

Guiding Principle for the Treatment of Gambling Disorder

ギャンブル障害 診療指針

反治療的な疾患モデルから
動機モデルへの転換

[著] 河本泰信 医療法人社団敬寿会よしの病院 院長

中外医学社

疫学調査から見えてくる ギャンブル障害の本態

1 CHAPTER

A. 日本はギャンブル依存大国？

— 2014 年の 536 万人報道がもたらした混乱

2014 年 8 月 20 日、厚生労働省から委託された厚労科研研究班は「ギャンブル依存症」疑いの総数が、536 万人（男性 438 万人、女性 98 万人）であるという推計をまとめ報告した。この報道は世間の耳目を集め、以降 IR のみならず、パチンコ・パチスロや公営競技などの既存のギャンブル産業においてもギャンブル依存症対策を講じることが強く求められるようになった。その結果、2019 年の「ギャンブル依存症対策基本法」成立に至った。

ところで「ギャンブル依存症者が 536 万人」という報道が事実であれば、わが国でギャンブルをしている方の 10 人に 1 人が依存症ということになる。10 人に 1 人の割合で中毒症状を生じる飲料や食品があれば、体質や個人差は関係なく、例外なく即刻禁止にすべきである。そもそもそれほどギャンブルが危険な行動であるのならば、なぜ合法化されているのか？ この報道はギャンブル依存問題への関心を高めたという意味では意義のあるものであったが、同時に、その後のギャンブル問題に関する概念の混乱の嚆矢となった。すなわち**自力改善例**、**反復例**および**重篤進行例**などギャンブル依存の多様性よりも一部の重篤化例のみに焦点が当てられることになった。そして、その結果として政策の迷走をきたしたという意味でミスリードであった。その誤解を生じた最大の原因は調査方法、特に**対象期間についての相違**が結果に決定的な影響を与えることに対する認識不足であ

った。

B. 調査方法の相違点

1) 対象期間（過去 1 年 / 生涯）

公表された 536 万人という数は、対象者が生まれてから調査時点までの期間（**全生涯**）中に、ギャンブルの問題に関する質問項目に一定数以上該当した人の数である。各該当項目の出現時期は必ずしも近接あるいは同時期でなくてもよい。したがって、調査時点では長期間にわたり該当項目が消失している人も「該当項目あり」と評価される。

その後、2017 年にも同様の調査が厚労省から日本医療研究開発機構（AMED）への委託研究として行われた。結果、ギャンブル依存疑いの方は 320 万人と半数近くに減っていた。調査法に細部の相違はあるものの、同一尺度による無作為調査であることなど調査設計の基本は概ね同一であった。そうであるなら、数年間の間にギャンブル依存疑いの方が、半数近く消滅したことになる。ギャンブル障害の死因第一位は自殺である。であっても半数の自殺者は多すぎる。

この激減の原因として、**自記式調査**であるがゆえに、調査対象期間について回答者の誤解が生じやすい点が挙げられる。本来ならば「**全生涯**」について回答していただくところを、「**ある特定の 1 年**」あるいは「**過去 1 年**」などと誤解して回答している可能性がある。ただ、ギャンブル障害が**進行性**あるいは**持続性**の障害であれば、たとえ対象期間の誤解やエピソードに関する健忘があっても、数年後の出現頻度には大差はないはずである。一方、**間欠的**あるいは**流行（流動）**的な障害であれば、複数のエピソードを経験しているので、それぞれのエピソード時点での該当項目数も異なる。その結果、調査時点においては各エピソードの記憶が錯綜しているため、想起も曖昧とならざるを得ないわけである。実際、ギャンブル依存疑い該当者の多くは**数年単位で変動**、すなわち**該当項目の消長を繰り返している**。このように、ギャンブル障害に関する調査においては、**記憶想起のバイアス**によって、数年から数十年以前の過去のエピソードに関する調査は不正確となりやすい。したがって、ギャンブル障害の疫学調査においては、**対象期間を直近 1 年間に限って尋ねなければ実態が反映され難い**。

2 CHAPTER

A. モデル（病態仮説）で考えるギャンブル障害

1) 疾患・障害概念の整理 — 精神障害と精神疾患の相違点

「精神障害 (Mental disorder)」とは「心理的、生物学的、または発達の過程における何らかの機能不全を反映した、行動上などにおける臨床的に有意な障害 (significant disturbance) を特徴とする症候群であり、個人、家庭、社会、教育、職業、またはその他の重要な機能領域における苦痛や機能障害を伴うもの」(ICD-11) と定義される。ギャンブル障害はギャンブルへの著しい執着や衝動性などの心理的気質の機能不全によって、ギャンブル頻度や賭け金額の制御が困難となることで、結果として債務などの社会的問題を生じるという点で精神障害に分類されることは間違いない。

しかし、精神障害は必ずしも精神疾患 (Mental disease, いわゆる病気) ではない。一般にある障害を疾患と認定するためには、《①常に身体 (脳) 病変を伴う ②身体病変に規定された一定の自然経過をたどる ③生物学的に不利な状態をもたらす ④原因が身体的に (特に脳病変として) 説明可能である》という4条件が必要である¹⁾。それゆえアルツハイマー型認知症は精神障害であり、かつ精神疾患である。ギャンブル障害の場合、ギャンブル関連刺激による大脳辺縁系の有意な血流増大、あるいはカテコールアミンを主とする神経伝達物質の有意な変化などが機能的MRIによって報告されており、何らかの脳機能変化を伴っていることは間違いない。しかし、脳血流などの機能変化は原因というより、執着

などの心理変化に伴う結果である可能性が考えられる。いずれにしても因果関係は不明である。また、ギャンブル自体に抗うつあるいは抗ストレスなどの防衛的保護的効果があること、自然経過は必ずしも脳病変とパラレルではないことなど現時点では4条件を満たしてはいない。更に、ギャンブル頻度や期間などのギャンブル曝露量の多寡よりも、環境や動機などの固有の心理的因子が経過に強く影響するという点を踏まえると、ギャンブル自体の病因性についても検討の余地がある。ギャンブル障害の「原因」はギャンブルではないのかもしれない。

ギャンブル問題を抱えた方を精神障害として概念化することは臨床的あるいは精神保健的に対策を講じてゆく上で有用である。しかし、精神疾患化は対策を一面化することになり、有害である。

2) ギャンブル関連概念の整理 — ギャンブル依存症/ギャンブル等依存症/病的賭博/ギャンブル障害

マスコミ等では、ギャンブル障害に対して「ギャンブル依存症」というアルコール依存症などの物質依存症と同質の病態であるかのような紛らわしい呼称を使っている。確かに、特定の対象にのめりこむことで、本人および周囲の者に対して、心理的社会的経済的に有害な結果をもたらすという点では、物質依存症と現象的には類似している。

しかし、物質依存症は依存性物質による離脱症候群が病態および経過に強く影響を与えている。離脱症候群は中枢神経系の精神薬理学的変化が原因として作用している。そしてその薬理学的変化の強度（進行度）と原因因子である依存性物質の曝露量（摂取量/摂取期間）とは因果的に相関している。それゆえ、物質依存症（使用障害）は離脱症候群という身体変化を原因として成立している精神疾患であるという点がギャンブル障害と決定的に異なる。

そもそもギャンブル依存症はアルコール依存症との一部の症状の類似から名付けられた一般名称であり、学術用語ではない。たとえ慣用的な使用に限るとしても、疾患であるかのような誤解を生じるので、臨床現場での使用は好ましくない。

一方、「ギャンブル等依存症」はギャンブル関連問題に対する行政的な対策を進めるために提唱された行政用語である。定義は「ギャンブル等にのめりこむことによって日常生活または社会生活に支障が生じている状態」（ギャンブル等依存症対策基本法）であり、政治や行政の場面で使用される上では問題ない。ギャンブル障害を含んだ、より広い概念であり、概ね問題ギャンブルと重なると考えられる（Chapter 3：B-1 参照）。

4 CHAPTER

本章（治療）のポイント

- ギャンブルの魅力について積極的に傾聴する。
- 共感すべきは「止めたい気持ち」ではなく、「やりたい気持ち」である。
- 選択した病態モデルに対応した治療法を順次実施する。
- 重篤化因子を伴う場合、速やかに専門機関へコンサルトする。
- 各精神療法是に集団形式でも実施可能だが、対象は限られる。
- 「楽しめなくなったこと」の無念さに共感しつつ、「レジャーとしてのギャンブルは賞味期限が切れかけていること」をはっきりと伝える。
- 治療目標は代替行動に「楽しみ」や「寛ぎ」を見出すことである。「断ギャンブル」は志（こころざし）として尊重する。
- 「運を天に任せる思い切りの良さ」というギャンブラー資質を尊重し、そのパワーを利用する。

障害ギャンブラー群は流動性の高い集団であり、レジャーギャンブラー群や断ギャンブル群などと相互移行している。それゆえ治療戦略は短期簡易介入が原則であり、体系的探索的であるよりも個別的指示的なアプローチが主体となる。「深い回復によって断ギャンブルが安定するまで治療を継続する」という治療方針は理想ではあるが、生き方、すなわち価値観の転換を患者に求めることになる。それは医療の範疇を超えた到達目標である。確かに WHO において健康の定義に生きがい（spiritual）が加えられてはいるが、あくまで健康（精神保健）の理想とする到達目標である。もし、この到達目標を精神障害の改善を本分とする精神医

療に持ち込むと介入の焦点がぼやけることで、過度の医療化あるいは早急に介入すべき問題を回避するときの理由付けに利用される。前者の例が「標準的治療」（「回復プログラム」など）の一律の適応であり、後者の例は精神症状や生活の問題の原因をすべて依存問題と結びつけることで、早急に介入すべき問題（例えば家庭問題や多重債務など）を放置することなどである。それゆえギャンブル障害への介入は、可能な限り問題を個別化・焦点化させたいうえで、具体的に介入することが肝要である。

ただし併存障害や併存問題がある場合は、それぞれの重症度評価を基に長期的視野に立った介入が必要となる。

A. 初期介入 — ギャンブラーとしての同一性を尊重した動機付け面接法の適応

1) ギャンブラーとしての自己同一性の尊重

ほとんどの受診者は、周囲から責められながら、強迫的なギャンブルを続けてきた結果、疲弊して診察の場を訪れる。「ギャンブルはもうこりごりだ!」という心境である。しかし、ギャンブルは束の間とはいえ、逃避の場、あるいは勝ち負けいずれの瞬間においても、「生きている」実感を与えてくれた。それゆえ、ギャンブルとともに歩んできた患者の生活史に対し、過度のギャンブルによってもたらされた様々な実害を根拠に、僅かでも否定的な評価を示したら、ギャンブルおよびギャンブルをしてきた自分を必死で弁護する。ここで弁解できるパワーがあればまだよいが、家族や周囲から散々責められ、自尊心を失っている方が大半である。そのため、「ギャンブル依存ですから止めるしかないですね」と弱弱しく、自己卑下感を漂わせながら治療を受け入れる方が多い。そのような、一見病識がありそうな方が反発する方よりも危険である。遅かれ早かれ、ギャンブラーとしての自分を取り戻したい、すなわち今までの負け（債務）を挽回したいという意地がムクムクとあふれてくる。その結果、際限のないギャンブルに再び陥ることが多いからである。

したがって、一旦は患者のギャンブラーとしての歴史、すなわちギャンブラーとしての自己同一性を全肯定するところから介入が始まる。