての説明等を記載した。以上の配慮をもって、国立病院機構さいがた医療センター倫理審査委員会の承認(承認番号:21-5)得て、調査の実施と分析を行った。

③ 測定項目

調査はSurveyMonkeyを通じ、以下の項目を設問として問うた。所属機関や職業(職種)、実務経験年数といった回答者の属性、管轄地域内のギャンブル等依存症をあつかう病院の数、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や回復施設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。

- A) 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。
- B) 「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。

C) 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およぼすのかを、重回帰分析によって調べた。

D) 自由記述の内容を分析した。

解析には JMP Ver. 16.2 Macintosh 版を使用した。

2. 倫理面への配慮

本研究を実施するに当たり、各精神保健福祉センターに研究の概要と説明文書を送付した。研究の目的については web サイト冒頭にも研究概要に記載し、説明文書では調査が無記名であること、結果は統計的に処理されること、個人が特定されることや不利益が生じることはないこと、研究への同意はアンケートの返送を持って代えることについての説明等を記載した。以上の配慮をもって、国立病院機構さいがた医療センター倫理審査委員会の承認（承認番号:21-5）を得て、調査の実施と分析を行った。

C. 研究結果

1. 記述結果から見た各精神保健福祉センターおよび地域の実態

記述統計からは、各精神保健福祉センターおよび所属自治体ではギャンブル問題の対応にあたり、十分に態勢を整備している状況がうかがえた。対応職員は臨床心理士などの有資格を持つ、平均勤務期間11.8年のベテラン職員であり、相談できる医療機関の数も1機関以上が98%を占め、まったくないという回答は2施設(全体の3%)に過ぎなかった。入院可能な医療機関の数も、62%が1機関以上と回答していた。治療拠点機関数もゼロという回答が42%あったものの、58%が1機関以上と回答していた。家族を対象とした支援団体についてもほとんどの精神保健福祉センターが1機関以上を認識していた。当事者向けの回復プログラムも76%の精神保健福祉センターが有しており、家族対象のプログラムも55%が有している。債務整理についての相談先も58%が有しており、貸し付け自粛制度についても58%が制度を知っている。スタッフのトレーニング

についても、研修を受講したスタッフがゼロという回答はなく、3%の不明回答をのぞけばほぼ全数がスタッフのギャンブル研修を受講していた。また連絡会や事例検討会なども69%が実施していた。治療拠点病院についての評価は、「果たしていない」とする回答は2%に過ぎず、「果たしている」(46%)が最多であった。しかし「どちらとも言えない」(15%)と無回答(37%)を合計すると52%であり、治療拠点病院についての評価はほぼ2分された。

2. 連携に関する因子の相関分析および連携に寄与する因子の探索

相関分析の結果からは、連携の指標とした「相談可能な医療機関数」と有意な相関を示した因子は、入院可能医療機関数、専門プログラムを持つ医療機関数、治療拠点機関数、家族支援団体数、研修受講職員数であった(表1)。相関を示した各因子のような医療資源、家族支援団体が多ければ、それだけ連携も多くなると考えられる。また研修受講職員数が多ければセンターとしての連携スキルが向上し、相談可能な医療機関数の数と相関を示すと考えられる。

しかし相談可能医療機関数を従属変数とした重回帰分析では、連携の指標である「相談可能な医療機関数」の寄与因子として統計学的に有意であったのは「専門プログラムを持つ医療機関数」のみであった。治療拠点機関の数は、連携の指標に対して有意な寄与を示さなかった(表2、図1)。

3. 自由記述回答からみた問題点

自由回答からは、専門医療機関の不足、および病院や回復施設、あるいは事業者も含めた様々な組織・資源との連携不足が問題点として挙げられた。記述統計および相関分析、重回帰分析との結果ともあわせ、地域でギャンブル等依存症の診療を行う専門医療機関、拠点医療機関がニーズに対して不足していることは否めない。また、連携の不足を挙げる回答も22施設と多く、多くのセンターが連携不足を問題視していることも分かった。

またその他の回答からは、地域の事情がそれぞれに異なり、ニーズも多種多様であることがうかがえた。

D. 考察、結論

全国の精神保健福祉センターはギャンブル等依存症の支援に関し、職員の研修を行い、地域の家族向けあるいは本人向けの資源を把握し、医療機関の数や特性(入院可能かどうか、プログラムを行っているかなど)の情報を得ていた。一方で拠点医療機関に対する評価はあいまいであった。相談可能医療機関数を従属変数とした重回帰分析では、連携の指標である「相談可能な医療機関数」の寄与因子として統計学的に有意であったのは「専門プログラムを持つ医療機関数」のみであった。治療拠点機関の数は、連携の指標に対して有意な寄与を示さなかった。

これは二つの可能性が考えられる。ひとつは、拠点機関の数が少なかつたに統計学的に有意ではなかつた可能性である。全回答のうち治療拠点機関数はゼロないし1が大半であり、統計学的解析に対して数が不足している。

もう一つは、治療拠点機関数の数よりも、実際に「プログラムを持つ医療機関数」の方が連携の指標としては大きな影響を与えているという可能性である。では「プログラムを持つ医療機関数」が連携に影響を与えているとは、どう解釈するか。地域内にプログラムを持つ医療機関が増えれば、それが連携につながると解釈するか。今回の重回帰分析の結果は、回答者がふだんからどの医療機関がギャンブル等依存症のプログラムを行っているかを知っているという、「風通しのよさ」を表しているとも考えられる。今回の回答の中には、治療拠点機関数がゼロであるにも関わらず専門プログラムを持つ医療機関数は4、相談可能な医療機関数も4と回答したセンターもあった。これなどは、ふだんから圏域内のどの医療機関が、治療拠点機関ではないにもかかわらずプログラムを行っているかどうかをよく知り、連携が取れている例と考える。逆に、治療拠点機関数が2であるのに相談可能な医療機関数が1と回答したセン

ターもあった。これなどは、治療拠点機関とセンターとの連携があまりうまく行っていない可能性が考えられる例である。

1) まとめとギャンブル等依存症連携マニュアルに関する提言

以上の結果および考察から、われわれは以下のように結論づけた。

ほとんどの精神保健福祉センターはギャンブル障害の支援のために相談体制やプログラムを整備し、ニーズに応えようとしている。しかし専門医療機関の不足、連携不足が大きな問題である。一方で、実際の連携に寄与するのは必ずしも専門医療機関の数ではなく、どれだけふだんからコミュニケーションが取れ、相互に情報を共有できているかどうかである。

言いかえれば、センターを含めた資源間のコミュニケーションおよび相互理解を促進することが、連携体制の強化につながる。

しかし今回の重回帰分析の結果からは、事例検討会や連絡会といったコミュニケーション強化因子は連携の指標に寄与しなかつた。より質の高い、効果的なコミュニケーション手法が求められる。

一方で、地域による支援や治療体制の多様性も判明した。医療資源や回復資源が豊富な都市部もあれば、ほとんどない中で支援を行っている地域もある。また今回の調査だけでは分からないが、対象者個別の背景や各資源へのアクセス性、あるいは地域性といった要素が支援や治療に及ぼす影響も大きい。

そのような前提に立てば、大都市部・県庁所在地から周辺部、山間部まで一律な連携マニュアルを整備するのは現実的ではない。仮に作成したとしても地域の実情、ニーズに沿わず、使いづらいものになることが予想される。

ギャンブル障害に対する連携体制は理念は目標は共通でありながらも、各支援機関や医療機関それぞれの地域性や実状に適合した、それぞれの地域の連携体制構築が必要である。

そのためには一律の連携マニュアルではなく、各地域それぞれの連携促進を効率的に行うためのアイ

ディア、方策が必要である。

2) 問題解決しない事例検討会の提案

1. 提案にあたり

本分担任の調査および解析からは、連携に寄与する因子として有意差を示したのはどの医療機関がプログラムを有しているかを知っているという情報の数のみであり、本来コミュニケーションや相互連絡体制の強化を目的としているはずの連絡会・事例検討会の開催数などは寄与しないという結果であった。では事例検討会や連絡会は役に立っていないのか。われわれはそうではないと考える。通常自治体等で行われる連絡会や事例検討会は、メリットと同時に様々な問題点がある。メリットは対面で他の資源の参加者から生の声が聞ける点が最大であろう。問題点は、コミュニケーションを目的とした会であるはずが、参加者間のコミュニケーションが十分に取れないことである。実際に地域のギャンブル問題に関わってきた分担任メンバーに共通の経験として、声の大きい人の意見や医師など専門性の高い立場からの発言が目立つと、コメディカルや非医療者は発言しにくくなる点があげられた。資源間のコミュニケーションと相互理解が連携に寄与する因子であることは、本研究の解析結果からも言えることである。したがって包括的な連携協力体制を構築するためには、いかに立場による上下関係やヒエラルキーのない、良質なコミュニケーションと相互理解を連絡会・事例検討会で実践できるかが鍵である。

2. ギャンブル等依存症治療の課題

① ギャンブル等依存症の患者数に対して対応できる医療資源や治療法が圧倒的に少ない。

i) 専門医療機関はまだ不足している。

ギャンブル等依存症が依存症にカテゴライズされたこと自体が、2013年のことであり、依存症対策としての歴史が浅い。米国精神医学会による精神障害の診断・統計マニュアル第5版(以下 DSM-5)にて、初めて依存症のカテゴリーに含まれたのである。また、世界保健機関の国際疾病分類の第11回改訂版(以下 ICD-11)も2018年に公表され、先のDSM-5と同じく、ギャンブル等依存症が依存症のカ

テゴリーに含まれることになったのである。国内では、2018年に、ギャンブル等依存症対策基本法が制定された。この法律は、先に制定されたアルコール健康障害対策基本法と連携している部分が多い。この基本法の中で、ギャンブル等依存症の治療を行う専門医療機関を医療圏ごとに一つ選定し、またこれらの専門医療機関を取りまとめたり、依存症治療に携わる人材育成のための研修会を実施するなどを担当する拠点医療機関を自治体ごとに選定すると定めている。また、専門医療機関、拠点医療機関は、アルコール、薬物、ギャンブル等の依存症ごとに選定することとなっている。まず、アルコール依存症の専門医療機関は全国で177病院の指定がある。ただし、自治体には差があり、3自治体は、専門医療機関の設置がない。次に、ギャンブル等依存症の専門医療機関は全国で78病院の指定がある。また、11自治体には、専門医療機関の設置がない(依存症対策全国センターHPより引用)。アルコール依存症がそもそも、治療ギャップが大きい疾患だといわれている。57万人と言われるアルコール依存症患者のうち、約12万人しか専門医療を受けていないという報告がある。さらに、ギャンブル等依存症に関しては、約70万人の依存症が疑われるもののうち、専門医療を受けているのは約3200人、つまり受診率0.46%となる。(厚生労働省HPより引用)トリートメントギャップが大きいアルコール依存症と比べても、いかにギャンブル等依存症のトリートメントギャップが大きいかわかる数字である。本研究の結果からも、医療資源の不足は明らかである。

ii) ギャンブル等依存症に使用できる薬剤がない

ギャンブル等依存症自体の治療に保険適応がある薬剤が存在しない。一方、アルコール依存症には、古くから抗酒剤と呼ばれる薬剤が存在している。肝臓に作用し、アルコールを分解する酵素の働きを阻害することで、断酒を助ける薬である。また近年は抗酒剤とは異なる機構を持ち、脳内の飲酒欲求自体を緩和する薬剤も、国内で使用可能となっている。薬剤のみで依存症が改善するわけではないが、医療者、特に医師にとって、使用できる薬剤があるかどうかは、疾患に向き合う態度に影響があると

考えられる。特に、依存症治療に馴染みがないものほど、使用できる薬剤がないことは、治療へ自信を持ってなくなる可能性が高い。

iii) 世間だけでなく、医療者も忌避感情が強い

依存症そのものが「意思が弱い」「好きでやっているのだから、自己責任である」などと世間から誤解をされることが多く、依存症という疾患であることを理解し、受け入れられることは少ない。さらに、世間のみならず、医療者の中にも、同様の偏見を未だ持っているものは少なくない。

令和 2 年度 医療ソーシャルワーカー (MSW) における 依存症支援意識・実態調査 最終報告書では、MSW 約5000人へ行ったアンケート調査の結果が報告されている。まずは、「回収率 22.8% は、決して高いとは言えない。設問の 多さやその内容、告知の仕方などに課題はあるものの、会員の依存症に対する関心の程度を表し、これも今の協会の依存症における実態の一つと受け止められる。」とあり、医療者の依存症に対する関心の低さがうかがわれる。また、「現在の依存症問題への関わりのスタンス」では、「積極的にかかわっている」、「やや積極的にかかわっている」を合せると 50%である。一方、「どちらともいえない」、「できれば関わりたいが一応は相談対応している」を合せると 49.6%であり、積極的なスタンスと、積極的とは言い切れないスタンスの割合がほぼ同じである。」とあり、関わりたくないと考えている医療者が多いことがわかる。ギャンブル等に絞った質問を見てみると、「パチンコ・パチスロ依存についての関心」では、最も高いのが「まあまあある」の 40.1%であり、「強い関心がある」とを合せると 45.5%を占める。また、「あまりない」と「全くない」を合せると、49.3%である。」とあり、関心がないものが関心を持つものを上回る結果であった。こうした報告からも、医療者がギャンブル等依存症に忌避感情をもっていることが推察される。

② 医療が出来ることが少なく、生活支援の視点が必要である。

ギャンブル等依存症は、確かに精神的な疾患であり

治療を要するが、問題は多岐にわたり、生活支援としての視点や、治療へつなげるための入口という意識が必要である。例えば、ギャンブル等で困ったときに、最初から精神科を受診するものはごく少数であろう。ギャンブル等で借金が膨らんだ場合には、債務整理のために法律事務所や司法書士に相談に行く場合も想定される。また、患者が高齢であれば、介護の視点も必要となってくる。地域包括支援センター、相談支援事業所、ケアマネージャー等と連携をしていくのが重要となる。

③ 専門医療機関の不足すなわち連携困難ではないものの精神保健福祉センターも支援体制強化を行っているが専門医療機関の不足、連携不足を認識している。一方で拠点医療機関が少なくても連携を行っている地域もある。重回帰分析の結果からは、各医療機関の情報を把握し、良好なコミュニケーションが取れている地域は連携が多い可能性が示唆された。

3. ギャンブル等依存症治療の対策に求められる条件

上記から、ギャンブル問題の対策に対して以下の条件が求められる。

- ① 支援者の忌避感情をやわらげ、新規参入のハードルを低くする必要がある。
- ② カリスマを作るのではなく、ギャンブル等依存症の治療にかかわる人の底上げが必要である。
- ③ 医療者は少なく、医療ができることも限界があるため、地域包括支援センター、相談支援事業所、ケアマネージャー等と連携する必要がある。
- ④ 形式だけの抽象的な会議を行うだけではなく、連携を具体的にかつ実践的に、有効に機能させることが重要である。

4. ギャンブル等依存症治療の対策

本分担任に与えられた「ギャンブル障害の連携マニュアルを作成する」という課題を踏まえ、また条件を満たす対策は、事例検討会である。本分担任はここまでの研究、分担任内の議論を経て「資源間のコミュニケーションと相互理解のための、問題解決を目

的としない事例検討会」を地域連携のためのメソッドとし、その事例検討会を的確に行うためのマニュアル作成を地域連携マニュアルとして提言する。

問題解決しない事例検討会はもともと、本分担任研究協力者の田中和彦、西念奈津江らが推進していた手法である。対象理解を目的とし、あえて「問題解決しない」ことを明言した事例検討会を開くことによって、地域の連携体制が強化され、また対象理解を通じてまだまだ世間や医療者、支援者に根強い忌避感情やスティグマの解消にもつながると考える。

そして「問題解決しない事例検討会」を効率的かつ効果的に運用するためのマニュアル(リーフレット)を本分担任の成果物とする。

作成に当たっては、対策に求められる条件①に鑑み、どの支援者、場合によっては当事者にもハードルが低く使いやすいマニュアルを目指し、硬い表現は避け、わかりやすく、親しみやすいキャラクターを用いるなどの工夫を取り入れた。

対策に求められる条件②に関しても、地域の中での事例検討会を考えると、声の大きい人の意見や、医師という立場を利用した発言が目立つと、コメディカルや非医療者は途端に発言しにくくなる。よって、あえて問題解決をしないことを掲げることで、一部の強い発言に流されることなく、参加者が意見を述べやすい工夫をしている。そのことで地域でのネットワーク作りのきっかけとなる。③に関しては、②と同じである。医療以外の方が、事例検討会に参加する場合は、ますます遠慮がちになるため、参加しやすい、発言しやすい工夫が大事である。

④については、事例検討会は、極めて具体的な話である。1例を通しての話し合いではあるが、事例を通して各施設の依存症に対する考え方や方針が透けて見えるのである。依存症対策全体の抽象的な話に終始するのではなく、個別の事例を通してこそ、具体的な連携が進むのである。

5. 今後の展開

単にマニュアルを製作しただけでは本分担任の目的は達成できない。今後、依存症対策センター事業に移管し、以下の取り組みを予定している。

- ① 本マニュアルを使用した「問題解決しない事

例検討会」のアルコール関連問題学会でのワークショップ開催。

- ② 全国の精神保健福祉センターと連携し、分担任メンバーが外向して各地域で「問題解決しない事例検討会」を開催する。
- ③ 実際に「問題解決しない事例検討会」に参加した方々に調査を行い、効果検証研究を行う。
- ④ その結果を踏まえ、改訂版を作成する。

6. まとめ

ギャンブル等依存症対策のために、当分担任は「問題解決をしない事例検討会」を提案する。治療者が少ないギャンブル等依存症治療のために地域の連携を活性化し、全体の底上げをするためには有効な方法であると考えます。

そのためのマニュアル(リーフレット)を成果物として制作した。今後は普及のため本マニュアルを用いたアディクション県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。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1) 論文発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表 1. 各因子間の相関

	実務経験 年数	相談可能 医療機関数	入院可能 医療機関数	専門プログラム を持つ医療機関数	治療拠点 機関数	家族支援 団体数	家族会回数	回復施設数	研修受講 職員数	相談会事 例検討会回数
実務経験年数	1									
相談可能医療機関数	-0.27	1								
入院可能医療機関数	0.01	0.45 *	1							
専門プログラム医療 機関数	-0.15	0.56 * *	0.64 * *	1						
治療拠点機関数	-0.07	0.09	0.43 *	0.51 *	1					
家族支援団体数	0.05	0.28 *	-0.01	0.1	0.09	1				
家族会回数	0.32 *	0.09	0.13	0.25	0.17	0.4 *	1			
回復施設数	-0.2	0.22	0.14	0.33 *	0.27	0.43 * *	0.21	1		
研修受講職員数	0.04	0.29 *	0.08	0.21	0.09	0.21	0.07	0.18	1	
相談会事例検討回数	0	0.11	0.06	0.08	0.08	0.18	0.14	0.15	-0.07	1

* :p<0.05, * *: p<0.001

表 2. 相談可能な医療機関数に影響を与える因子(重回帰分析)

項	推定値	標準誤		t 値	p 値
		差	標準β		(Prob> t)
切片	1.15	0.92	0.00	1.25	0.23
専門プログラム医療機関 数	0.93	0.30	0.63	3.05	0.0061*
治療拠点機関数	-0.43	0.41	-0.17	-1.05	0.30
入院可能医療機関数	0.20	0.30	0.13	0.66	0.51
家族支援団体数	0.15	0.21	0.13	0.72	0.48
研修受講職員数	0.16	0.19	0.13	0.85	0.40
実務経験年数	-0.04	0.03	-0.2	-1.12	0.27
家族会回数	-0.13	0.23	-0.11	-0.55	0.59
回復施設数	0.09	0.20	0.08	0.44	0.66

図1. 相談可能な医療機関数に影響を与える因子
(重回帰分析)と効果量

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

