

REPORT

レポート◎ 危惧される患者増、治療では集団療法に初の診療報酬点数

カジノ合法化でギャンブル依存症診療に新展開

2020/03/19

瀬川 博子 = 医療ジャーナリスト

カジノ合法化をきっかけに**ギャンブル依存症**が注目されている。患者増を懸念して、横浜では精神科医団体が反対運動に乗り出した。一方、今年4月の診療報酬改定では初めてギャンブル依存症の集団療法を評価した点数が設定された。まずは現在、約70万人と推定される患者への対策が必要だ。

2018年7月、我が国ではカジノを含む統合型リゾート施設（IR）の開業を可能とするIR実施法が成立。さらにギャンブル依存症の予防や対策を目的とした「ギャンブル等依存症対策基本法」も成立した。日本で初めてとなるカジノ解禁に社会的関心も高いが、神奈川県精神神経科診療所協会会長で、さいとうクリニック（横浜市）院長の齋藤庸男氏は、「海外の研究では、カジノからの距離が近い、つまりギャンブルにアクセスしやすいほどギャンブル依存症の患者が増えることが報告されている。日本でも身近にカジノができれば当然、依存症患者が増える可能性は高まる」と指摘する。

横浜では精神科医らが市長に陳情書と反対署名を提出

昨年夏にIR誘致を表明した横浜市では、ギャンブル依存症の増加を懸念する精神科医らが誘致反対を掲げて行動を起こした。今年2月20日には、神奈川県精神神経科診療所協会のほか、横浜市精神科医会、神奈川県精神科病院協会など6団体が市長宛てに「カジノ誘致中止要請の陳情書」を提出。陳情書には、昨年9～11月に横浜市や神奈川県内外の精神医療関係者に広く呼びかけて集めた反対署名9090筆（医師400人、精神保健福祉士257人、看護師1788人など）が添えられた。

斎藤氏は、「署名には千葉県の精神科医の方なども協力してくれた。当時はまだ千葉市もIR誘致を見送る前だったので、それなりに切迫していたのだと思う」と打ち明ける。

ギャンブル依存症とは、カジノや競馬、競輪、パチンコなど様々なギャンブルへの衝動が抑制できなくなり、社会的・経済的・心理的問題や対人関係の問題が生じているにもかかわらず、ギャンブルをやめることができなくなる疾患だ。ギャンブル依存症の診断には、現在、国際的な診断基準の1つ、米国精神医学会の「DSM-5」（精神疾患の診断・統計マニュアル第5版）が使われている。この診断基準では9項目のうち4項目以上を満たせば「ギャンブル障害」と診断される（表1、ページ下の別掲記事参照）。



神奈川県精神神経科診療所協会の斎藤庸男氏は「日本でも身近にカジノができれば当然、ギャンブル依存症患者が増える可能性は高まる」と指摘する。

表1 ギャンブル障害の診断基準

臨床的に意味のある機能障害または苦痛を引き起こすに至る持続的かつ反復性の問題賭博行動で、その人が過去12カ月間に以下のうち4つ（またはそれ以上）を示している。

1. 興奮を得たいがために、掛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（例：過去の賭博体験を再体験すること、ハンディをつけること、または次の賭けの計画を立てること、賭博をするための金銭を得る方法を考えること、を絶えず考えている）
5. 苦痛の気分（例：無気力、罪悪感、不安、抑うつ）のときに、賭博をする人が多い
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（失った金を“深追いする”）
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す

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免れるために、他人に金を出してくれるよう頼む

出典：『DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引』（医学書院、2014）より編集部で一部抜粋

日本医療研究開発機構（AMED）の研究班（研究代表者：国立病院機構久里浜医療センター副院長の松下幸生氏）が実施した2017年の全国調査では、過去に1度でもギャンブル依存症になったと疑われる人の割合（生涯有病率）は成人の3.6%で、推計約320万人に上った。また過去1年以内に限るとギャンブル依存症が疑われる人の割合は成人の0.8%（約70万人）だった。海外のギャンブル依存症の有病率（例えば生涯有病率はドイツ0.2%～オランダ1.9%など）と比べても日本の数値は高めだ。ギャンブルの種別では、日本の場合、パチンコ・パチスロ依存が最も多く全体の8割近くを占めるとされる。

「ギャンブル依存症の患者は深刻な経済的・社会的破綻を来した後に、やっと初めて医療機関にたどり着くことが多い。家族の生活や人生にも重大な影響を及ぼし、患者や家族の中にはうつや自殺に至る人もいる。カジノができることでギャンブル依存症がさらに増えるだけでなく、こうした他の精神疾患や自殺、経済的破綻を来す人が増えることを我々は危惧している」と斎藤氏は強調する。

新しい診断基準でアルコール・薬物と同じ依存症に仲間入り

ギャンブル依存症は、DSMの旧版（DSM-IV）までは「病的賭博」の名称で定義され、依存症ではなく、窃盗癖や放火癖と同じ衝動制御の障害に分類されていた。しかし、2013年に登場したDSM-5で「ギャンブル障害」に名称が変更、アルコールや薬物の依存と同じ「物質関連障害および嗜癖性障害群」に含まれるようになった。

「この背景には、脳機能の研究が進んで、ギャンブル依存症患者の脳内に起こる変化がアルコールなどの物質依存に近いことが分かってきたことがある」と国立病院機構久里浜医療センター院長の樋口進氏は説明する。

国際的な診断基準としてはほかに、日本の診療現場で一般的に使われている世界保健機関（WHO）のICD-10（国際疾病分類第10版）があるが、ICD-10ではギャンブル依存症はまだ「病的賭博」として、習慣および衝動の障害の中に含まれてい

る。樋口氏によれば、2022年から使用される予定のICD-11では、ギャンブル依存症は「ギャンブル障害」に病名が変更され、やはり依存症の一種に分類される。

診療報酬改定でギャンブル依存も集団療法の対象に

ギャンブル依存症対策が課題となる中、2020年4月の診療報酬改定ではギャンブル依存症の治療としては初めて、集団療法を評価した点数が設定された。

海外の研究では、ギャンブル依存症に対する介入方法として、認知行動療法を用いた集団療法の有効性が報告されている。そこで前述のAMED研究班では、日本における認知行動療法を主体とした集団療法プログラム（標準的治療プログラム）を開発、全国35の医療機関で患者187人に対して無作為比較試験を実施した。その結果、ギャンブルをやめた人の割合はプログラムを受けた人で有意に高いことが確認されたという（図1）。

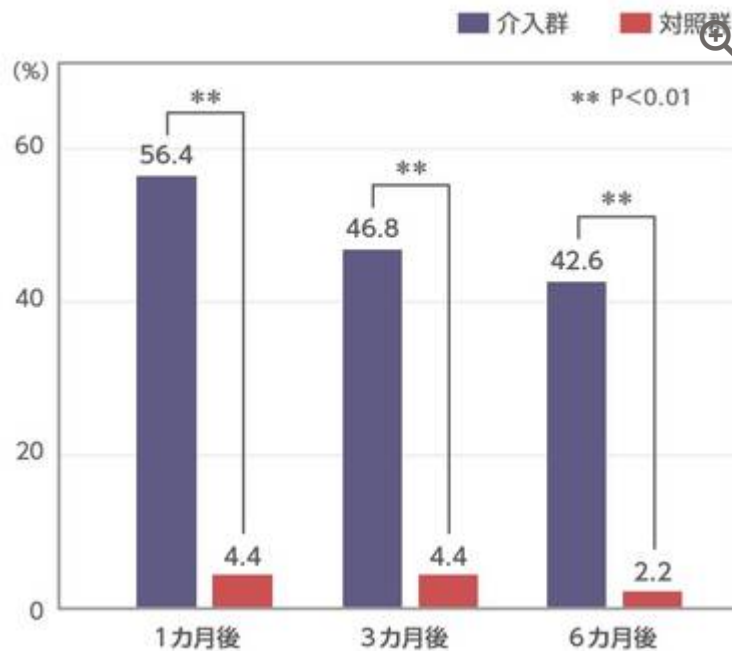


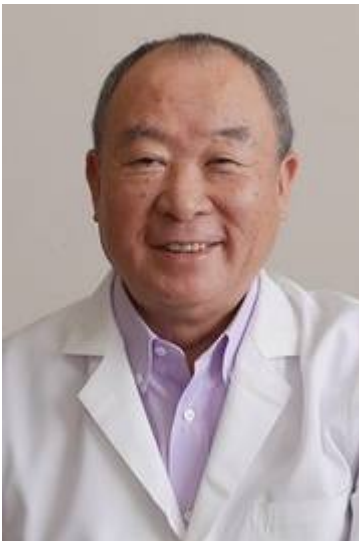
図1 ギャンブル依存症に対する集団療法プログラムの効果（断ギャンブルの継続率）

断ギャンブル（ギャンブルを断ち、一度も行っていない）

い状態が継続していること)の継続率は、プログラム終了後のいずれの時点においても、介入群が対象群よりも高かった。

出典：平成28～30年度AMED「ギャンブル障害の疫学調査、生物学的評価、医療・福祉・社会的支援のありかたについての研究」。第440回中央社会保険医療協議会総会資料による。

現在、診療報酬の「依存症集団療法」の対象疾患は薬物依存症のみだが、4月以降はギャンブル依存症患者に対しても、「標準的治療プログラム」に沿った治療を行った場合に算定できることになる。点数は1回300点で、治療開始から3カ月を限度として2週間に1回、算定できる。所定の施設基準を満たした依存症専門医療機関で算定が可能だ。



国立病院機構久里浜医療センターの樋口進氏は「治療からのドロップアウトを防ぐという意味でも、今後はギャンブル依存症の治療薬の開発も必要だ」と話す。

「これまでギャンブル依存症に関する治療では、通常の初診や検査、外来でのカウンセリング以外に、精神的アプローチに関して算定できる診療報酬項目がなかった。日本には既にパチンコなどの依存症患者は大勢いるので、そうした患者が必要な治療を受けられるようになるのはいいことだと思う」と、プログラムの開発と効果検証を主導した国立病院機構久里浜医療センター院長の樋口進氏は話す。

「標準的治療プログラム」では、患者は数人から10人程度のグループで、2週間に1回、60分以上のセッションを計6回行い、他の参加者との意見交換を通じてギャンブルにのめり込んだきっかけや対処法などについて考える。「グループセッションでは、他の患者の経験や工夫を聞くことにより、自分が病気だと認識し、病状を改善するための方法を学ぶことができる。特に依存症の人は“否認”といって、自分の問題を隠す傾向があり、物事の考え方が自己中心的になることが多いので、否認に適切に対処していくという面でも集団療法は有効だ」と樋口氏は説明する。

なお、同じ立場や境遇の仲間と交流するという意味では自助グループへの参加という方法もある。ギャンブル依存では、ギャンブラーズ・アノニマス（GA）と呼ばれる自助グ

ループがあり、「ギャンブル依存からの回復にはGAへの参加も有効なことはよく知られている。我々の施設でも患者が来院したら、医療機関での治療と並行して、あるいは集団療法プログラム終了後のフォローアップとしてGAに行くことを勧める」と樋口氏は話す。

医療機関に患者をどうつなげるかが課題

もっともギャンブル依存症では患者の多くは医療機関を受診しない、つまり治療を求めない傾向が強いことが指摘されている。厚生労働省の調査によると、ギャンブル依存症の外来患者数はこの数年増えてはいるものの、2017年度は約3500人。アルコール依存症（約10万2100人）や薬物依存症（約1万700人）と比べてけた違いに少ない。

前述のようにギャンブル依存症が疑われる人は全国で約70万人いると推定されている。樋口氏は、「アルコール依存の推定患者数はギャンブル依存とそれほど変わらないので、やはりギャンブル依存では受診する人は非常に少ないといえる」としている。その理由として同氏は、「例えばアルコール依存では肝臓障害など明らかな健康上の問題が出てくるが、ギャンブル依存の場合は体の健康が大きな問題になることはほぼない。家族関係や借金などの問題では、なかなか医療に直結しにくいという面もあるのだろう」とみる。

またギャンブル依存症では、診療を担う専門の医療機関が限られていることも指摘されている。「横浜市では成人市民300万人のうち、ギャンブル依存症が疑われる人は0.8%、つまり2万4000人ほどいるとされる。それに対し市内の精神科の医療機関は100件程度で、ギャンブル依存症の専門医療機関は2つ、神奈川県内でも4つしかない。これらで今後IR誘致に伴い発生する患者までカバーできるのか疑問だ」と斎藤氏は話す。

アルコールや薬物の依存に比べて、ギャンブル依存では治療薬に関する研究や開発も遅れているという。「アルコールや薬物の依存症には認可された治療薬があるが、ギャンブル依存症には症状を軽減するような薬物がまだ1つもない。集団治療プログラムは大切だが、治療薬があれば患者や家族を医療機関につなげておくことができる。ドロップアウトを防ぐという意味でも、今後はギャンブル依存症の治療薬の開発も必要だ」と樋口氏は語る。皮肉にも日本では、カジノ合法化の動きをきっかけに、ギャンブル依存症という疾患が社会にも広く認識されるようになった。今後はさらに対策が進み、より多くの患者に必要な医療や支援が提供される体制が整うことが望まれる。

© 2006 -2020 Nikkei Business Publications, Inc. All Rights Reserved.