

(研究報告)

ギャンブル依存症対策の現状

早野慎吾
(都留文科大学教授)

The Current Situation of Measures Against Gambling Addiction

HAYANO Shingo

1. はじめに

平成 29 年 9 月に日本医療研究開発機構が「国内のギャンブル等依存に関する疫学調査」の中間報告を行った(研究代表者: 松下幸生)。これは、全国 300 地点、無作為抽出法により抽出した調査対象者 10,000 名(有効回答数 4,685 名)に行われた大規模な調査である。その結果「生涯において、ギャンブル等依存症が疑われる者」の割合は全体の 3.6% (推計 320 万人)であった。カジノが盛んなアメリカ、イタリア、フランス、ドイツでそれぞれ 1.9%、0.4%、1.2%、0.2%で、日本の数値は異常なほど高い。また、過去 1 年に限定した場合は、0.8% (約 70 万人)となるが、それでも高い。

そのような状況で、平成 30 年 2 月 22 日・23 日に「第 2 回ギャンブル依存研修」(於久里浜医療センター)が開催された。講師は、「国内のギャンブル等依存に関する疫学調査」の研究代表者である松下幸生をはじめ、厚生労働省の溝口晃壮、司法書士の稲村厚など、現在、各分野でギャンブル依存症対策に対応されている方々である(資料 1)。研修の内容は、現在のギャンブル依存症対策の現状を知ることができるものであるため、ここで要約して報告する。

2. 政府の対策

ギャンブル依存は、近年まで個人の道徳的観念の欠如や意思の弱さが原因であると考えられてきたが、医学上の側面が解明され、医学的治療や福祉的支援がギャンブル依存に効果的であることが多数報告されるようになった。それにあわせて行政も対策を取るようになった。溝口晃壮(厚生労働省)は、国や厚労省などの行政がギャンブル等依存症にどのような対策を講じているかを報告した。まず、世間に対して「依存症は病気である」という理解へ導く必要があるとして、依存症の 4 つの問題点(「健康の問題」「家族の問題」「対人関係の悪化」「生活の問題」)を指摘した。国の取り組みとして内閣官房長官主宰による「第 1 回ギャンブル依存症対策推進関係閣僚会議」(H 28 年 12 月)が開催された。H 29 年 8 月に第 3 回会議が行われ、IR 実施法案の検討を進めている状況である。厚労省では、依存症対策推進に係わる H 30 年度予算に 6.1 億円(H 29 年度は 5.3 億円)が認められ、「ギャンブル依存症の実態調査」「相談支援・医療提供体制」の充実などを行っている(表 1)。これまでも様々な問題が指摘されてきたギャンブル依存について、行政が「病気」と認識し、明確な対策を講じ始めた意義は大きい。

ギャンブル等依存症対策の強化について【概要】 29.8.29ギャンブル等依存症対策推進関係閣僚会議決定	
●厚生労働省関係の取組	
課題	対策の具体化
1. 実態把握・調査研究	
<ul style="list-style-type: none"> ギャンブル等依存症の実態把握 	<ul style="list-style-type: none"> ギャンブル等依存症に関する全国調査を9月中を目途に取りまとめ、今後も継続的に実態を把握
2. 相談支援・医療提供体制	
<ul style="list-style-type: none"> ギャンブル等依存症患者の治療・相談に対応できる体制が不十分 障害福祉サービス等従事者の知識の向上 専門的な医療の確立・普及及び適切な診療報酬での評価 医学教育等における人材の育成 ギャンブル等依存症の普及啓発 民間団体の活動への支援の拡充 	<ul style="list-style-type: none"> 全都道府県・政令市における専門医療機関・治療拠点・相談拠点の整備等 依存症対策全国拠点機関を指定 等 地域の生活支援指導者や障害福祉サービス等従事者への養成研修 専門的な医療の確立に向けた研究の推進とそれに対応する診療報酬での評価が課題となっていることを踏まえ、標準的な治療プログラムの開発やエビデンスを構築 ギャンブル等依存症の学修目標への明記、保健師・精神保健福祉士等の養成カリキュラム等の見直し DVDや啓発動画の作成、リーフレットの配布 等 自助グループ等を含む民間団体が行うミーティング、普及啓発等の活動を支援
3. その他	
<ul style="list-style-type: none"> 求職者への支援 児童虐待防止対策 生活保護受給者への適切な支援 等 	<ul style="list-style-type: none"> ハローワークにおける求職者の希望を踏まえた就労支援、求職者に対する周知等の実施 「子ども虐待対応の手引き」等への養育者のギャンブル等依存症に関する内容を明記 生活保護実施機関による指導の実施状況の調査の実施 等
●他省庁の主な取組（公営競技・ばちこ、学校教育など）	
<ul style="list-style-type: none"> 公営競技ごとの相談窓口の設置 本人・家族申告によるアクセス制限 購入限度額の設定 インターネット投票サイトにおける注意喚起 出玉規制の基準等見直し 学校教育相談員の知識の向上 等 	<ul style="list-style-type: none"> 相談窓口について、全競走場のウェブサイト等に掲示 競走場・場外券売場において本人申告によるアクセス制限の運用を開始、家族申告によるアクセス制限の仕組みの構築 購入限度額を設定できるシステムの構築 投票サイトのログイン画面等での注意喚起表示、相談窓口案内等の実施 風営法施行規則・遊技規則の改正 相談対応マニュアルの整備による相談員の増強 等

表1 厚労省関係の取り組み(溝口2018*¹)

3. 医療関係者の対策

松下幸生（久里浜医療センター）は、ギャンブル依存(障害)の概説として主に海外の研究を紹介した。ギャンブル依存症の精神科合併症率は非ギャンブル依存と比較すると高く(NESARC 調査による)、アルコール乱用6倍、躁病8倍、人格障害8倍で発症している(Hodging DC, et al 2011)。そして、精神科合併症のあるギャンブル依存で、23.5%はギャンブル依存が先行し、残り74.3%は精神科合併症に引き続きギャンブル依存が生じる(Kassler Rc, et al 2008)。病的賭博の遺伝子率は50～60%で(Slutske WS, et al 2010)、環境因子がギャンブル障害の形成に関与する割合は38～65%で、環境因子はギャンブル開始に関与し、遺伝子因子は嗜癖形成(コントロール喪失など)に関与する(Rash C, et al 2016)。そもそもギャンブルには、報酬効果(快樂などの報酬)があるため繰り返される。現在最も依存性が高いとされる電子ゲーム機(EGM)などは、ニアミス効果(負けていても、勝った時のような腹側線条体や島皮皮質を活性化させ、ギャンブルを続けたいと思わせる効果があり、ギャンブルをコントロールできるかのような“制御妄想”を形成する)、勝ちの錯覚(画像や音響によって、負けているにもかかわらず、勝ったかのような感覚を抱かせることによって認識の歪みをもたらす)などの要素によって依存性が高められる(Yücel M, et al 2017)。

橋本望(岡山県精神科医療センター)は、自身が勤務した英国国立ギャンブルクリニックと岡山県精神科医療センターの状況を報告した。英国では、問題化したギャンブルはブックメーカー(58.2%)や固定オッズ発売端末(55.8%)などであるが、日本ではほとんどがパチンコ・パチスロ(91.9%)である(表2)。表3は英国国立ギャンブルクリニックでの紹介

患者数の推移であるが、急激に増加している現状が伺える。この背景には The Gambling Act of 2005*²の施行がある。これにより、ギャンブル産業への規制緩和が行われ、ギャンブルのCMなどは2005年に比べて2011年では6倍になった。このような状況で、英国国立ギャンブルクリニックでは紹介受理からアセスメントまで約2～3ヶ月の待機時間がかかり、さらにアセスメントから治療開始まで、個人CBTで平均53.8日、集団CBTで90.9日の待機時間がかかる現状が報告された。

	英国国立ギャンブルクリニック N = 853	岡山県精神科医療センター N = 508
初診時平均年齢	34.8歳	39.9歳
男性 (%)	93%	90.7%
人種	英国白人58%	日本人100%
自己紹介 (%) *	87%	50.6%
問題化したギャンブルの種類**	ブックメーカー (58.2%) 固定オッズ発売端末 (55.8%) オンラインギャンブル (48.8%) など	パチンコ・パチスロ (91.9%)
就労あり (%)	67%	74.0%
既婚 (%)	51%	54.7%
* : OPMCのデータは180症例の調査時 (2010)		
** : 2015年度NPGCIに紹介になった750名		

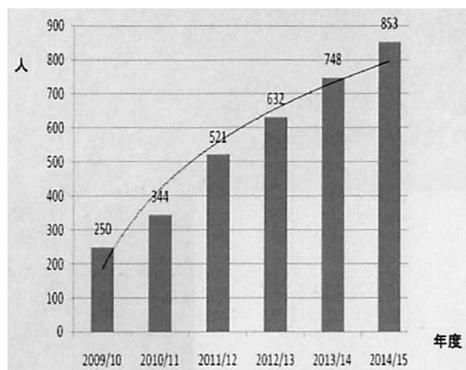


表2 ギャンブル障害患者比較 (橋本2018)

表3 紹介患者数の推移 (橋本2018)

田辺等 (北星学院大学) は、北海道立精神保健福祉センターでの対応および集団療法の有効性について報告した。北海道立精神保健福祉センターでは、ギャンブル障害に関して個別面接およびグループセラピーを行っているが、その臨床経験をまとめると次の事が言えるとした。

- 1) 本質はギャンブルへの強烈な精神依存 (= 行動嗜癖) : 他の依存同様に、対象への脅迫的とらわれ、渴望、使用した際の量的制限困難、心理社会的条体の進行性の悪化 (虚言、別居、離婚、解雇、破産、失踪、犯罪、自殺) などが見られる。
- 2) 特に高率の自殺傾向
- 3) 種目は欧米にないパチンコ・パチスロが断然多い
- 4) 40代を中心に20代～60代に広く分布、男女比は4～6対1
- 5) Major group は併存患者がない。“単純依存型”

Sub group は①うつ病生涯併存 (うつ病先行型、債務ストレスの2次うつ併存型) ②クロスアディクション ③発達障害、統合失調症の併存 ④パーキンソン病薬物療法中発症

6) 物質の依存症に有効な心理療法 (認知行動療法、内観療法、集団療法、心理教育) が効果がある。

7) GA や治療 G に所属 (ホームグループ化) で長期安定

当事者同士の自助グループの効果に関しては AA (Alcoholics Anonymous) の実績があり、グループセラピー (集団精神療法および自助グループミーティング) は、①再使用の渴望への心的拮抗力の獲得、②人間的成長による嗜癖 / 依存対象を持つニーズの減衰の要素を持つ。具体的には「自分が他のメンバーと同じ (体験) とわかる」「自分が他のメンバーに受け入れられる」「自分が他の人を支え、他の人の役に立つ」「他の人から、どう見られて

いるかフィードバックされる」等の体験を得ることができる。田辺の意見は田辺(2002)、田辺(2016)などにまとめられている。

蒲生祐司(こころのホスピタル町田)は、強化子(Reinforcer)・嫌子(Aversive condition)などの行動学的な視点から、ギャンブル依存のメカニズムを解説した。「多くの依存障害者、病的ギャンブラーは『始めは楽しかったが、最後は苦しみから逃れるためにやった』と語る」とのことで、始めは勝つことで強化子が出現し、ストレスや苦しみから逃れるために嫌子消失が強化されていくと考えられるとした。そして、日本のギャンブル依存のほとんどがパチンコ・パチスロ依存であるが、その原因はパチンコ・パチスロの行動コストが低いためであると説明した。

高橋英彦(京都大学)は、脳画像と薬物治療法の可能性について報告した。ギャンブル障害とドーパミン放出の関係(Boileau I, et al 2013)、脳活動(fMRI)研究から見たギャンブル障害と物質依存症との共通点(Crockford D, et al 2005 他)、ギャンブル障害における報酬予測時の脳活動(fMRI)研究(Sescousee G, et al 2013)などの研究を紹介し、次のように結論づけた。

1. 物質使用障害、ギャンブル障害とも脳画像研究において一貫した結果が示されているわけではない(仮説、方法、薬物の影響、サブタイプの違い)
2. それでも、前頭葉や線条体の機能以上など共通な面も見いだされており、その結果、DM-5でギャンブル障害は行動嗜癖として分類された。
3. インターネット(ゲーム)障害(依存)もギャンブル障害に次いで、脳画像など神経生物学研究が進んでおり、今後、行動嗜癖のカテゴリーに組み込まれる可能性はある。
4. 意思決定パターンなどの認知中間表現型に着目したサブタイプごとの神経生物学的研究の有用性が示唆された。

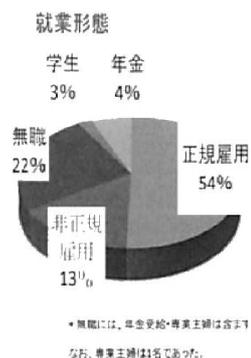
佐藤拓(成瀬メンタルクリニック)は、ギャンブル依存症の当事者および家族に対する対して、以下が必要であるとした。

①ギャンブル障害対応の基本的考え方

1. 身体的問題の除外(と対応)：低血圧(パニック発作と誤解?)、逆流性食道炎、非びらん性胃食道逆流症(NERD)、睡眠時無呼吸症候群(うつ病と誤診)等の身体的で見逃されやすい問題の確認
2. 心理社会的不安要素の軽減：職場トラブルの対応、家族トラブルへの対応、金銭トラブルへの対応、必要に応じた社会福祉的サービスの導入
3. 精神科治療：ギャンブル問題を軽減するための代替案の提示(アルバイトの実施、スポーツ、釣りなど)、心理検査等の実施により自らの得意・不得意の把握(WAIS-IIIの実施)、相互援助グループ・リハビリ施設・相談室等への結びつけ、各種治療導入

②説明への受診者(および同伴者)の反応評価：賛同の有無でなく、聞き手(受診者・家族)の考えを深めることが主目的。説明者の考えを押しつけるのでなく、自らの考えを深める作業の後押しに切り替える。

期間:2013年6月~2016年3月
 男性:女性=105人 9人
 当外来初診時平均年齢39.4歳
 教育歴平均年数 14.07年



古野悟志(久里浜医療センター)は、ギャンブル障害における認知行動療法(Cognitive Behavioral Therapy: CBT)の研究を概説した。また、久里浜医療センターで行われた調査データ(表4)の報告および、久里浜医療センターにおけるCBTによる治療的介入プログラムの内容を報告した(表5)。

表4 基礎データ(古野2018)

病的ギャンブルの治療的介入プログラム (Cognitive Behavioral Therapy)

A いくら使ったか計算しよう

今回の流れ

- ①はじめに
- ②宿題の確認と今回の取り組みの説明
- ③病的ギャンブルについて
- ④ギャンブルに使ったお金を計算してみよう
- ⑤本日のまとめと宿題の説明

氏名:

2014年(TPGR レキスト 第6版)
 独立行政法人国立病院機構
 久里浜医療センター

①はじめに

このプログラムは、病的ギャンブルからの回復のために自分のギャンブルの歴史を振り返り、ギャンブルによらない人生を送っていくために役立つ知識や方法を、考えていくためのものです。

ギャンブルをただ我慢するだけでなく、前向きに自分と向き合って、より健康的に生きること、人や社会と繋がることを目標に、あせらずに回復の道を歩んでいきましょう。

このプログラムがみなさんの回復に役立つことを、スタッフ一同 願っています。一緒にがんばっていきましょう。

<プログラム受講のルール>

この治療プログラムに参加される方は、以下のルールを必ず守ってください。

- ①講義や話し合いに集中して、担当者や他のメンバーの話をきちんと聞きましょう。
- ②課題を必ず行いましょう。
- ③(複数人で受講の場合)参加されている方のプライバシーを守るために、話し合い内容はグループ以外の人には話さないでください。

なお、プログラム中の録音は禁止とさせていただきます。

表5 病的ギャンブルの治療的介入プログラム(古野2018)

岡田瞳(久里浜医療センター)から、ギャンブル障害に特徴的な心理傾向、および久里浜医療センターで実施している心理検査に関する報告があった。特に心的傾向と自死について、海外では、問題ギャンブラーの12~24%が自殺企画歴を有していると推測されること(Raylu N. Oei T 2002)、国内ではギャンブル障害の患者のうち、62.1%が自殺念慮、40.5%が自殺企画を有しているとする調査報告(H20年度厚労省調査)を引用し、ギャンブル障害は自殺の合併が多いことを指摘した。心理検査は表6の流れで行われており、その結果、抑うつ傾向が認められたことから、抑うつ傾向を和らげるためのギャンブル行動ではないかと説明した(サンプルは表4と同)。また、パーソナリティの特徴として、自尊心が低く、衝動性が高い傾向が見られたが、セッションを経て自尊心の回復が見られたとのことである。

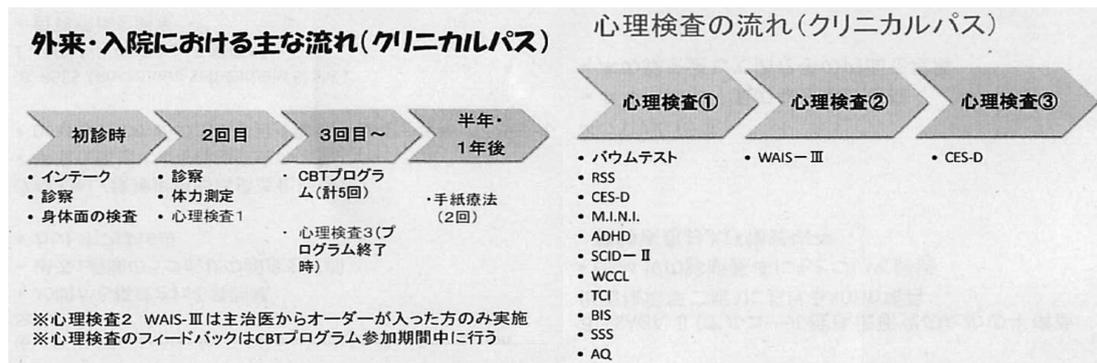


表6 久里浜医療センターにおけるクリニカルパス(岡田2018)

松崎尊信(久里浜医療センター)は、ギャンブル問題の評価(表7)、ギャンブル障害の診断(表8)、久里浜医療センターにおける治療および調査結果などについて報告した(サンプルは表4と同)。

ギャンブル問題をどのように評価するか?

- ① 支払える以上のお金を賭けて負けた
- ② 同じ興奮を得るため、より多くのお金を賭けた
- ③ 負けを取り戻すため、別の日にギャンブルした
- ④ お金を手に入れるため、借金したりなにかを売ったりした
- ⑤ ギャンブル問題があると感じた
- ⑥ 健康問題がおきた
- ⑦ 周りから非難された
- ⑧ お金の問題がおきた
- ⑨ 罪悪感を感じた

全くない: 0点 ときどき: 1点 しばしば: 2点 いつも: 3点

The Problem Gambling Severity Index より

ギャンブル障害の診断

- ① 興奮を得たいがために、賭け金の額を増やして賭博をする欲求
- ② 賭博をするのを中断したり、または中止したりすると落ち着かなくなる、またはいらだつ
- ③ 賭博をするのを制限する、減らす、または中止するなどの努力を繰り返し成功しなかったことがある
- ④ しばしば賭博に心を奪われている
- ⑤ 苦痛の気分の時に、賭博をすることが多い
- ⑥ 賭博で金をすった後、別の日にそれを取り戻しに帰ってくることが多い
- ⑦ 賭博へののめり込みを隠すために嘘をつく
- ⑧ 賭博のために、重要な人間関係、仕事、教育、または職業上の機会を危険にさらし、または失ったことがある
- ⑨ 賭博によって引き起こされた絶望的な経済状況をのがれるために、他人に金を出してくれるよう頼む

アメリカ精神医学会の精神疾患の診断基準 (DSM-5) より

表7 ギャンブル問題の評価

表8 ギャンブル障害の診断

久里浜医療センターによる調査では、ギャンブル問題化年齢(平均)が 27.4 歳、借金総額(平均)が 570.4 万円で(表 11)、対象となったギャンブルはパチンコ・パチスロが全体の 90.3 % (表 12)となった。パチンコ・パチスロに関する数値は岡山県精神科医療センター(表 2)の報告とほぼ一致し、パチンコ・パチスロが元凶といわれる理由がここにある。

	平均	標準偏差 または中央値
初診時年齢	39.3歳	11.8
ギャンブル開始年齢	19.5歳	5.5
ギャンブル問題化年齢	27.4歳	9.3
借金総額	570.4万円	400.0
初診時借金額	194.8万円	62.5

久里浜医療センター

表11 ギャンブル問題化年齢等(松崎2018)

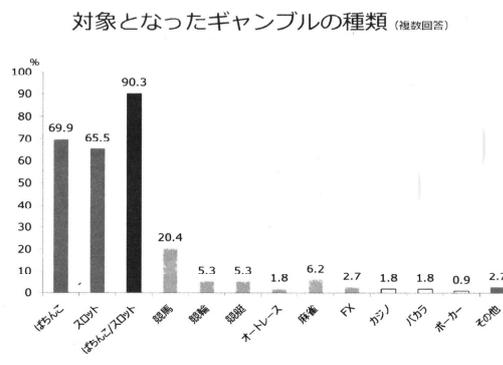


表10 ギャンブル種類(松崎2018)

ギャンブル障害は、様々な問題を引き起こす要因となり、警察沙汰となるケース(表9)、希死念慮・自殺念慮につながるケースも多い(表10)。

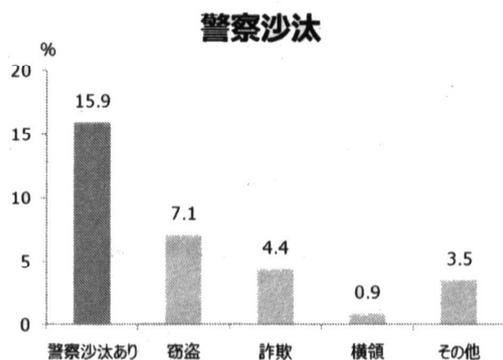


表9 警察沙汰の割合(松崎2018)

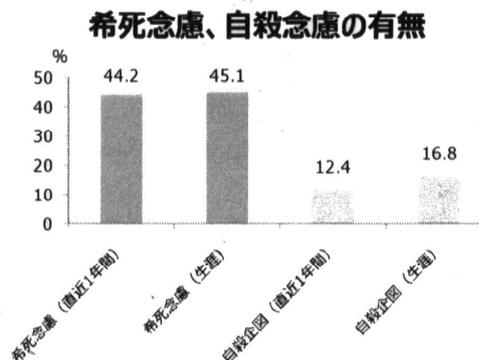


表10 希死念慮・自殺念慮の有無(松崎2018)

吉田精次(藍里病院)は、ギャンブル障害における家族支援の方法について報告した。吉田は、「家族相談が始まれば、本人の治療が始まる」「家族の対応が今後の展開を決める」「家族に有効な支援を提供することが実務」と、家族支援の重要性について説いた。ギャンブル依存の三大症状は「嘘」「借金」「施行の歪み」で、家族が尻拭い(肩代わり)すればするほど、症状が悪化する。家族としては、「これまでの対応を責めない」「『治癒はしないが、回復はある』ことを理解する」「金銭は援助しないが、治療は協力する」「家族相談を続ける」等が必要で、当事者は、借金のすべてを明らかにすることが回復の絶対条件であるとした。また、医師等に相談する場合、ギャンブル依存症の治療経験があることを確認することが必要であることを強調した。

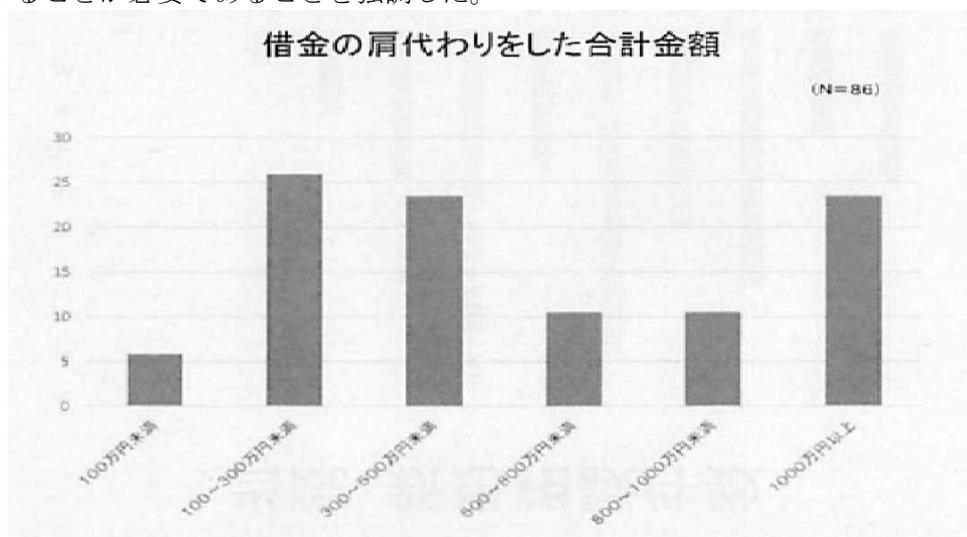


表11 ギャンブルでの借金を家族が肩代わりをした合計金額

H27年度厚労科研「病的ギャンブリングの実態調査と回復支援のための研究」(代表宮崎等)

4. 法律家の対策

稲村厚(稲村厚司法書士事務所)は、ギャンブル障害で生じる最も重大な問題のひとつである借金問題への適切な対処法について解説した。稲村は、借金はそれ自体で独立したも

だけでなく、もともになる生活が安定してから借金問題の解決方法が決まるとして、生活全般の環境調整を支援する必要があるという。債務整理方針を法律家が早期に決定しないことが必要で、支援パターンにおいても、債務相談はすぐに受任しないで施設入所を勧め、施設退所自立後に債務整理を受任し、3～6ヶ月生活の組み立てを行う。その間、精神科受診を勧め、家族支援を行う。債務整理は、ライフプランに合った返済案を提案する。また返済原資を預かることによって、間接的に家計支援も行う。このように、借金問題があるギャンブル障害は医療関係者と法律家が連携する必要があるとした。

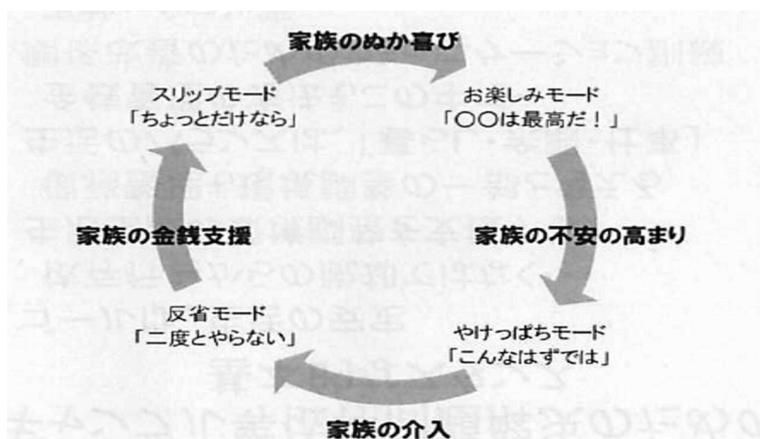


表12 本人と家族の悪循環と介入の時期(稲村2018)

5. おわりに

研修では、上記の報告の他、田上啓子(NPO 法人ヌジュミ)から「回復者の体験談」、佐藤しのぶ(ノンファミリーカウンセリングルーム)から「家族の体験談」が報告され、当事者および家族の生の声を聞くことができた。

今回の研修は、医療関係者の報告が中心で、受講者も病院や保健センター所属の医療関係者(医師・心理療法士等)がほとんどであったが、県警本部や内閣官房関係者(ギャンブル等依存症対策推進チーム)の方もいた。ギャンブル依存症に関する医療的側面の研究は、進んでいることが実感できたが、ギャンブル依存の元凶といわれるパチンコ・パチスロに関する社会学的認識は低かったように感じる。

現在のパチンコにおいては、警察庁が広告・宣伝等の煽り表現の取り締まりや出玉制限を行い、射幸性を規制している。それに合わせるかのように、1997年に17,773件であったパチンコホールが2016年では10,986件に減少しているとする報道は多いが、遊戯台数は1997年に476万台、2016年に452万台(警察庁発表)で大きな減少はない。実際は、店舗の大型化が進んだだけである。現在のパチンコ遊戯台は日々変化しており、ニアミス効果を狙った煽り演出を盛んに使用している。また、プッシュボタンやハンドルレバーを付けて、遊戯者自らが当たりを制御しているかのように思わせ、制御妄想を増大させている。出玉が制限されても、遊戯台そのものがパチンコ依存を増加させる方向に進んでいる。電子ゲーム機の依存が問題化されている(Yücel M, et al 2017)。京楽産業(パチンコメーカー)が行っている「ぱちんこツアー」に参加してみると、出玉による射幸性ばかりでなく、演出(ゲーム性)が要因でパチンコに入り込んでいる遊戯者も多い(早野 2018)。出玉による射幸性だけでは、現在のパチンコ・パチスロ依存を理解することはできない。ギャンブル

ル依存対策には医療関係者や法律家だけでなく、パチンコ業界全体が依存症対策を講じる必要がある。また、行政が行う規制についても医学・心理学・社会学的根拠に基づいて行う必要がある。

【注】

1. 本稿で用いた表は、すべて研修において講師が提示したものである。
2. The Gambling Act of 2005(2005年賭博法)とは、すべての賭博(国営宝くじと Spread betting を除く)を統制する法律で、許可を与える権限を持つ賭博委員会の設置し、インターネット等を通じた「遠隔賭博」などの規制も行っているが、全体的に賭博の規制緩和に繋がった。岡久(2006)では、「この背景には、賭博に対する社会の態度が変化し、これを嗜む人口が増加していること、賭博業界が産業として無視できない存在になったこと、そして国際的な賭博企業が政府に圧力をかけてきたことなどがあると指摘されている」と記述している。

【参考文献】

- 岡久慶 (2006) 「英国 2005 年賭博法－カジノの規制緩和－」『外国の立法』 227:p.72
- 田辺等 (2002) 『ギャンブル依存症』NHK 出版
- 田辺等 (2016) 「嗜癖としてのギャンブル障害－治療経験から－」『臨床精神医学』 45
- 早野慎吾 (2018) 「パチンコ広告の表現に関する一考察」『日本語文化の研究』 1: p.23
- Boileau I, Payer D, Chugani B, Lobo DS, Houle S, Wilson AA, Warsh J, Kish SJ, Zack M (2013) In vivo evidence for greater amphetamine-induced dopamine release in pathological gambling: a positron emission tomography study with [¹¹C]-(+)-PHNO. *Molecular Psychiatry* 19:pp.1305–1313
- Crockford D, Goodyear B, Edwards J, Quickfall J, el-Guebaly N (2005). Cue-induced brain activity in pathological gamblers. *Biol Psychiatry*58: pp.787–795
- Sescousse G, Barbalat G, Domenech P, Dreher J (2013) Imbalance in the sensitivity to different types of rewards in pathological gambling. *Brain*,136(8):pp.2527–2538
- Hodgins DC, Stea JN, Grant JE (2011) Gambling disorders. *Lancet*. 26:pp.1874-1884
- Kessler RC, Hwang I, LaBrie R, Petukhova M, Sampson NA, Winters KC, Shaffer HJ (2008) DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med*.38(9):pp.1351-1360.
- Rash C, Weinstock J, Patten R (2016) A review of gambling disorder and substance use disorders. *Substance Abuse and Rehabilitation*.pp.3-13
- Raylu N, Oei T (2002) Pathological gambling. A comprehensive review. *Clinical psychology review*, 22:pp.1009-1061
- Slutske SW, Zhu G, Meier M, Martin N (2010) Genetic and environmental influences on disordered gambling in men and women. *Arch Gen Psychiatry*. *Arch Gen Psychiatry*. 67(6):pp.624-630
- Yücel M, et al (2017). Neuroscience in gambling policy and treatment: an interdisciplinary perspective. *Lancet Psychiatry*, 4(6): pp.501-506

【資料】

平成29年度ギャンブル依存研修プログラム

日時：平成30年2月22日（木）～2月23日（金）

場所：久里浜医療研修センター

実施日	時間帯	内容	講師	講師所属
2月22日 (木)	10:30-11:00	受付		
	11:00-11:05	開講式		
	11:05-11:45	ギャンブル障害と行政施策	溝口 晃壮	厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課心の健康支援室
	11:45-12:30	ギャンブル障害総論 (病態、診断、併存症、治療)	松下 幸生	久里浜医療センター
	12:30-13:25	昼食		
	13:25-14:25	ギャンブル障害の集団療法	田辺 等	北星学園大学 社会福祉学部
	14:25-14:30	休憩		
	14:30-15:30	行動という視点で考えるギャンブル障害	蒲生 裕司	こころのホスピタル町田
	15:30-15:35	休憩		
	15:35-16:35	海外におけるギャンブル障害の治療	橋本 望	岡山県精神科医療センター
	16:35-16:40	休憩		
	16:40-17:40	脳画像と薬物療法の可能性	高橋 英彦	京都大学大学院
		1日目終了		
2月23日 (金)	09:00-09:45	社会的対策・回復施設	佐藤 拓	成瀬メンタルクリニック
	09:45-10:30	ギャンブル障害の認知行動療法	古野 悟志	久里浜医療センター
	10:30-10:35	休憩		
	10:35-11:20	医療機関における治療プログラム	松崎 尊信	久里浜医療センター
	11:20-12:20	借金問題への適切な対処法	稲村 厚	稲村厚司法書士事務所
	12:20-13:35	昼食		
	13:35-14:20	ギャンブル障害に特徴的な心理傾向	岡田 瞳	久里浜医療センター
	14:20-14:50	回復者の体験談	田上 啓子	NPO法人ヌジュミ
	14:50-14:55	休憩		
	14:55-15:25	家族の体験談	佐藤しのぶ	ノンファミリー カウンセリングルーム
	15:25-16:25	ギャンブル障害の家族支援	吉田 精次	藍里病院
	16:25-16:30	閉講式 終了証書授与		

注) 講義タイトル、講師は予定となります。今後変更することがありますので、あらかじめご了承ください。

【付記】 本稿は、第2回ギャンブル依存研修に参加した筆者の立場からまとめたものである。