

## 〔論文〕

# ギャンブル等依存症に対するソーシャルワーク実践

—地域連携による持続的なマインドフルネスを可能にした事例をもとに—

井上祥明\*<sup>1</sup>、小野上智也\*<sup>2</sup>、井上紘治\*<sup>3</sup>  
石井由起子\*<sup>4</sup>、花木瑛美\*<sup>5</sup>、辛島道代\*<sup>6</sup>  
小城智美\*<sup>7</sup>、池埜聡\*<sup>8</sup>

### 要約：

近年、ギャンブル等依存症の症例は増加傾向にあり、国内の精神保健分野における深刻な問題となっている。本症に対する治療薬は正式に認可されておらず、現段階では心理社会的支援が治療の中心に据えられる。心理支援として、多くの医療機関は認知行動療法をアディクションに対する主要な治療方法として採用し、「第3世代認知行動療法」と呼ばれる「マインドフルネス」の効果にも注目が向けられるようになった。一方、ギャンブル等依存症患者の場合、家族関係や就労、そして経済的困窮など社会生活上の複雑な問題に対する支援も考えていかなければならない。本稿は、地域連携によって持続的なマインドフルネスを可能にする支援構造を作り、家族支援や生活支援を展開した医療ソーシャルワーカーによるギャンブル等依存症へのソーシャルワーク実践を紹介する。そして、本症に対するソーシャルワークを推進していくための実践的示唆を浮き彫りにしていく。

キーワード：ギャンブル等依存症、ソーシャルワーク、マインドフルネス、地域連携、心理社会的支援

## 1. はじめに

日本におけるギャンブル等依存症<sup>1)</sup>は深刻な問題となっている。ギャンブル等依存症の患者数の推移を見てみると、2014年は外来患者数2,019人、入院患者数205人であるのに対し、2017年には外来患者数3,499人、入院患者数280人と増加している。また、2017年における「ギャンブル等依存が疑われる者」の推計値は、過去1年間では成人の0.8%（約70万人）、生涯においては成人の3.6%（約320万人）にも及ぶ（厚生労働省、2020）。

この状況を踏まえ、厚生労働省は2017年に依存症対策の全国的な拠点機関である依存症対策全国センターを設置した。当センターは、依存症対策を推進する上で必要な人材を養成するための研修等を実施する指導者の養成や依存症に関する情報収集、また行政機関や一般病院機関、一般国民に対する情報提供、助言等を行うことにより依存症患者等に対する支援体制を全国的に図ることを目的としている（松下、2023）。

このように、ギャンブル等依存症に対する治療環境や教育体制は近年になって整備され始めた。ギャンブル等依存症対策基本法では本症を、「ギャンブル等にのめりこむことにより日常生活又は

\*1 国立病院機構別府医療センター地域医療連携室・医療ソーシャルワーカー

\*2 Medical Empowerment Station 陣屋の里・医療ソーシャルワーカー

\*3 国立病院機構小倉医療センター地域医療連携室・医療ソーシャルワーカー

\*4 大分労働局ハローワーク別府・精神保健福祉士

\*5 九州大学病院別府病院地域医療連携室・医療ソーシャルワーカー

\*6 NPO 法人マックネットシステム・精神保健福祉士

\*7 NPO 法人マックネットシステム・看護師

\*8 関西学院大学人間福祉学部・教授

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：平成 30 年法律第 714 号)と定義する。この定義にあるように、本症は医療の枠を超えた問題に発展しやすい。本症の治療には多角的な支援体制の整備が急務となっている。

患者を全人的な視点からとらえ、心理社会的支援の展開をミッションとするソーシャルワークは、家族関係の調整や生活支援を担う点でギャンブル等依存症の支援に欠かせない。しかし、国内の本症へのソーシャルワークの実践報告は限られており、検討の初期段階にある。今、発症件数が増加傾向にある中、「ギャンブル等依存症支援ソーシャルワーク」の可視化が求められると判断した。

## 2. 研究目的

上記の問題意識にもとづき、本研究は、第 1、2 執筆者が急性期総合病院の医療ソーシャルワーカーとして継続的な支援を行ったギャンブル等依存症の事例を読み解き、本症に対するソーシャルワークの発展のための実践的示唆、すなわちどのような理論、知識、そして技術が求められるのかについて考察することを目的とする。

本事例のソーシャルワーク実践では、マインドフルネスの導入を試みている。第 3 世代認知行動療法としてストレス低減やうつ再発予防にその効果が確認されているマインドフルネスは、2010 年以降、アルコールを含む薬物依存治療にも応用され始めた。薬物依存へのマインドフルネスの効果は、システムティック・レビューやメタ・アナリシスによる効果検証も行われている (Grant et al., 2017; Li et al., 2017; Ramadas et al., 2021)。本研究では、ギャンブル等依存症の治療に対するマインドフルネスの方法論と効果についてレビューし、ソーシャルワーク実践とマインドフルネスの統合可能性についても言及する。

## 3. 研究方法

### 3.1. 方法

方法として、事例研究法が用いられた。本研究における事例研究は、ソーシャルワーク実践者の

専門性の維持とさらなる向上を目的として記録や報告を用いて実践上の工夫や判断を検討するもので、実践理論の生成や検証は射程に含んでいない (小嶋, 2006; 岩間, 2004)。具体的には、本研究の目的に合致した事例の確定、カルテやケース記録及びメモの整理、相談援助のプロセスに沿った客観的な支援の実際と医療ソーシャルワーカー (以下、MSW) の判断の抽出、執筆者間の話し合いによるギャンブル等依存症へのソーシャルワーク及びマインドフルネス導入による患者への影響の明確化、そして事例分析のまとめ、という手順で行われた。相談援助のプロセスは、日本社会福祉士会が示した問題解決モデルに準拠した (社会福祉士養成講座編集委員会, 2015)。

### 3.2. 倫理的配慮

事例検討を行う上で、患者の同意と匿名性を十分に配慮した。症例報告は「国立病院機構別府医療センター倫理審査委員会」によって、倫理審査の対象外と判断された。プライバシー保護の目的にて、事例の支援過程の理解が損なわれない程度に一部事実の改編を行った。なお、筆者ら全員は国際マインドフルネス指導者協会 (International Mindfulness Teachers Association: IMTA) 認定指導者であり、マインドフルネスを導入・支援に利用できる立場にある。

## 4. 先行研究

### 4.1. ギャンブル等依存の現状

久里浜医療センター (2021) は、全国の市区町村 300 地点に在住する満 18 歳以上 75 歳未満の日本国籍を有する者 (n=8,223) を対象にした「ギャンブル障害およびギャンブル関連問題の実態調査」を実施した。本調査は、ギャンブル等依存の精神疾患との関連及び家族や重要な他者への影響を浮き彫りにした。調査結果は次のとおりである。

国民の過去 1 年間のギャンブル等経験率は 2,759 名 (33.6%) で、内訳は男性 1,781 名 (64.6%)、女性 978 名 (35.4%) であった。過去 1 年間におけるギャンブル等依存が疑われる者 (Gambling Screen; SOGS)<sup>2</sup>5 点以上) の割合とそ

のギャンブル行動においては、ギャンブル等依存が疑われる者（SOGSS 5 点以上）の割合は全体の 2.2%（95% CI, 1.9~2.5%）であり、男性内では 3.7%（95% CI, 3.2~4.4%）、女性内は 0.7%（95% CI, 0.4~1.0%）であった。ギャンブル等依存が疑われる者とうつ、不安の関連においては、SOGSS の得点区分別に K6（うつ、不安のスクリーニングテスト）の得点区分を比較したところ、ギャンブル等依存が疑われる人（n=157, SOGSS 5 点以上）は、5 点未満の人より有意に抑うつ・不安が強いことが示された。また、ギャンブル等依存が疑われる者で、何らかのうつ・不安の問題がある可能性がある者が 157 名中 40 名（25.5%）、うつ・不安障害が疑われる者が 15 名（9.6%）、重度のうつ・不安障害が疑われる者が 26 名（16.6%）であった。さらに、希死念慮や自殺企図もギャンブル依存が疑われる人の群では有意にリスクが高まっていた。

家族や重要な他者への影響も示された。家族や重要な他者にギャンブル問題があったと回答した人は 1,145 名（14.0%）で、そのうち「浪費、借金による経済的困難が生じた」が 30.4%、「家庭不和・別居・離婚を経験した」が 16.2% など、家庭や重要な他者への影響が示唆された。

#### 4.2. ギャンブル等依存症における治療

ギャンブル等依存症においては、未だ正式に認可された治療薬は存在しない。抗うつ薬、オピオイド拮抗薬、グルタミン酸作動薬、気分安定薬等の有効性を検討している段階であり、その中でもオピオイド拮抗薬が最も有望と考えられている。その他にも、リチウム、オランザピン等の効果も検証されているが、研究数が少なく更なる検討が必要である（松下, 2018）。

依存症治療の中心は、心理社会的治療とされる。ギャンブル等依存症においても、認知行動療法を基盤とした「ギャンブル障害の標準的治療プログラム」が作成された（日本医療研究開発機構, 2018）。このプログラムは、「第 1 回 あなたにとってのギャンブルとは?」「第 2 回 ギャンブルの『引き金』について」「第 3 回 引き金への対処とギャンブルへの渴望」「第 4 回 生活の再建・代替行動（ギャンブルの代わりになる活

動）」「第 5 回 考え方のクセ」そして「第 6 回 まとめ」の 6 つのセッションに分かれており、ギャンブル障害の概要、特徴、対策等について学んでいくものとなっている。

中央社会保険医療協議会（2019）は、このプログラムに参加した患者のギャンブル行動の変化を調査した。その結果、プログラム終了後の追跡調査で治療終了後 1 ヶ月の断ギャンブル率は、プログラム未参加の対象介入群では 1 割未満であったのに対し、介入群は 4 割を超えた。また、断ギャンブルに至らなかった患者でもギャンブルの頻度と出費に有意な改善がみられた。

この結果に基づき、2020 年の診療報酬改定にて「依存症集団療法」が新設された。ギャンブル依存症の場合、治療開始から 3 ヶ月を限度として 2 週間に 1 回の回数で算定可能となった。算定要件としては、「ギャンブルに対する依存の状態にあるものについて、精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、作業療法士、精神保健福祉士若しくは公認心理師で構成される 2 人以上の者が、認知行動療法の手法を用いて、ギャンブルの実施を患者自らにコントロールする手法等の習得を図るための指導を『ギャンブル障害の標準的治療プログラム』に沿って行うこと」とされている（杉本編 2022: 650-51）。

以上、ギャンブル等依存症における治療法としては、正式な治療薬は認可されていないものの、認知行動療法を基盤とした治療プログラムが診療報酬に規定され、その効果が示されている。しかし、必ずしも状態像に応じて効果的な技法が選択されているわけではなく、当該患者のセルフ・コントロール力を高め、生活全般における適応の改善を目指す支援方法は体系化されていない（田中, 2019）。このような背景を踏まえて、近年ではアディクション（嗜癖）治療にマインドフルネスを活用したプログラムが開発され、その効果が検証されてきた。

#### 4.3. アディクションに対するマインドフルネスの有効性

アディクションに対するマインドフルネスを用いた治療法は、国内外で開発されている。マインドフルネスは「今、この瞬間の体験に意図的に意

識を向け、評価をせずに、とらわれのない状態で、ただ観ること」と定義される（日本マインドフルネス学会, 2023）。日本マインドフルネス学会は、「ここでの“観る”は、見る、聞く、嗅ぐ、味わう、触れる、さらにそれらによって生じる心の働きをも観るという意味である」としている。マインドフルネス瞑想法は、リラクゼーションや注意力、意識、洞察力をもたらす潜在的な能力を活かしてメタ認知力を高め、感情や衝動に支配されない対処能力を養う（Kabat-Zinn 1990）。

衝動や感情抑制効果が期待されるマインドフルネスを基盤としたアディクションの治療法として、Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors (MBRP) が確立された (Bowen et al., 2011)。MBRP は、アディクション行動の再発予防を目的としたプログラムであり、ギャンブル等依存症への効果が期待される。MBRP は従来の再発予防 (relapse prevention: RP) にマインドフルネスを取り入れた認知行動療法であり、外来患者の治療プログラムとして考案された。プログラムの特徴は、嫌悪療法によるアプローチ<sup>3)</sup>ではなく、自己愛と渴望、衝動を含むすべての体験のあるがままの受容をもたらすマインドフルネスの習得にある (Bowen et al., 2011)。

Bowen et al. (2011) は、MBRP の実践マニュアルを整備するにあたり、効果検証の結果を示している。MBRP 参加者と標準アフターケア・プログラムの参加者間の比較において、MBRP 参加者の渴望の度合は MBRP を通じて有意に低下し、自己受容と感情反応への気づきの傾向も統制群に比べて強くなった。また、アルコールや薬物の使用頻度も、標準プログラムと比較して低下させることを示した。しかし、4ヶ月後では両群とも物質の使用頻度に差が生じなかった。Bowen et al. (2011) は、MBRP の持続的なアディクション抑制効果を生むためには、プログラム後のマインドフルネスの継続をいかに支えるかという点が重要であると指摘している。

近年、MBRP のシステマティック・レビュー及びメタ・アナリシスの結果も示されるようになった (Grant et al., 2017; Li et al., 2017; Ramadas et al., 2021)。結果は、総じて低から中程度のアディクションの再発抑制効果が見られるものの、こ

れまで確立されてきたエビデンス・ベーストの方法論と比較して有意な効果は見られなかった。長期的な再発予防効果は、研究の蓄積が十分ではなく、Bowen et al. (2011) の指摘と同様、マインドフルネスの持続的な支援があるかどうか MBRP の課題となっていた。

小林他 (2020) は、依存症回復施設の利用者に対する MBRP の効果を報告している。9名の参加者に対して、約3ヶ月間計8回のセッションを提供したところ、MBRP 実施期間中及び修了後3ヶ月までの再発者はいなかった。マインドフルネス状態を測定する質問紙尺度 FFMQ (Five Facet Mindfulness Questionnaire) 日本語版の総得点も MBRP 直後には高まり、予期しない感情の揺れ動きが生じたり、感情に流されたりしなくなったという参加者の声が報告された。しかし、3ヶ月後の変化のうち「マインドフルネス瞑想が習慣化してきた」と答えたのは9名中1名のみであった。その後の再発状況については報告されていない。

以上のように、マインドフルネスを用いたアディクションに対する治療は一定の効果をもたらすことが示唆された。同時に、継続したマインドフルネスの提供体制がないと、再び治療前のような行動に陥る可能性があることがわかった。

#### 4.4. マインドフルネスにおける関係性

Bowen et al. (2011) は、研究結果をもとにマインドフルネスの継続支援とコミュニティとの協働の重要性を指摘している。マインドフルネスを一人で続けていくことは、マインドフルネス指導者といえども困難である。日頃の実践をサポートしてくれるコミュニティの存在がなければ、患者は元の習慣化されたアディクションの心理反応のパターンに逆戻りしてしまう。

近年、マインドフルネスのあり方に一石を投じる論考が示されるようになった。医療、心理臨床、精神保健、教育、ビジネスなど多領域で応用されてきたマインドフルネスにおける倫理性的の曖昧さや社会的問題の不可視化といった負の側面への警鐘である (池埜, 2021)。

池埜・内田 (2020) は、自らのマインドフルネス実践経験をもとに第2世代と称して、以下のマ

インドフルネスの新たな定義を示した：

「社会正義の価値と倫理に根ざし、今この瞬間の澄みわたる気づきと慈しみ（コンパッション）の涵養を通じて体現されるインタービーイングの心性から社会的弱者の包摂に向けたアクションを生み出す営み」（池埜・内田 2020: 92）。

第2世代マインドフルネスは、倫理性や関係性、社会変容を視野にいたしたマインドフルネスのあり方を志向する。このマインドフルネスは、指導者と参加者の情動調律から生まれる間主観性を通じて、気づきや洞察が深化されるという前提に立つ。指導者や参加者といった立場の違いを超えて互いがマインドフルネスの共有者となり、「苦」に対する葛藤や「生」に対する喜びは人間の本性であるという真理に気づいていく（池埜・内田 2019）。

このような関係性の視点からとらえ直したマインドフルネスは、プログラム化され「指導する・提供する」ことを目的とした臨床技法の枠組みを越えた実践に発展する可能性がある。マインドフルネスを精神疾患に対する1つの処方箋としてのみとらえるのではなく、指導者と参加者のオープンな経験の振り返りや身体感覚への気づきの分かち合いから得られる安心感は、患者にとって心身の反応をありのままに受けとめ、アディクションに対する新たな視点を獲得する土台になると考えるのである。

#### 4.5. ギャンブル等依存症とソーシャルワークの現状

ギャンブル等依存症に対する国内のソーシャルワークの報告は限られている。Medical Online や CiNii などのデータベース検索は、アディクションに特化した20件ほどのソーシャルワーク研究を抽出するものの、ギャンブル等依存症におけるソーシャルワークは岡田（2011）によるものだけであった。

岡田（2011）は、ソーシャルワーカーとして担当した1事例の分析から、ギャンブル依存症者の家族の不安や苦しみを受容し、共感することの重

要性や、患者を責めず、辛さを共感し、病識を高めることが治療の動機づけにつながることを指摘した。また、家族面接を行い、協力して借金の返済計画を立てる支援を行うと同時に、患者が自助グループに参加することで回復への道を歩き出した支援プロセスを報告している。

患者の心理社会的側面への徹底した寄り添いによる患者のエンパワーメントは、アディクションのリカバリーに資するソーシャルワークの根幹である。また、アディクションの患者は、社会の偏見と抑圧にさらされ、人格をも傷つけられるような二次被害も受けている。そのため、回復を阻む社会的要因へのアプローチもソーシャルワークの射程となる（岡田 2011；田中 2021）。

一方、エンパワーメントの実践には「クライアントの責任の所在」という問題が常に潜在する。クライアントの責任とは、「できない人を責める」という文脈ではなく、問題解決を前提とした変化に向けての責任の所在という文脈からとらえられる（三毛 1997）。

ソーシャルワークは、人と環境との相互作用に介入する専門的な実践である（日本ソーシャルワーカー連盟, 2024）。ソーシャルワーカーはクライアントのエンパワーメントを重要視するがゆえに、クライアントに対して「できない人を責める」という構造を生じさせてしまう可能性がある。このようなクライアントとソーシャルワーカー間に生じるパワーの非対称性が固定されないためにも、池埜・内田（2020, 2021）が論じる第2世代マインドフルネスを基盤とした援助関係の構築が重要となる。

マインドフルネスは、ソーシャルワークの価値を具現化する視座を提供する。指導者と参加者が「今、ここ」を感受し、温かな交流を通じ、互いの心性を共鳴することで、「共に在る」価値の内化や内省、そして慈しみの感性の発現が可能となる（池埜 2019；池埜・内田, 2019）。このような援助関係が、偏見や社会的構造の中で抑圧されるギャンブル依存の人々とのかわりには欠かせない。

マインドフルネスとソーシャルワークの効果的な融合のかたちとして、井上他（2023）は「地域でつなぐマインドフルネス（マインドフルネス連

携)」を提唱する。彼らは、マインドフルネスを「人と人との繋がり」によって継続的に行える体制を構築するため、医療機関や訪問看護、患者団体等が連携し地域ネットワークの構築を果たした。

この取り組みは、池埜・内田（2020, 2021）が提唱する第2世代マインドフルネスや Bowen（2011）が指摘する持続的なマインドフルネス実践を支える仕組みづくりを具体化し、臨床応用したものと見える。このような地域連携を包含したソーシャルワークは、ギャンブル等依存症をはじめとするアディクション治療に生かすことができると考える。

## 5. 事例紹介

事例は、201X年6月から201Y年11月の約2年間、第1、2執筆者が急性期総合病院のMSWとして担当したギャンブル等依存症患者と家族へのソーシャルワーク実践となる。ここでは、図1に示された日本社会福祉士会による相談援助プロセスにしたがって、支援の実際を描写する（社会福祉士養成講座編集委員会、2015）。

### 5.1. ケースの発見

事例研究で取り上げるのは、ギャンブル等依存症の患者で、ギャンブルによる借金が数百万円あり、複数の金融機関及び親族に毎月約10万円返済している状態にあったA氏である。A氏は、第2執筆者（MSW）が所属していた総合病院に

リファーされる前、神経難病の治療のためC病院脳神経内科へ通院していた。主治医（MSW所属病院）より、ギャンブル等依存症の治療機関をA氏に紹介してほしいとの依頼がMSWに寄せられ、支援が開始された。

### 5.2. 受理面接（インテーク）

A氏は主治医から紹介され、MSWのもとに渋々来たような様子で、気の進まない心情は明らかだった。母親の同席のもとMSWとのインテーク面接時は、治療に対する抵抗とギャンブル等依存症に対する「否認」がみられた。ギャンブルに対する思いをA氏に尋ねると、「パチンコをしていると安心する。そこに自分の居場所がある」との発言があった。母は、「（ギャンブル依存を）どうにかして欲しい」という訴えであった。A氏は母親の言葉に耳を傾けながら、決して自発的な態度ではなかったものの、「改善できることはやってみたい」と述べ、今後もMSWに会うことに同意した。

### 5.3. アセスメント・目標設定

MSWは、インテーク面接から引き続いて心理社会的アセスメントを開始した。A氏は40代男性で、両親と3人暮らしだった。結婚後1子を授かるもギャンブルが原因で離婚。職業は飲食店に勤務しており、不規則な生活を送っていた。図2は、アセスメントで得た情報をエコマップで表したものである（図2参照）。エコマップ作成にあたっては、渡部（2015）が提示した記述法を参考

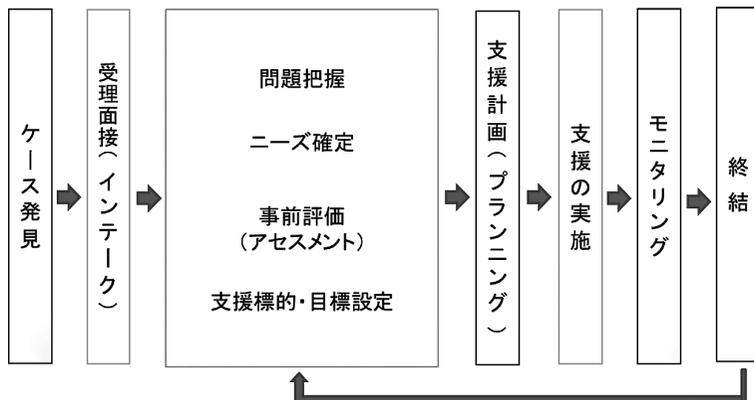


図1 相談援助のプロセス（社会福祉士養成講座編集委員会編 2015, p.102 より引用）

にした。

MSW は、A 氏に専門医療機関での治療について尋ねた。A 氏はギャンブル等依存症という診断をつけられることへの抵抗や病の否認感情が明らかで、経済的な問題を抱えていたこともあり、治療には消極的であった<sup>4)</sup>。生活面では、多額の借金の返済に追われ、精神的ストレスが大きかった。A 氏は、医学的な治療よりも自己破産を検討するために法律家に相談したいと申し出た。MSW は本人の意向を尊重し、自己破産について相談できる弁護士と連携を図ることを A 氏と母親に伝え、初回面接を終了した。

インテーク面接後は、外来診察日以外でも日程を調整して A 氏に来院を促した。面接時には毎回母親が付き添った。A 氏の発言から、将来への不安、孤立感、母との関係性がストレス要因となっていることを把握した。

#### 5.4. 支援計画

MSW はアセスメント情報を整理し、支援の目標を 1) 負債の整理、2) 母親との関係性の変容、そして 3) 治療への動機づけの 3 つを設定した。以下、それぞれについて説明する。

**負債の整理：**負債整理については A 氏および母親も前向きであったため、弁護士を紹介して環境調整を図ることにした。A 氏はこれまで法律家への相談も考えたことがあった。しかし、コンタクトの仕方がわからず、足が遠のいていた。母

親も法律家への相談が大事と考え、A 氏にそのことを促すと A 氏は腹を立てて家から飛び出すこともあり、放置している状況であった。

**母親との関係性の変容：**MSW との面接時に、A 氏は母親の発言に対して立腹するような態度をとり、時には面接を中断せざるを得ないこともあった。しかし、A 氏は母親の存在自体を否定している訳ではなく、過干渉に対してストレスを感じている様子であった。

一方、母親は「すべて息子のため」といった過保護的な考えが強かった。A 氏が若年で神経難病を発症したことへの母としての自責の念や、何とかパチンコをやめさせたいという思いから過干渉な状況が続いていた。ときには母親のみで来院し、MSW に A 氏に対する不安や怒りをぶつけることもあった。親子の関係性を修復するにはある程度の時間が必要と考え、まずは債務整理（環境調整）を優先することとした。

**治療への動機づけ：**債務整理が行われたとしてもギャンブルを続ければ負債は繰り返される。しかし、A 氏はギャンブル依存の治療に消極的であった。A 氏は以前に別の医療機関でギャンブル等依存症の治療を経験していた。その経験による印象はなく「どの病院に行っても一緒」との認識もっていた。新たな治療環境や治療内容について興味を示すものの、A 氏は「仕事を休むことがかえってストレスになる」と述べる。これら状況を主治医と協議し、当面は A 氏に対する行

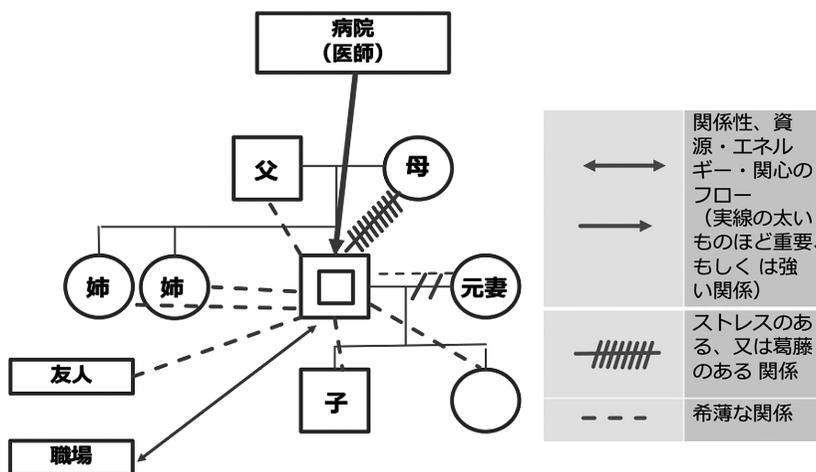


図2 MSW 介入前の A 氏のエコマップ

動制御障害の薬物治療を継続する方針とした。

## 5.5. 支援の実施

### 5.5.1. 環境調整

A氏のニーズにもとづいて債務整理の検討に入った。借金元を確認すると、複数の消費者金融及び親族からの借金が数百万円あり、返済は困難な状態で、本人は自己破産を希望していた。母親は自己破産には賛同せず、返済していくことを望んだ。

MSWは弁護士との連携を図った。過払い金の有無や自己破産について相談を進める中、弁護士から消費者金融の債務整理を提案され、複数あった負債元を1社にまとめることができた。この結果、自己破産はせずに月々返済を続けていくことになった。

債務整理後、MSWが同席する中、A氏は弁護士と返済額と給与との収支を検討した。A氏の収入から無理のない返済額を算出し、A氏の生活費を確保しながら、返済計画を立てた。親族への負債は債務整理の対象外であった。しかし、消費者金融への返済額を整理したことでA氏に経済的な余裕が生まれ、「精神的に楽になった」との発言が聞かれた。母親は、自己破産せずに返済計画が立てられたことに安堵した様子であった。一方、母親は「パチンコをやめなければ繰り返される」との不安も抱いていた。

A氏には、神経難病による今後の生活への不安もみられた。医療機関以外の社会資源として患者会も含め、MSWは県の難病支援センターをA氏に紹介した。A氏は、地域に専門的な相談機関があることに安心感を得た様子であった。

その後、継続的に支援を行う中で、借金返済や将来への不安、希薄な人間関係による孤独感、母親の過干渉に由来するストレスのはげ口としてのギャンブル行為、ギャンブル後の多幸感、そしてギャンブルをやめて自立をしたい思いなどがA氏から話されるようになった。A氏のMSWに対する信頼が生まれてきたことを察知する中、債務整理の方針の目処が立ったところで、あらためてギャンブル依存治療への動機づけを検討することにした。

### 5.5.2. 治療への動機づけ（心理社会的支援）

MSWは、A氏に再度専門機関での治療を提案した。しかし、A氏からまたしても同意を得ることはできなかった。A氏の場合、専門治療を受けるには県外に入院、または遠距離の外来通院しか方法がなかった。仕事を休むと借金の支払いができなくなり、通院費の捻出が困難になることが不同意の主な理由であった。

MSWは主治医と協議し、専門の医療機関へのリファーマではなく、現状で行える心理社会的支援に支援計画を変更した。MSWより主治医にマインドフルネスを用いた介入を提案したところ、同意が得られたため、A氏と母親に当院で提供可能な治療方法としてマインドフルネスのプログラムを提案した。

A氏と母親はマインドフルネスの知識はもっていなかったが、「今の環境を変えずにできることがあるならやってみたい」と述べ、新たな支援計画に同意した。

MSWは、面接室でA氏と母親にマインドフルネス瞑想法の指導を始めた。マインドフルネス体験の感想を求めると、A氏は継続に意欲を示した。そのため、マインドフルネスの音声ガイドを紹介し、自宅や職場で実践を行なってもらうことにした<sup>5)</sup>。また、A氏が支援を受けていたY訪問看護ステーションにも、A氏に対するマインドフルネスのサポートを依頼した。Y訪問看護ステーションには、マインドフルネスを深く学んだ看護師が在籍しており、訪問時にA氏と一緒にマインドフルネスを継続してもらうようにした。

月1回のMSWとの面接と週1回の訪問看護の機会に、A氏はMSWや看護師とともにマインドフルネスを経験することになった。プラクティスでは、自然に湧き起こる思考や身体反応への「気づき」を促し、気づきが得られるごとにMSWや看護師からA氏に肯定的なフィードバックが投げかけられた。A氏は神経難病の影響で、呼吸瞑想を行うと身体に違和感をもつことから、身体動作を用いたマインドフルネス・ストレッチ（マインドフルネス・ヨーガ）を主に実践した。

その後、日常生活のありふれた行動に意図的な

気づきを向けることでマインドフルネスの経験を深めるインフォーマル・プラクティスも導入した。A氏は職業柄、夜間の仕事が多く休憩時間に珈琲をよく飲む。その習慣を用いて珈琲を淹れる際の音や香り、そして口に含んだ時の感覚に注意を向けることもマインドフルネスの練習になるとA氏に伝えた。A氏は、「その方法であれば仕事場でもできる」と述べ、マインドフルネスを日常に取り入れていった。

MSWによる支援開始から6ヶ月が経過した頃、A氏に再ギャンブル行為がみられた。実子の行事に参加した際、実子に会えなかった寂しさから消費者金融に行き、パチンコをしてしまったと自らMSWに申し出た。MSWはパチンコをしたことを責めず、ギャンブル中の身体感覚について尋ねた。A氏は、以前と比べるとパチンコ店に「居場所」的な感覚はなく、そわそわしていたと語った。また、そのときの思考パターンについて尋ねると、A氏は「またやってしまった」という自己嫌悪から自己否定してしまう自分いることを嘆いた。この他にも、母親から監視されているようでそのことが大きなストレスになっているとのことであった。

MSWは、パチンコに行ったことや孤立感を伝えてくれたことに感謝の意を示した。そして、ギャンブル行為を行った社会的要因の一つとして母親との関係に焦点をおいた支援に舵を切ることを訪問看護師と共有した。母親はA氏の給料を管理し、少額の小遣いを日々A氏に渡していた。この状況は支援の初期段階から課題とされていた。母親との信頼関係の構築がMSWによる親子関係への介入条件の1つになると判断し、介入時期を模索していた。

### 5.5.3. 母親との関係性の変容

再ギャンブル行動がみられたものの、MSWと訪問看護師による継続的な支援によってA氏の落ち着いた様子を実感するようになった母親は、金銭管理の方法について耳を傾けてくれるようになっていた。そのタイミングで、A氏、母親、MSW、訪問看護師で金銭管理を話題にした話し合いの場を設けた。A氏から金銭管理は自分で行いたいと申し出があったが、母親は納得しな

かった。話し合いの結果、日々渡していた小遣いを月3回に分割して渡すことで合意された。A氏は、「これまで少額しか手元になく何もできなかったが、自分で計画して使うことで知人と外出することができる」と述べた。

このとき、服薬管理についても話し合った。服薬も飲み忘れや過量摂取がないよう、すべて母親が管理していた。病院にも毎回母親が付き添っており、A氏は過干渉を感じていた。話し合いの結果、1週間分の処方をもとめてA氏に渡し、訪問看護の際に残薬の確認を行なうことで同意された。母親の付き添いは、2回に1回に減らすことになった。母親は、A氏の自立を願いながらも、すべてを本人に任せるとギャンブルを繰り返すのではないかという不安を払拭できないでいた。今回のMSWと訪問看護師との話し合いを通じて、母親は少しずつA氏との適切な距離の取り方に思いを寄せるようになった。

その後、母親のA氏への過干渉は漸減していった。A氏は金銭管理や服薬管理を自ら行い、自由に使えるお金を確保できたことでストレスの軽減につながった。同時に、知人との交流も限られた頻度ながら生まれるようになった。A氏は、知人と出かけた際の様子を訪問看護師に話すようになり、表情にも明るさが見られるようになった。

### 5.5.4. モニタリング

月1回のMSWとの面接及び週1回の訪問看護は継続された。A氏は、外来受診の際もMSWと一緒にマインドフルネスを行い、週1回の訪問看護時には体調管理、服薬確認、そしてマインドフルネスを行った。A氏は、日常生活においても就寝前にマインドフルネス・ストレッチを継続し、職場での珈琲をマインドフルに飲む習慣を身につけていた。

A氏のギャンブル行為の回数は大幅に減少し、生活に支障をきたすことはなくなった。支援開始後に単発的な再ギャンブルは数回認められた。しかし、支援開始6ヶ月目以後、1年3ヶ月の間、消費者金融からお金を借りることなく、ギャンブルと上手に付き合えるようになった。A氏はギャンブルを完全にやめたい気持ちがあり、半年間

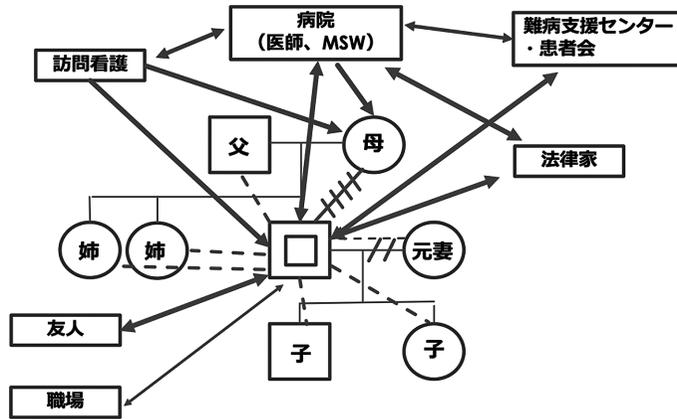


図3 MSW 介入後の A 氏のエコマップ

ギャンブルを行わない期間もあった。しかし、神経難病の病状変化などによるストレスからギャンブルに手を出すこともあった。その際は、ギャンブルに行ったことを訪問看護師へ話し、ギャンブル中やその前後の身体感覚を確認しながらエスカレートしないための対処法を一緒に考えていった。

支援初期段階で、A氏は「パチンコ店は安心する居場所である」と発言していた。しかし、マインドフルネスをベースにした約2年間のMSWと訪問看護による継続的な支援により、A氏は、「パチンコ店は居場所ではなくなった」述べるようになった。むしろギャンブル行為に罪悪感やストレスを感じるようになった。A氏はギャンブルに対する自動的な反応に気づき、自己コントロール力が以前より向上していた。

また、A氏は、難病支援センターから紹介を受けた若年神経難病患者会に単発ではあるが参加することができた。A氏は、暖かく迎え入れてくれる患者会の環境を喜んでいた。

支援開始から2年後のエコマップを図3として示す。支援初期は、A氏は周囲とのつながりは希薄であった。MSWの介入によって、支援の輪が広がりA氏の周囲との関係性も深まった。母親の過干渉によるストレスも介入前に比べて減少した。

## 6. 事例分析

以上、ギャンブル等依存症へのソーシャルワ

ーク事例における支援プロセスを提示した。ここでは事例分析として、事例を通じて得られたMSWの臨床的な判断や介入の工夫など「実践の知」に資する内容をフェーズごとに示したい。

### 6.1. ケース発見

本事例は、主治医（身体科医師）による生活状況の把握からギャンブル等依存症の疑いがもたれた。主治医のアセスメントのみならず、母親からの悲痛の訴えも本症の診断を後押しした。このように、医師の見立てや家族からの相談によってギャンブル等依存症の発見、治療開始、そして環境整備につながることは珍しくない。しかし、ギャンブル等依存症は推定される患者数と実際の治療者数は大きく乖離しており、早期発見が難しいのが特徴といえる。

本事例は主治医の気づきや母親の過干渉がなければ見過ごされ、状態は深刻化していたかもしれない。主訴や症状は別のものであっても、ギャンブルや金銭的な浪費のエピソードが見られる患者に対して、MSWは「待ち」の姿勢ではなく、医療機関内でアウトリーチを考えていく必要があるだろう。アウトリーチはアディクションだけではなく、がん医療や精神科医療など領域を問わずMSWの介入方法の1つとして検討していく余地がある。

### 6.2. 受理面接（インテーク）

インテーク面接では、クライアントの持っている問題に対して、機関が解決のための支援を提供

できるかどうかを決定する。クライアントがなぜ目の前にいるのか、どのような意思で相談室へ来たのか、そしてクライアントの主訴は何かを明確にする必要がある（社会福祉士養成講座編集委員会、2015）。

ギャンブル等依存症の場合、本事例のように医師や家族から促されて MSW のところにやってくる患者がほとんどであり、MSW は非自発的な患者への対応方法を習得しておく必要がある。基本的には、支援への動機づけの弱い患者に対しては、構造化面接のように質問内容や面接の順序を定めて面接に臨むのではなく、主治医や家族の依頼内容を念頭におきながらも患者の思いやコミュニケーションのスタイルに応じて、柔軟に回答していく半構造化面接の方が望ましい。

医師から MSW に迅速な対応が求められる場合、医師は MSW に患者の詳細な情報よりも「転院先の確保」といった「ゴール」のみを伝える場合が少なくない。本事例において、もし MSW が医師の期待するゴールのみにとらわれ、治療施設の情報提供を主眼に面接を行った場合、A 氏はその情報を受け入れることはなかったであろう。むしろ A 氏は MSW への不信をつのらせ、支援の継続は困難になっていたと思われる。MSW は、A 氏の表情や態度から治療への動機づけの弱さを瞬時に察知し、半構造化面接を通じて A 氏との信頼の構築を最初の目標に定める判断をした。

MSW の瞬時の判断は、MSW 自身の継続的なマインドフルネスの経験に助けられたと振り返る。マインドフルネスのトレーニングは、相手との情緒的共感によって自分の身体がうける影響に敏感になり、柔軟に対応するための「準備運動」の効果をもたらす（池埜、2017）。MSW がマインドフルネスのプラクティスを日頃から経験しておくことで、患者の雰囲気や心理的な距離感、そして二人の共振によって生まれるその場の空気感を身体感覚でとらえる感受性を高めてくれる。本事例でも MSW は初対面である A 氏の醸し出す微細な身体の様子、視線、空気感などから、治療機関の情報提供という主治医の依頼に固執することなく、情緒的かわわりを優先した面接を貫くことができた。初回面接で A 氏の治療に対する消

極的な思いがあるがままに受けとめ、対決的な要素を排除したことで A 氏の MSW への抵抗は薄れていき、その後の援助関係の継続につながったと思われる。

### 6.3. アセスメント・目標設定・支援計画

ソーシャルワーク実践において心理社会的アセスメントは礎石であり、援助の要である（大谷、2013）。アセスメントは一方的な情報収集を意味せず、ソーシャルワーカーの培われた面接技術が問われる重要なフェーズとなる。本事例では、インテークにおいて MSW は A 氏の状態を瞬時に体感し、情緒的関与を優先した。A 氏との穏やかな交流を通じ、「今、ここ」を感受しながら「共にいる空気感」を共有した。そしてバイステイック7原則に基づく面接技術を活用しながらアセスメントを行なった（Biestek, 1957）。

MSW のマインドフルネスの経験は、A 氏の感情状態に気づき、先回りしすぎず、A 氏のペースに寄り添いながら伴走するような支援者の態度をもたらしてくれた。マインドフルネスは鍛錬された面接技術の1つというよりは、「今、ここ」にある A 氏の思いを身体感覚としてとらえ、気負いや焦りに支配されず、共にこれからを考えていけるような MSW の心身のあり方を涵養してくれる。「今、ここ」を共有する関係は、A 氏に安心感をもたらし、これまでの生活歴やこれからの希望など A 氏の真意が少しずつ語られるようになった。

目標設定は、A 氏と母親との面接によるアセスメントにもとづく。結果として、MSW は負債の整理、母親との関係性の変容、そして治療への動機づけという3つの目標を設定した。

一方、支援計画策定において重要となったのは、これら3つの優先順位にかかわる判断力である。主治医の MSW に対する支援依頼は、3つ目のギャンブル等依存症への治療環境の提供であった。しかし、MSW はアセスメントを行う中で、A 氏に治療意欲は十分に備わっていないと判断した。ソーシャルワークにおける支援計画の策定では、まず患者が保持する能力を活用して何ができるかが検討される（松山、2015）。A 氏は治療よりも借金を何とかしたいと考えていた。この考

えは、生活を立て直そうとする A 氏の能動的な思いであり、1つの「能力」と見なすことができる。MSW は A 氏の心情を受けとめ尊重することに専念し、専門機関での治療を無理強いしないことにした。

母親との関係性の変容についても、母親の A 氏に対する支配性は長期にわたって形成された共依存的な側面があり、時間をかけた介入が必要と判断した。実際、援助関係を維持する中で、偶然生じた A 氏の再ギャンブル行動をきっかけに母子間の関係性を見直す話し合いのチャンスを得た。もし MSW 主導で母子関係への介入を行った場合、母親による抵抗によって援助関係が損なわれてしまった可能性は否めない。

このようにギャンブル等依存症は複雑な心理社会的側面を有していることが想定されるため、ソーシャルワークにおける目標設定においては、その優先順位と介入時期、そして介入手順の見極めが重要となる。また、本事例のように主治医の依頼とは異なる方向で支援計画を立てる場合、その理由を主治医に説明することが必要となる。MSW の支援計画策定における意図の共有は、医師をはじめとする他職種にソーシャルワークの実際を理解してもらう上で重要な手続きになる。

## 6.4. ソーシャルワーク介入の実施

### 6.4.1. 環境調整

MSW は A 氏の債務処理のために、MSW がこれまで関係を築いてきた弁護士との連携を図った。A 氏のエンパワーメントを考えるのであれば、A 氏が自分で弁護士に連絡するように促すことが賢明であろう。しかし、MSW は媒介機能を優先させ、MSW から弁護士への情報提供を行なって支援構造を形成した。この判断は、A 氏の社会的環境や心理的状况にもとづいている。A 氏はギャンブルによって社会関係が損なわれ、家族と離婚している。実子とも疎遠になり、社会的孤立からさらにギャンブルへのめり込む悪循環を起こしていた。

ギャンブル等依存症の場合、能力的には関係機関と連絡をとることは可能であっても、生活を立て直そうとする意欲が持続せず、うまく情報を得られなかった場合はさらに自信を失い、ギャンブ

ルにまつわる自責の念を強めてしまいかねない。本症のソーシャルワークを考えると、MSW は支援初期段階ではエンパワーメントにとらわれず、関係機関との媒介的役割を優先し、現実的な生活上の変化によって患者の安心感と達成感を高めていくことが重要と判断した。実際、MSW の媒介機能によって弁護士との連携が円滑に行えたことで、A 氏も意欲をもって債務整理を行うことができた。

### 6.4.2. 治療への動機づけ（心理社会的支援）

事例では、MSW は A 氏と母親双方の治療への動機づけには細心の注意を払った。ギャンブル等依存症の治療はその専門機関が担うことが多い。しかし、アディクション全般に通底する問題の1つとして、病識のなさや意欲の問題から患者は治療に抵抗感をもち、症状が深刻化するまで専門的機関につながりにくい点があげられる。

その一方、専門家に限らず社会全体には、アディクション治療は専門機関に任せるべきという考えが浸透している（田中，2021）。A 氏のように専門機関での治療を希望しない患者の場合、MSW の支援の重点はどこに置くべきか。治療意欲のなさを理由に静観するのか、臨床的な関与をもって治療への動機づけを高めていくのか。MSW の判断とアクションは、今後の A 氏と周囲の人々の生活に少なからぬ影響を及ぼす。

本事例では、MSW の約7年にわたるマインドフルネス経験や、筆者らが構築したマインドフルネス実践を支える地域ネットワークが存在していた。このような環境があったため、MSW は A 氏へのマインドフルネスによる介入を主治医に提案することができた。

当然のことながら、マインドフルネスをギャンブル等依存症患者へのソーシャルワーク介入として標準化する段階にはない。心理社会的アセスメントにもとづき、MSW の有する経験と援助技術を動員して検討した結果、A 氏の治療への抵抗感を和らげ、ギャンブルの衝動を抑制するための土台としてマインドフルネスの適用を考えた。

先述のように、マインドフルネスは、指導者と実践者が「今、ここ」を感受し、温かな交流を生み出すことが重要である（池埜・内田，2019）。

事例では、単にマインドフルネスを処方箋として提供するような指導方法ではなく、A氏とMSW間に信頼関係を構築したうえで実施した。この臨床的な介入は、その後のA氏の生活全般に対する心理社会的支援を展開する起点となった。

MSWは焦らず、A氏との援助関係を深めながらマインドフルネスを導入していった。また、マインドフルネスをA氏が一人で行うプラクティスにはせず、訪問看護師を巻き込み、地域で支援者と一緒に行える環境を構築した。潜在的にうつや孤立感を有するギャンブル等依存症患者にとって、継続的な人とのかかわりそのものが回復への足がかりにもなる。

筆者らは2019年よりマインドフルネス研究会を立ち上げ、そのネットワークを活用してコミュニティの中で継続的にマインドフルネスを提供できる体制を構築してきた。筆者らのコミュニティによって構築された支援構造は、結果的にA氏によるマインドフルネスの継続を支えたと考えられる。

#### 6.4.3. 母親との関係性の変容

MSWは、母子関係への介入は容易ではなく、母親の認識を変えるためには時間をかけながら一歩一歩進んでいく必要があると考えていた。ギャンブル等依存症の家族は、アディクションの家族と同様、何度も行為をやめさせようとしては失敗している。そして、患者への怒りと無力感にさいなまれ、やがては支援者の立場から脱落してしまうことが多い(西川, 2012)。今回、母親との援助関係を保つことは、A氏を孤立させず、長期にわたる回復プロセスに適切にかかわってもらうために不可欠であった。

A氏への怒りをぶつけるなど緊張に満ちた母親との面談において、MSWは関係を崩すことなく対応できた。それは、マインドフルネスの経験を通じて得られたコンパッション、すなわち共感とは異なる身体感覚から生じる相手への慈しみの心性によって母親の怒りややるせなさを受けとめることができたためと感じている。

コンパッションとは、認知レベルを越えた身体感覚としての人の苦悩を取り除きたいと願う慈しみに満ちた感覚である(Siegel & Germer, 2012)。

MSWは、日ごろからのマインドフルネス・プラクティスによってコンパッションの在処を感じ取る経験をしてきた。母親の過大な訴えに対し、自然発生的に生じる「母親の苦しみを和らげたい」という感覚を感受することで、MSWは関与しようとする態度と冷静さを同時に保つことができた振り返る。

母親にA氏の金銭管理や服薬管理について切り出すには、6ヶ月を超える時間を要した。A氏の変化や母親との関係性を考慮し、粘り強く介入時期を検討できたのは、マインドフルネスによってもたらされたMSWの援助を見通す落ち着きとA氏、母親との信頼関係の進展がポイントになったと考えられる。

#### 6.5. モニタリング

MSWは、A氏の生活環境の整備やストレス低減に向けたかかわりは今後とも必要であると考えている。具体的には、A氏と母親との関係の見守り、長期にわたる負債の返済、神経難病の進行に伴う生活への支障、実子との関係、そしてマインドフルネスの継続などが支援継続の判断要因となる。

本事例におけるマインドフルネスのギャンブルに対する抑止効果は評価が難しい。今後、客観的なA氏の行動の見守りと、A氏の主観的なマインドフルネスの影響を確認する必要がある。また、A氏は「MSWや訪問看護師と話せることでギャンブルを手放せる」と話しており、マインドフルネスを通じて培われたMSWや訪問看護師との関係性がA氏のギャンブル行動に与えた影響を把握することも重要と考える。

#### 7. おわりに

今回の事例研究は、ギャンブル等依存症に対するソーシャルワークを考えるための実践的示唆を明らかにした。それは、患者の非自発性への臨床的関与、積極的なアクションを伴う媒介機能、バランスのとれた家族への関わりと関係修復の道筋を見分ける判断力、そしてマインドフルネスの実践応用といった点に集約される。

マインドフルネスは、アディクションの行動抑

制のための臨床法として、ソーシャルワーカーが学ぶメリットは大きい。マインドフルネスは、認知行動療法による介入レパトリーになるだけでなく、ソーシャルワーカー自身が体験することで冷静な判断や持続的な援助関係の構築に寄与することが事例から読み取ることができた。

同時に、ギャンブル等依存症患者にとってマインドフルネスを継続して取り組める環境作りが望まれる。事例から、マインドフルネスの実践を通じた孤独感からの解放は、ギャンブル行動の抑止につながる可能性が読み取れた。そのため、コミュニティワークによる地域連携の構築などメゾ・レベルの介入も、マインドフルネスにもとづくギャンブル等依存症のソーシャルワークを考える上で重要となる。

ギャンブル等依存症へのソーシャルワーク実践は検討の初期段階にあり、しばらくは事例から実践の示唆を抽出し、蓄積していく段階が続くだろう。本研究がその端緒になることを期待する。

## 注

- 1) 「ギャンブル等依存症」は、ギャンブル等依存症対策基本法で「ギャンブル等（法律の定めるところにより行われる公営協議、ばちんこ屋に係る遊技その他の射幸行為）にのめり込むことにより日常生活又は社会生活に支障が生じている状態」と定義されている。本稿では主に用語として「ギャンブル等依存症」を用いるが、引用元が「ギャンブル依存症」、「ギャンブル障害」と用いている場合はそのまま使用した。
  - 2) SOGS (South Oaks Gambling Screen) : アメリカのサウスオクス財団が開発した病的ギャンブラーを検出するための自記式スクリーニングテストである。原版の質問数は16問だが点数にはならない質問が4問含まれている。ギャンブル障害に関する国内外の疫学調査で数多く採用されており、わが国では、2008年、2013年、2017年の全国調査で用いられた。得点範囲は0点～20点で報告書では、SOGS 合計得点が5点以上の者を「ギャンブル等依存が疑われる者」としている（独立行政法人国立病院機構 久里浜医療センター 2021: 14）。
  - 3) キュー（手がかり刺激）・エクスポージャーは、条件刺激（とくに外的なキュー）に曝し続けることによって条件反応を消去する（生じる渴望が十分に低減するまでキューへの接近を行うことによ
- て、キューに対する新たな学習を試みる）技法（田中 2019: 12-3）。
- 4) インテーク時はコロナウイルス感染症が拡大した初期であり、県外への移動が制限されていた時期でもあった。
  - 5) マインドフルネスを導入する際は言葉使いにも配慮し、「瞑想」という言葉は使用せず「呼吸法」と伝えている。また音声ガイドは下記のものを使用した。池埜聡研究室「マインドフルネス瞑想ガイド」（<https://mindfulnesslabo.com/audiodata.html>）

## 参考文献

- Biestek, F. P. (1957) *The Casework Relationship* (尾崎新・福田俊子・原田和幸訳 (2006) 『ケースワークの原則：援助関係を形成する技法』誠信書房)。
- Bowen, S., Chawala, N., & Marlatt, G. (2011) *Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors: A Clinician's Guide* (檜原広大訳 (2016) 『マインドフルネスに基づく嗜癖行動の再発予防：臨床家のための手引き』日本評論社)。
- 中央社会保険医療協議会 (2019) 「個別事項 (その10)」 『中央社会保険医療協議会総会 (第434回) 議事次第』 (<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000568660.pdf>) (2023/10/30)。
- Grant, S., Colaiaco, B., Motala, A., Shanman, R., Booth, M., Sorbero, M., & Hempel, S. (2017) Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Addiction Medicine*, 11(5), 386.
- 池埜聡 (2017) 『福祉職・介護職のためのマインドフルネス：1日5分の瞑想から始めるストレス軽減』中央法規出版。
- 池埜聡 (2019) 「ソーシャルワークの価値の体現に資するマインドフルネス：“Bare Attention” からの脱却と社会正義の発露に向けて」 『人間福祉学研究』 12(1), 103-127.
- 池埜聡・内田範子 (2019) 「マインドフルネスの多様性に呼応する指導者養成の課題：UCLA Training in Mindfulness Facilitation (TMF) の経験を踏まえて」 『Human Welfare』 11(1), 55-69.
- 池埜聡・内田範子 (2020) 「『第2世代マインドフルネス』の出現と今後の展望：社会正義の価値に資する『関係性』への視座を踏まえて」 『Human Welfare』 12(1), 87-102.
- 井上祥明・井上絃治・玉野緋呂子・小野上智也・石井由起子・荒金智子・小城智美 (2023) 「マインドフルネスとソーシャルワーク」 『精神療法』 49(4),

533-537.

岩間伸之 (2004) 「ソーシャルワーク研究における事例研究法：『価値』と『実践』を結ぶ方法」『ソーシャルワーク研究』29(4), 286-291.

Kabat-Zinn, J (1990) *Full Catastrophe Living* (春木豊訳 (2007) 『マインドフルネスストレス低減法』北大路書房).

小林亜希子・石黒香苗・高橋郁絵・久保井尚美・城間勇・小林桜児 (2020) 「マインドフルネスに基づくアディクションの再発予防プログラム (MBRP) : 依存症回復施設利用者を対象とした予備的実践報告」『日本アルコール関連問題学会雑誌』22(1), 107-113.

小嶋章吾 (2006) 「ソーシャルワーク研究・養成教育における事例研究の方法」手島睦久編『社会福祉専門職国家資格化後におけるソーシャルワーク実践事例の収集・評価による実践方法の標準化に関する研究・平成16年・17年度総合研究報告書』(<https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2004/041011/200400155A/200400155A0003.pdf>) (2023/11/8).

厚生労働省 (2020) 「依存症対策について」依存症対策全国センター (<https://www.ncasa-japan.jp/pdf/document18.pdf>) (2023/11/8).

久里浜医療センター (2021) 「令和2年度依存症に関する調査研究事業」『ギャンブル障害およびギャンブル関連問題の実態調査』報告書 (<https://www.ncasa-japan.jp/docs/research-report>) (2023/10/30).

Li, W., Howard, M. O., Garland, E. L., McGovern, P., & Lazar, M. (2017) Mindfulness treatment for substance misuse: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 75, 62-96.

松下幸生 (2018) 「ギャンブル障害：現状とその対応」『精神医学』60(2), 161-172.

松下幸生 (2023) 『依存症対策全国センターについて』 (<https://www.ncasa-japan.jp/addiction-center>) (2023/11/8).

松山真 (2015) 「相談援助の展開過程Ⅰ」社会福祉士養成講座編集委員会編『新・社会福祉士養成講座7 相談援助の理論と方法Ⅰ第3版 (pp.96-136)』中央法規出版.

三毛美予子 (1997) 「エンパワーメントに基づくソーシャルワーク実践の検討」『関西学院大学社会学部紀要』78, 169-185.

日本医療研究開発機構 (2018) 『標準的治療プログラム : Standardized Treatment Program for Gambling Disorder (STEP-G)』 ([https://kurihama.hosp.go.jp/research/pdf/tool\\_book\\_gamble\\_stepg.pdf](https://kurihama.hosp.go.jp/research/pdf/tool_book_gamble_stepg.pdf)) (2023/10/30).

日本ソーシャルワーカー連盟 (2023) 『ソーシャルワーク専門職のグローバル定義』 ([https://jfsw.org/definition/global\\_definition/](https://jfsw.org/definition/global_definition/)) (2023/11/8).

日本マインドフルネス学会 (2023) 『マインドフルネスとは』 (<https://mindfulness.smoozy.atlas.jp/ja>) (2023/10/30).

西川京子 (2013) 『依存という病癪の物語：家族が苦悩から新生に向かう支援』あるほんんと文芯房.

岡田洋一 (2011) 「ギャンブル依存症へのソーシャルワーク：私の実践報告」『精神保健福祉』42(2), 112-115.

大谷京子 (2013) 「ソーシャルワークにおけるアセスメント：研修プログラム開発の枠組み」『日本福祉大学社会福祉論集』129, 1-13.

Ramadas, E., Lima, M. P. D., Caetano, T., Lopes, J., & Dixe, M. D. A. (2021) Effectiveness of mindfulness-based relapse prevention in individuals with substance use disorders: A systematic review. *Behavioral Sciences*, 11(10), 133. (<https://doi.org/10.3390/bs11100133>).

社会福祉士養成講座編集委員会 (2015) 『新・社会福祉士養成講座7：相談援助の理論と方法Ⅰ第3版』中央法規出版.

Siegel, R. D., & Germer, C. K. (2012) Wisdom and compassion: Two wings of a bird. In C. K. Germer & R. D. Siegel (Eds.), *Wisdom and Compassion in Psychotherapy: Deepening Mindfulness in Clinical Practice* (pp.7-34). Guilford.

杉本恵申 (2022) 『診療点数早見表：2022年4月版』医学通信社.

田中和彦 (2021) 「アディクションとソーシャルワーク：わが国における理論研究の概観」『日本福祉大学社会福祉論集』143/144, 99-109.

渡部律子 (2015) 「相談援助のためのアセスメント技術」社会福祉士養成講座編集委員会編『新・社会福祉士養成講座7：相談援助の理論と方法Ⅰ第3版 (pp.182-204)』中央法規出版.

## Social work practice for gambling addiction: A case study of sustainable mindfulness system through community collaboration

Yoshiaki Inoue\*<sup>1</sup> Tomoya Onogami\*<sup>2</sup> Koji Inoue\*<sup>3</sup> Yukiko Ishii\*<sup>4</sup>  
Hidemi Hanaki\*<sup>5</sup> Michiyo Karashima\*<sup>6</sup> Chiemi Kojo\*<sup>7</sup> Satoshi Ikeno\*<sup>8</sup>

### ABSTRACT

In recent years, more people in Japan are struggling with gambling addiction, causing serious mental health concerns. Unfortunately, there are not any approved medications for this issue yet, so we mainly rely on psychosocial support for treatment. Many medical institutions use cognitive-behavioral therapy, especially focusing on “mindfulness,” as a key approach. Dealing with gambling problems involves more than just individual therapy. We also need to think about broader life issues such as family conflicts, employment, and financial problem that people with gambling addictions often face. This paper focused on how social workers in healthcare are working with gambling addiction. The authors created support systems that encourage mindfulness through community efforts and providing psychosocial support for a patient and his family. This paper not only shows how social work can make a difference in working with gambling addiction but also gives practical implications for making social work more effective in these situations. By looking at both the personal and social aspects of the problem, we expect this work contributes to finding better ways to help people dealing with gambling addiction.

**Key words:** gamble addiction, social work, mindfulness, community collaboration, psychosocial support

- \* 1 Medical Social Worker, Regional Medical Liaison Office, Nursing Department, National Hospital Organization Beppu Medical Center
- \* 2 Medical Social Worker, Medical Empowerment Station “Jinya no Sato”
- \* 3 Medical Social Worker, Regional Medical Liaison Office, Nursing Department, National Hospital Organization Kokura Medical Center
- \* 4 Psychiatric Social Worker, Labor Bureau of Oita Prefecture
- \* 5 Medical Social Worker, Regional Medical Liaison Office, Kyushu University Beppu Hospital
- \* 6 Psychiatric Social Worker, MacNetSystem, Non-Profit Organization
- \* 7 Nurse, MacNetSystem, Non-Profit Organization
- \* 8 Professor, School of Human Welfare Studies, Kwansei Gakuin University