

警察政策学会資料 第102号
平成30（2018）年9月

ゲーミング障害研究国際シンポジウムの記録

警察政策学会

ゲーミング政策研究部会

まえがき

酷暑の中、第196回国会で「ギャンブル等依存症対策基本法（いわゆる議員立法、以下依存症対策法）」（7月13日公布、法律第74号）及び「特定複合観光施設区域整備法（以下IR整備法）」（7月27日公布、法律第80号）が成立しました。

IR整備法第一条（目的）には「健全なカジノ事業の収益を活用して…特定複合観光区域の整備を推進することにより…観光及び地域経済の振興に寄与するとともに、財政の改善に資することを目的とする。」と定められていて、カジノの設置、運営を前提にしているところ、カジノについては刑法の賭博罪の違法性阻却の成否のみならず社会に与える影響について種々の議論が重ねられてきました。

その中で、関心を集めたのはいわゆる「ギャンブル等依存症」であり、「依存症対策法」はカジノ設置を念頭に置きつつ、そうした懸念への対応策として立案されたという一面があります。また、ぱちんこもギャンブル「等」に含まれ、同法の適用対象となっています。

ゲーミング政策研究部会では各種ゲーミングの治安に与える影響やゲーミング政策について部会員がそれぞれの立場で調査・研究を進めています。

本資料は、佐々木、齋藤両部会員がゲーミング障害国際シンポジウムにコーディネーターとして参加し、その内容を取り纏められたものであります。依存症と呼ばれているものは何なのか、ゲーミング「障害」と「ギャンブル等依存症」という用語の違い、ゲーミング障害に関する研究や対策の現状などについての理解に資するものと思いますので、参考にしてください。

ゲーミング政策研究部会長 津和 孝亮

シンポジウムの概要

本資料は、平成 29 (2017) 年 3 月 18 日 (土) 13 時 - 17 時、東京都文京区白山の東洋大学白山キャンパスにおいて、日本学術振興会・科学研究費助成事業 16K02085 の助成を受けて開催された、日本ゲーミング障害研究国際シンポジウムの結果を記録したものである。

シンポジウムの開会にあたって…………… P1

○報告 1 「日本における依存症調査の概要について」

河本泰信医師

(独立行政法人国立病院機構・久里浜医療センター・精神科医長) …… P2 ~ 19

○報告 2 「シンガポールの依存症対策について」

クリストファー・チョク博士

Dr. Christopher Cheok Cheng Soon。シンガポール国立依存症サービス

管理機構・代表(NAMS : National Addiction Management Service) …… P20 ~ 29

○報告 3 「米国の依存症対策について」

ケン・ウインタース博士

Dr. Ken Winters。責任あるゲーミングのための全米センター・科学

諮問委員会前委員長 (Chairman of NCRG Scientific Advisory Board,

The National Center for Responsible Gaming NCRG) …… P30 ~ 40

○質疑応答

1 講演者間の質疑応答 …… P41 ~ 56

2 フロアーの参加者からの質疑応答 …… P57 ~ 58

司会、コーディネーター

佐々木一彰 東洋大学国際観光学部・准教授

(警察政策学会内ゲーミング政策研究部会会員)

コーディネーター

齋藤尚雄 弁護士

(警察政策学会内ゲーミング政策研究部会会員)

他にゲーミング政策研究部会会員若干名が、フロアーに聴衆として参加した。

シンポジウムの開会にあたって

司会 佐々木（東洋大学）

皆さまこんにちは。本日はお休みの中、多数の方々に出席していただきまして大変感謝しております。私は東洋大学に勤務しております佐々木一彰と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

本日のスケジュールは、お手元の議事次第というところに書いてあるとおり、3人の報告者に1時間ずつお願いしております。

報告1ですが、独立行政法人国立病院機構久里浜医療センターの精神科医長であります河本先生に報告をしていただきます。

報告2といたしましては、シンガポール国家依存症サービス管理機構 NAMS 代表でありますドクターチョクに報告をいただきます。

その後、米オレゴン研究所研究主幹であり、責任あるゲーミングのための全米センター NCRG、科学諮問委員会前委員長でありますケン・ウィンタース先生に報告3をお願いします。

その後、質疑応答が4時から5時まで設けてございまして、こちらはコーディネーターの斎藤が担当させていただきます。講師間の質問及びフロアーからの質問をいただきまして、5時に閉会とさせていただきますと思っています。

大変長丁場でございますが、どうぞ、非常に貴重な機会でございますので、ご参加のほど、よろしく願い申し上げます。

それでは、第1報告を久里浜医療センターの河本先生にお願いします。

報告 1

「日本における依存症調査の概要について」

河本泰信医師（独立行政法人国立病院機構・久里浜医療センター・精神科医長）

ただ今紹介していただきました、久里浜医療センターでギャンブル障害の外来診療と研究を担当しています精神科医の河本と申します。よろしく申し上げます。今日はギャンブル障害の現状と診断治療というところで、日本における、特に久里浜医療センターでの実践も含めました報告をさせていただきます。

●久里浜医療センターにおける活動の概略

まず概略ですけれども、現状と診断基準。現状の中にはさまざまな幾つかの今日本における疫学調査、実態調査が進んでおります。大きくいうと2つ進んでいます。その2つの実態調査について少し概略もここで話しさせていただきます。

それからあと、2つめにギャンブル障害についての診断基準。日本での治療実践の中で気づき、私なりに考えてきました診断基準の概略の話をさせてもらいます。

ギャンブル障害、ギャンブル依存症といわれていますけれども、一体本当の根本的な一番問題となる症状は何なのかと。借金し過ぎることなのか。借金ぐらいすることもあろう。となると何が問題なのかという、ギャンブル障害の病態の根っこにある中核症状の話をさせてもらいます。

その根っこにある病態をどういうふうに理解するのか。「病気だ、病気だと言っているけれども、脳の病気なのか。いや、単なる考え違いなのか。いや、性格の問題なんだろうか」と、この病態を考える上で幾つかの仮説モデルがあります。その話が4番目です。

その中で、私が一番実践的にやりやすいと考えていますモデルに基づく治療プログラム。久里浜医療センターで、約百十数人の方の介入をしました。その成果の報告も5番でさせていただきます。大体そういう流れです。それなら順番にいきます。

●ギャンブル障害の現状

まず現状です。ギャンブル障害、ギャンブル依存症といってどんな人をイメージするのかなというところですね。私が最初にギャンブル障害、ギャンブル依存症の方の診療、患者さんを診ようと思ったのは、もう十数年以上前ですが、最初に、そのころは岡山の病院に勤めていましたけれども、岡山の病院で、「ギャンブル外来を始めますよ。ギャンブルで困っている方、家族の方、来てくださいよ」というのを始めたんです。なぜ始めたかという、病院の患者数が少ないので院長から患者数を増やせと言われてまして、アルコール薬物だけでは足りない。ギャンブルが何か病気らしい。そのころは病気らしい。じゃ、取りあえずそれをやろうということで始めました。

来る人は借金まみれになって、もうにっちもさっちもいなくなった、どうしようもない人た

ちが困って来るんじゃないかと思ったんですね。どうしようもない人たちは確かに来るんですが、ただ背景としては、ここに書いてありますように大部分が男性ですが、平均年齢40代、結婚されていて学歴も比較的高く、もちろん仕事もあるんですね。朝から晩までずっとギャンブルしているわけじゃないんですね。一見ごく普通のサラリーマンの方、一見社会適応のいい主婦の方が来られているんですね。ただ同じように、これは久里浜のデータなんですが、久里浜で113人の方のデータも似たような感じの中高年のサラリーマンの方、家庭と仕事のある方が主体です。

●家族歴やうつ病の存在

ただ、特徴的なのは嗜癖（しへき）関連家族歴ですね。要は子供のころ、両親もしくは祖父母にアルコールもしくは薬物もしくはギャンブルの問題がありましたという方の割合が4割ぐらいいを占めているんですね。これは他の病院の調査でも3割ぐらいいあります。それから精神科合併症・併存症ですね。どんな精神科の病気を併存しているかということ、主にはうつ病を主とした気分障害の方が多いいんですね。

ただ注意していただきたいのは、ギャンブル障害でうつ病、そりゃギャンブルで大借金して、つらくなってうつ病にもなるわなと思うかもしれませんが、実は話は全く正反対でして、この精神科併存症のうつ病の方も含めた併存症のうち9割はギャンブルの問題が出る前からあるんですね。残りの1割は、ギャンブルの問題と大体並行して同時に起きているということで、どうもギャンブル障害と精神科併存症が問題になるんですが、実はギャンブルの問題が出る平均7年8年ぐらいい前から、そういう他の精神科の病気、主としてはうつ病ですが、があるんだということですね。自殺企図歴もやっぱり高いです。受診するまでに2割近くの方が自殺を図ったことがある。これは日本人の平均からいうと圧倒的に多いいですね。破産はそんなに思ったほど多いいはないです。破産せずに我慢するということが多いいのかもしれないですね。

受診に来られる方は大体20歳前ぐらいいからギャンブル、この場合は遊技を始めています。それで10年ぐらいいたって30歳手前になると、仕事に支障が出てくる、借金が始まるなどの問題ギャンブルが発生します。問題ギャンブルが発生して10年ちょっと経ってから受診になるということです。受診するときは大体40前後の方が受診されますね。パチンコ、スロットが8割以上、9割近くを占めています。借金の平均は500万。犯罪行為は横領が多いいんですけれども、職場での横領ですね。物品の横流し、あるいは直接現金の横領も含めた行為が2割弱ですね。なので、一見普通のサラリーマンの方なんですが、背景を見ると、どうも精神科の問題、あるいは、子供のころからの家族の問題を抱えている方が比較的多いいかなというのが背景であります。

来られる方は病院まで来るんだから、すごくギャンブルをやめたくて来るのかなと思うんですが、そんなことはないんですね。ここに書いてありますように、明瞭にやめたいという方は半分ちょっとなんです。あとの方は、家族に言われて嫌々連れてこられます。家族の言うことを聞かないと借金の肩代わりをしてくれませんから、仕方なしに来るんですね。やめたくて来ましたという方の話も詳しく聞くと、やっぱり病院に来て何とか治す努力を示さないと、家族に見放される、女房が出ていってしまうなんて話になるので、だから、この決意ありが半分ですから、実はもっと少いいん

ですね。そんなのでどうするのかと思うかもしれませんが。それはまた後の話ですね。

●診断基準 DSM

DSM（精神障害の診断と統計マニュアル。英語：Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders。出典ウィキペディア）というのが後で出てきますが、ギャンブル障害の重症度を見る項目数です。全部で9つあるんですが、だんだん増えていきます。4つ以上になるとちょっとギャンブル障害と診断しましょうかという基準があります。それから5つ、6つ、7つ。来る方は7.58ですから7つから8つぐらいです。だから、9つのうち7つから8つぐらいを満たすぐらい当たり前ですかね。病院にまで来るわけですから、家族に連れられて来るわけですから、当然中等度から重度の方が多いということです。自助グループの参加の方は1割から2割ぐらいですね。大体こんな方が受診に来られます。そうですね。少しそんなイメージで見てください。もちろん社会の中にいるギャンブル障害の方からいけば、病院に来る方なんですから当然ここにあるように重症度ですね。ギャンブル障害というのはDSMでいえば4点以上なので、4点5点の人は来ません、そんな軽い人はね、ギャンブル障害であってもね。やっぱりこれぐらいの点数の方が。

●ぱちんこの問題

それはそれで、病院に来る方のイメージを持っていたいたのですが、あと、社会全体の中のギャンブル障害を考えた場合、非常に日本の場合、出現率が高いんじゃないかといわれていますね。過去2回の調査で、SOGS（South Oaks Gambling Screenの略。ギャンブル障害の代表的診断基準の一つ）というスクリーニングテストを使った調査なんですけど、5%、500万人とかいわれていますよね。男女平均で5%、500万600万人ぐらいのギャンブル依存症、ギャンブル障害の疑いの人がいるというのはすごく高いなと思います。ただ、それはおそらく非常にあまりやすい。世間、地域に非常に広くあります。パチンコ、パチスロと呼ばれている遊技ですね。パチンコ、パチスロはギャンブルではないですが、賭け事という意味ではギャンブリングの一つだと思いますね。自分のあるものを賭けてリスクを置いて、その価値が上がることを期待するという意味ではギャンブリングになるんでしょうが、ギャンブル障害の中でパチンコ、パチスロの割合が圧倒的に当然高いです。8割から9割です。これは全国調査でも、それから病院における調査でも、先ほどありましたように高いです。

どうもパチンコ、パチスロ率が高いということは、確かにはまりやすい、行きやすい。非常に入りやすいし仕事帰りに、つっかけ、サンダル履きで休日でも仕事帰りでも1時間でもちょっとした時間でも行きやすいという意味で、確かにはまりやすいんですが、別の、私は日工組社会安全研究財団（警察庁監督下の公益財団法人）というところから委託されてパチンコ、パチスロののめり込み、依存の研究も他の方と一緒にさせてもらっているんですが、そこで行ったネット調査では、パチンコ、パチスロでギャンブル障害になった方に、障害が診断された方に、その後、ギャンブル障害の問題が1年以上なくなった方がどれぐらいいるか。後で出てきますが、これを自然回復と一応呼びましょう。自然回復される方が48%、約半分ぐらいはギャンブル障害になった

後でも、その後1年以上問題が全くありませんという方がおられるんですね。もちろんその方もまた問題が出るかもしれません。ただ、いわゆる寛解と呼ばれているんですが、非常に寛解（症状が落ち着いて安定した状態）率が高いんじゃないかということですね。

●ギャンブラーの種別

これは今言った障害ギャンブラーがあって、レジャーギャンブラーがあって、プロフェッショナルギャンブラーがあってというのがね。ギャンブラーは大体3つに分けられるとされています。これが大体その国、その地域の中で、国の中でどれぐらいの割合でいるかというのはさまざま、国によって違うと思います。どうもある断面から見ると、日本の場合は他の諸外国と比べて障害ギャンブラーに該当する人たちが比較的多いのは間違いないと思います。

ただ先ほど言ったように、これは障害ギャンブラーになった方でも、そこからまたレジャーギャンブラーに戻ったり、プロギャンブラーに戻ったり、どうもこれをぐるぐると繰り返す、非常に流動的なものじゃないかと考えられます。言い換えたら障害ギャンブラーも、先ほどのように日本において最も特徴的なパチンコ、パチスロに限っていえば、半分ぐらいの方は1年以上他のレジャーに移行する。つまり寛解してしまうということですね。

他の外国の調査でも、そうですね、7割ぐらいは回復するんじゃないとか、いろんな調査があります。それは文化とお国が違うんで比較はできませんが、日本の場合はこれぐらい移行する。またそこから他のレジャーに移行して、またそこからパチンコ、遊技をもう一度小遣いの範囲でするというパターンもあります。また、その中の一部の人が一時的に障害ギャンブラー、ギャンブル障害を満たしたりというかたちでまたぐるぐる回るんですね。

●重症化する例

これがきつとギャンブラーの自然の生態といいますか、流れだとしたら、問題なのは何らかの重症化因子、リスクを抱えた方。思い出してくださいね。先ほどの病院の調査の中で合併症のある方、子供のころ、家庭の中にギャンブラーがいた。変な話ですね。父親がギャンブルで問題があったら、大きくなったら、その子は絶対にギャンブルから遠ざかってやめるんじゃないかと、絶対しないんじゃないか、むしろそのほうが安全、そういう子のほうが安全じゃないかと思うかもしれませんが、実は精神医学的には全く逆でして、父親のギャンブルの問題を子供のころから間近で見ていると、もちろん、あんなおやじにはならないと固く決意するんですが、子供のころは、だんだん大人になってくると、何でおやじはあんなに楽しそうにしていたんだろうか、母親からあんなに怒鳴られて、あるいはけなされてもやっていたんだろうかという親の謎を解こうとするんですね。

どうもそういう、よく分からないですね。こちら辺はさまざまな心理仮説に基づくんですが、ただ具体的などんな仮説、仮説はいいんですが、いろんな解釈はできるんですが、ただ事実として非常に高い率で、おやじが問題ギャンブラーならその子も問題ギャンブラーになる、これはアルコール依存症の場合も一緒ですけれども、という傾向があります。そういう重症化因子を抱え

ていると、どうも障害が固定されて、なかなかこのぐるぐるサイクルに乗れない、いわゆる非自然回復例になるんですね。あるいは重症化例、複雑化例、慢性化例と呼ばれているんです。

どれぐらいいるのかという話なんですけれども、これも国によって、社会によって違うんですが、日本の場合はどれぐらいいるのかな。障害ギャンブラー自体は多いです。ただ、その中で、この固定化しちゃう人はどれぐらいいるのかなというのが今後の大きな課題です。そういう固定化した方の場合は、後で出てきます介入が要ります。変な話、自然にぐるぐる回る人はそんなに大した介入は要らないんです。してもいいんですけれども、問題なのはこの重症化因子を抱えた方にどう介入するかということなんですね。介入することで他のレジャーに移行して貰おうということが介入のポイントです。

●いくつかの診断基準

そういうわけで、さっき調査の話了幾つかしましたが、過去の調査では生涯を基準に見るのか、過去1年を見るのか。あるいは SOGS という指標で、500 万人というのは SOGS という指標を使っていますけれども、SOGS は調査票が生まれてから現在までをざっと見るという意味で非常に問題は拾いやすいんですけれども、本当にこの人が問題なのか、深刻なのかという人以外もたくさん拾っちゃうんですね。あと、それから借金の問題、金銭的な問題を主に聞いていますから、日本のように、「ちょっとパチンコ代がないから、今日貸してくれんか」とか、あと、家の家計から少しパチンコ代拝借なんていう文化ですね。そういう文化のある日本では、過剰にそれを深刻と取られちゃうかもしれません。もちろん奥さんにとっては深刻かもしれませんが、その方のギャンブルへののめり込みの深刻度とはまた違いますから、気軽に貸し借りしてしまうという意味では、SOGS だと過剰に拾ってしまうということがあります。

●パチンコには別個の診断基準が有効

なので、今後有効な尺度としては、本当に介入の必要な有病率を見るには世界標準尺度、SOGS の基本、SOGS の基になっている DSM - 5 と呼ばれているアメリカ精神医学会の基準を使うか、あるいは、日本はそういうふうにパチンコ、パチスロが大部分を占めているとしたら、そういう入りやすく、ある意味抜けやすい、はまってもその後抜けやすいという特徴を持つパチンコ、パチスロに特化した、そこでそのパチンコ、パチスロにはまっている人の重篤度を見るような尺度が要るんじゃないかということになります。

現在進行中の疫学調査は、厚生労働省が日本医療開発機構に委託して行っています DSM - 5 とか PPGM、幾つかの外国の尺度を基にした、幾つかを組み合わせた全国調査というのを厚生労働省がやっています。もう一つは、これは私が所属しているんですが、お茶の水女子大学と日工組社会安全研究財団（警察庁監督下の公益財団法人）によるパチンコ・パチスロ遊技障害尺度 PPDS（Pachinko-Pachislot Playing Disorder Scale）を使用した調査というのも並行して行われています。どちらも大体この1月から2月にかけて行われています。

まだどちらも正式な結果は出ていませんけれども、厚生労働省の調査のほうは SOGS、DSM - 5、

その他の外国の調査票を複数使って行っています。

ただ、私が所属しているから特に言うわけではありませんが、今日はどちらかといえば、PPDSのほうをお伝えしようと思います。皆さん方の資料には小さい字で書いてありますが、細かく読んでくれたらいいんですが、要は27項目の調査票を全国で大体9,000人の方に配りまして、それに回答していただく。調査員がその後受け取りにいて調べるという形で行いました。

項目の一つずつはまた見ていただくとして、PPDSの特徴としては、まず日本で独自に作っているんで、外国との共通性とか、勝手に日本でつくって勝手にこんなのですと言ったんでは、海外との比較あるいは信頼性がないですから、既存のギャンブル尺度、さっきのDSM-5というアメリカ精神医学の基準、それから過去2回行われたSOGSという基準、PGSI、AGRIと幾つかの外国の基準と関連していますよ、相関関係がありますというのは確認されています。

● PPDSは診断基準として有効

また再々ギャンブルに行く人、たくさんお金を使っている人ほどPPDSが重症になるというのは関連性がないと意味がないので、これも相関しています。二度三度調べても、その大きな変動はないですよというのを確認しました。つまり少なくとも従来の諸外国の尺度と比べても同等もしくはそれ以上の効力というか、使えますよということを確認しました。これは最低限の基準ですね。新しい尺度をつくる上での必要最低限の基準です。

その上で、このPPDSは具体的かつ多角的な質問なんですね。通常の質問では、ギャンブルが原因で人間関係、社会関係、仕事関係が悪くなりましたかという質問が一つあるんですが、27項目というちょっと多めの質問なので、教育の機会をなくしましたか、仕事・職を危機に陥れましたか、家族・恋人関係が破綻しましたかと、ここで3つの質問になっているんですね。つまり少し角度を変えて訊いているというところですよ。

それから質問の中で、「ギャンブルをしなくなると、いらいらしたり落ち着かなくなることがありますか」という質問は従来の指標で聞くんですが、別にいつもやめたからといって、他に楽しいことがあったり、他のことがあれば、いつもいらいらするわけじゃないという方が多いんですね、聞いていたらね。だから、やめた後、減らした後はいらいらしますかという質問は確かにのめり込みを見る上では大事な質問ですが、いつもこっつものなるわけじゃないんですね。それよりも、パチンコをしている間はなんとなく気分が落ち着いていますかとか、やっている間は何も考えなくて済みますかという質問はほぼ100%そうですと答えるんですね。なので、同じことを聞いているんですが、聞き方をやっているときにどうですかという聞き方を変えることで、より具体的な答えやすい内容になっているというやつですね。

だから体の病気で、ここの病気が悪化してもまだ続いていますかという質問も大事ですね。従来の指標にはないですが、それものめり込みを見る上でね。ギャンブルをする。腰が痛くて、パチンコをする。ずっとしていたら腰が痛いにもかかわらず、休まずにまた行ってしまおうと。座ってしまう。また腰が痛いなというのものめり込みを見る尺度ですね。そういうことも聞けます。

●借金と賭け金額

それから、借金をしたことがありますかという質問も、借金を頼んだことがありますかと借金をしたことがありますかという2つの質問でより多角的に聞いているということですね。これで感度を上げるんですね。なるべく見落としがないようにしようという役目を持っています、という特徴というか、長所を持っています。

また、ギャンブルをしていると賭け金が増えていくんですね。賭け金が増えていくのは、興奮を得るために賭け金を増やしますかという質問はDSMとか他の外国の質問にはあるんですが、興奮を得るため、賭ければより興奮を味わえるというのは、ある意味当たり前といえば当たり前なんですね。何かに熱中して、何かの趣味に没頭しているときには、やっぱり金を賭けて少しでも刺激を得ようと思うのは、どんなレジャー、スポーツをするときも一緒ですね。なので、これを、そういう聞き方をパチンコ、パチスロに聞いてもある意味当たり前で、すぐ丸が付くんですね、それは当然でしょう。なので、あまりこれは特異性が低い聞き方なんですね。ですから、このPPDSでは、より多くのお金を得たいからお金をつぎ込みますかという質問にしていくんですね。

これはある意味おかしな話で、より多くのお金を得ることとお金を注ぎ込むということは実は別なんですね。お金をたくさん結果的に得ようと思ったら、より多く注ぎ込めばいいというものではないんですよ。ただ、質問として、より多くのお金を得るためにお金を注ぎ込みますかという質問は、明らかに普通に単純に確実にお金を増やすという目的ではなくて、あっ、興奮を増やしたいんだな、刺激を得たいんだなということを知るようになるんですね。

また、負けた後も不安や後悔はあまり感じずに、ただ、だんだんと惰性でやりだしたという、つまり喜びや楽しみを感じにくくなったということを知っているんですね。これもある意味、よりのめり込みとか質の違うのめり込みを見る上では大事な尺度です。減らすと落ち着かないというの、家事が手に付かないという聞き方にします。

負けを取り戻すためにギャンブルをしますかという質問も、パチンコ、パチスロにはあまり合わないです。取り戻すためにするのは当たり前なので、悔しいとか、今度は取り戻すぞなんて思うのは、ある意味熱中している人に当たり前です。ここでより特異的な、病的なものを判断するためには、取り戻すために、その日あるいは翌日に、パチンコ、パチスロの場合は午前中の負けを取り戻すためにまた午後も打つというかたちはあるので、よくありますから、そこも聞かないと駄目ですね。だから翌日にじゃなくて、もうその日のうちにまたそういう目的でやっていますかというふうに質問を変えています。なおかつ、そうですね、そのことで特異度を上げます。正常範囲の熱中やのめり込みではないものを拾っていきます。

●後悔と自殺企図

また、心の病気が悪くなったとか、家族に迷惑を掛けて申し訳ないと感じていますかという質問もPPDSの特徴なんですね。迷惑を掛けて申し訳ないというのは、日本人の心性として非常に特徴的です。罪悪感よりも、何かきまり悪い、恥ずかしい、パチンコを借金してまでやっている自分が何て恥ずかしいんだろう、みっともないんだろうという、この罪というよりも恥をも

含めて聞くということで、よりこの人は自分の中で自己分裂を起こしている。後で両価性という概念が出てきますけれども、これをこのPPDSも拾っています。

また、死にたいと思ったことがあるのか、自殺を実際したことがあるのかという質問も入れています。これも重篤度を表します。

従って、以上を含めると、PPDSは心理的な破綻度合いもこういうかたちで評価することで、より広い範囲、感度を広く、なるべく広く多角的に拾った上で、より病的に、先ほどありました、重症化因子という言葉がありましたね。そこを押さえないと駄目なんですね。何でもかんでも「ギャンブル障害を満たしていますよ。だから危ないんですよ」じゃないんですね、自然にぐるぐる回りますから。ただ、ここで幾つかのこういう項目で重症度、よりその人の病的なところ、具体的にいうと、その人自身の心がどれだけ引き裂かれているかというのをここで見ています。

従って、本当に介入が必要な分の道程がこのPPDSで可能です。もちろん幅広く、諸外国でいう、諸外国で、世界的にいわれているギャンブル障害というのも広くは拾えますが、その奥も拾えるということですね。

さっきのDSMというのもそういうかたちで診断基準を挙げています。PPDSは、もちろんこのDSMという世界標準尺度と関連しています。これと懸け離れたものではないです。それは直接の面接調査によっても確認されています。

もともとのスタンダードな標準的な世界基準のDSMはある程度の信頼度はあるんですね、世界で何回も使われていますから。この基準を使えば、日本でギャンブル障害と診断された人は外国、アメリカに行ってもギャンブル障害ですし、ヨーロッパでもギャンブル障害です。そういう意味では信頼性は確実です。ただ、妥当性というんですけれども、この基準は本当にどれぐらいギャンブル障害の深刻度、問題を拾っているのかというと、ちょっとそこら辺はまだ不透明というか、はっきりしない部分があるということです。

なぜかという、この9つの項目があるんですが、それぞれ色が青とだいたい色と黄色と茶色で分けていますね。4つに分けていますが、それぞれが違うモデルですね。1番から4番の項目は物質依存症。アルコール依存症をモデルにして、酒をたくさん飲まなければ酔えなくなった、お金をたくさん増やさなければ興奮できなくなったというのと大体似ているので、これはアルコール依存症に似ているかなということです。

●ギャンブル障害かギャンブル依存症か

ですから、よくマスコミでギャンブル障害のことをギャンブル依存症、ギャンブル依存症と言っていますが、症状がアルコール依存症、薬物依存症に似ているので、名前を付けているだけで、実はそういう部分も表面的に症状から見ればあるんですが、それが全て説明できるというわけではなくて、5番のように嫌なことから逃れるためにギャンブルをしますという心理力動モデル。あるいは負けを追うという、負けを追うから、追うためにやっているんだと、負けを取り戻すためにやるんだというふうな欲望に基づくモデル。あと、うそをついたり、それから社会的な問題を起こしたり、借金したりという対人関係の障害を起こしているモデル。

要は全体、一つの統一的な、こういう病態で診断するというね。結核のように結核菌が肺の中に入って肺の中で炎症を起こして、その結果、せきが出ていますという統一的な病態モデル、脳の中に何らかの変化が起きて、それがだんだん脳の細胞を壊して、結果的に物忘れとかが出たり徘徊（はいかい）したり幻覚を見たり、認知症ですね、というモデルではないんですね。病気モデルだけでは説明できないということなので、いろんなモデルが交ざっとんですね。

なので、これで重症、これだけで重症、軽症、数が多いりゃ重症かというのも分からなくて、むしろDSMのこの項目がたくさんある人ほど、その後、回復とか寛解が早いというところがあるんですね。ですから、必ずしもこれが病態、病理の重症を表しているわけではないなというところですね。そこら辺ですね。

●世界的診断基準 DSM の有効性

ただ、次の話ですが、それなら何が中核症状、何がギャンブル障害の一番問題なのかということを考える上で、このいわゆるDSMを利用させてもらっていますが、DSMの9つの項目のうち、どの項目が、普通のレジャーギャンブラーで、小遣いの範囲で楽しくやっています。全然問題ないです。やっています。ところが、その方がある段階からギャンブル障害という少し異質なギャンブラーに変わっていくんですね。

最初の変わり始めはどんな問題、どんな症状から始まるのかなということをやっと調べてみたのがこの表です。重症度別項目出現頻度です。だんだん障害ではないときから、どうも項目の1番と6番ですね。前の表を見てください。1番と6番というと、「興奮を得るために賭け金を増やす」と「今日の負けを明日取り戻すようにする」という、この2つがどうも最初から出ている。つまりギャンブル障害の4つ以上の基準を満たすまだ手前から、1つ2つ目ぐらいからこの2つが出てくるということは、どうもこの2つがすごくギャンブル障害を考える上で重要な症状だなという風に捉えます。

それで賭け金が増えたら、たくさん金を出したら興奮が増える、わくわくできるというのは、ある意味当たり前なんですね。これはあまり病的なものではないかもしれません。どんな道楽でも趣味でも、やっぱり最初のうちは金をかけてでも刺激を得ようとしますから。となると、この6番のほうが何かおかしいんじゃないかなということですね。

●やめたい欲求とやりたい欲求の相克

6番、翌日取り戻す。損失回避ということですが、これは言い換えたら、今日例えば1万円損したら、その1万円を「もったいない」、「ばからしい。もったいないな。何でこんなに1万も使ったんだ」と激しく後悔しているのがまずあるんでしょうね。そんなにもったいないと思うのならやめりゃいいんです。大体使ったお金を、出したお金をもったいないと思いだしたら、その時点でその人にとってのその趣味や道楽はもう意味を持たなくなっているんですから、普通はやめます。

にもかかわらず、やめたいなという、ばからしいなという欲求とやりたいな、続けたいなという欲求の2つの全く矛盾する欲求がその人の中にあるから、こんな今日の負けは明日取り戻すと

いう非常に不可解な理屈に合わない戦略が出てくるんですね。この6番がおかしいなど。6番がどうもその人の心、そのギャンブラーの中の心で矛盾に満ちたもの、引き裂かれたものが始まっているんじゃないかと。これを精神学用語では両価性、アンビバレンスと呼びます。

もうちょっとそれを再度説明すると、要は喜びを求めて、やっけていて楽しいな、面白いなと思う間はやっぱり金も増えます、使う金も増えます。仕事でもそのことをよく考えます。誰かに止められたり、用事があつてできなかつたら、「やっぱりつらいな。悔しいな。今行きてえな」なんて思うのは、どんな趣味、道楽でも当たり前です。だから、それはおかしい話じゃないんですね。問題なのは、喜びが喪失しているにもかかわらずギャンブルを継続しているという自己矛盾、ここでいう両価性こそが問題じゃないかと。やりたい欲求とやめたい欲求の2つが併存しているんですね。

ですから、やりたい欲求、続けたい欲求は、考え方としては、やれば最後は儲かるんだというゆがんだ考え方を生みます。やめたいなという欲求は、ギャンブルはやれば必ず損をする。これからはずっと損をする。ギャンブルでもうかることはないんだという、これもある意味極端な考え方を生みます。感情も気分転換でやろうというのと、何となく返すためにやらにゃいけんという義務的な苦痛な感情と、この2つが併存します。戦略も勝ち逃げ損切りという普通のギャンブラーが使うであろう戦略ではなくて、そういう戦略も使うことはあるんですけども、一方ではきょうの負けを取り戻す。きのうの1万円、10万円を取り戻すために、きょう取り戻すために延々と打ち続けて、結局また、ますます損失を増やしましたという負け追い戦略になるんですね。没頭したり無関心だったり。

つまり両価性というのは、こういうかたちで2つの面で表れてきます。この両価性を調べる尺度というの、これは付けたりですが、同じく日工組社会安全研究財団のネット調査で出していて、この両価性も、やっぱり両価性がだんだん高くなると、DSMでいうところの重症度も増えてくるという意味で、先ほど、いろんな尺度は基準であるDSMと相関していることが必要なので、この両価性というの、自己矛盾がどうもギャンブル障害の基本的な病理、一番中心症状なんだろう。それは当然重症になればなるほど、この両価性の程度も自己矛盾の程度も、自分が、そのギャンブラーの心が引き裂かれていく程度もだんだん増えていっているという相関がここで確認できています。この両価性尺度というのは、今まだ雑誌に投稿中なので、またきちっと投稿されて、投稿が受け入れられて公表できるようになれば、またいろいろ使っていこうとは思っています。

●ギャンブル障害は脳の病気か

要は、あくまでギャンブル障害というのは病気というよりも、このある種の複数の病態を組み合わせた寄せ木細工のような障害の診断だと。経過は多様です、ギャンブル障害はね。自然回復、あるいは循環をしていきます。ただ、その中で慢性進行例がやっぱり問題です。大変です。一部の重症化因子の併存例です。そういう人たちへの介入が必要だということです。中核症状は損失回避、負けを取り戻そうと一生懸命になるという両価性に代表されていますというところですね。そこまでが病態の大体の概念です。

それを踏まえまして、どう介入すればいいのかということですね。2つに分けられますね、介入の方法としてはね。大部分の多くの、繰り返しますが、何割とはちょっとなかなか、まだ十分、今全国調査中なので、まだイメージは数字としては出しにくいですが、ただ、おそらく半数を超える、ギャンブル障害のこの半数を超える人たちはおそらく自然回復のあの流れの中に乗っていくんでしょね。しばらくギャンブルをする。借金をする。奥さんに見つかる。「ああ、こりゃいけんな」と責められる。「分かった、分かった。もうやめるから」と言っ、4～5年やめて、他のレジャーをする。4～5年した後、またちょっとやってみようかと。そろそろいいだろうとやってみる。またちょっと友達に借りる。見つかる。「あ、こりゃいけんな」と思っ、そんな感じでレジャーギャンブラーと、それから一時的にギャンブルの問題ギャンブラーを繰り返していくのかもしれないね。そういう人たちは別にいいんです、そんなに介入しなくてもね。

●脳**の**病気ではない

ただ、そういう人たちにもちょっと、こんなふうに考えたらいいんじゃないですかという軽い介入というか、そんなに専門家がしなくてもいいような介入のレベルではなく、一般的にできる介入が一つあるんでしょね。だから、本当に重症な人たちに対する介入、この2つがありますね。

それを考えた場合、疾患、どういうモデル、どういう仮説でこのギャンブル障害、両価性を考えるのかといった場合、医学モデル、ディジーズモデル、メディカルモデルと呼ばれている医学モデル。日本の場合だったら、マスコミでいわれているギャンブル依存症は病気です、病気ですという場合、病気という場合、これはどこの病気かという、脳**の**病気としか考えられません。脳**の**病気と考えますね。

脳**の**病気だと考えた場合は、脳**の**変化が何らかの形で起きているので、ギャンブル障害と診断したら一律に十分な脳**の**変化を改善させるような治療が必要だということなんですね。だから500万人であれば、500万人みんなに何らかの十分な医学的な病気としての治療が要ることになるので、これは大変ですね。

もちろんそれが、これは本当かもしれないよ。ただ、少なくとも効率的に考えたら、脳**の**病気だと診断するのならそれなりの医学的な治療があればいいんですが、ないです。世界的に決まった薬もないです。きょう来られているシンガポールのチョク先生とアメリカのウィンターズ先生もそこら辺の治療法についての話もしてくださると思いますが、おそらくこういう薬物療法があるというのはないというのがやっぱり世界共通です。今のところ、まだないです。

となると、ましてや今日本で脳**の**病気だ、病気だといわれているキャンペーンはかえって過剰な対応と、有効な方法がないにもかかわらず過剰な対応どころか、相談に行ったら脳**の**病気扱いされるぞと。分かりますか。脳**の**病気というのは日本では、外国でもそうでしょうが、特に日本では社会から排除されますね。行きませんね、相談にね。偏見をまき散らしているようなものなんですね。だから、今の段階で病気モデルは非常に危険なんですね。かえって困っている人が気軽に相談できるのを邪魔していますからね。

繰り返します。病気モデルを否定しているわけじゃないです。私も精神科医なので、ゆくゆく

は何らかのギャンブルの衝動を和らげるような薬を開発するために、さまざまな研究や実験といたら、知見をやっていきたいです。ただ、今の段階でその仮説にすぎないものをあまりにも宣伝し過ぎると、非常に危険だということです。だから、医学モデルはそういうふうを考えてください。

また、ものの考え方、ギャンブルについての考え方がゆがんでいるからだという認知モデルですね。認知モデルの仮説もあります。だから、心の奥底の葛藤や情動の問題だという力動モデル、社会関係モデル、あるいは道徳、宿命、人格的なモデル、幾つか仮説が考えられます。こんなものがあるのかなど。私がお薦めのモデルはあるんですが、客観的にどのモデルがいいか悪いかは分かりません。というか、優劣はないです。どれを選んでくださっても結構です。その人が一番やりやすい方法、相談を受けた人が一番やりやすい方法、あるいは相談を受けた人が責任を持って伝えられるモデルであればどれでもいいです。決定的にこれしかないというモデルはないですね。

繰り返します。先ほど結核の話をしました、結核になりました、せきがコンコン出ています。それに対して「あんたの、それはご先祖のたたりだ」っていう、あるいは「自分の、あんたの生き方が人の恨みを買っておるから、自分の人格を直さんとそのせきも治らんぞ」なんていう道徳モデルを言ったらおかしな話になりますね。ちゃんと医学モデルで「薬を飲みましょう」と言わないといけませんね。だから結核の場合だったら、もう医学モデルが最も優位であるというのは間違いありません。ギャンブル障害の場合は分かりませんが、これは。なので、責任を持ってできるモデルをやれば何でもいい。優劣はないですね。があります。

●損得のモデル

認知行動療法と呼ばれているものでは、よくこの損得モデルをよく使います。ギャンブルをするのは得であると。「いや、そんなことはないぞ」と。「ギャンブルは結局損をするものだ」と。「あなた、振り返ってみてください。得をしようと思ってやっていたけれども、結局大借金をして、こんな負債を抱えて大変でしょう」と。「だから、やっぱりギャンブルはあなたにとって損をするものなのでやめましょう」という話に持っていきたいのが認知損得モデルなんですが、それで気付いて、「ああ、そうか。やっぱりギャンブルは損だな」というふうに気付いて、「もうやめられない。もったいないな」と。「もっと他のことに使おう。ああ、もったいなかった」とやめられる人がいるのなら、あるいはそれで改善できる人がいるのなら結構な話ですが、ただ少なくとも私が病院で受診する方たちの話を聞くと、そのギャンブルが損であるという認知はしているんですね、とくに。

当然大うそだと思ってしまうんですが、患者さんの話によると、「もうパチンコ、パチスロというのはやればやるほど損するものだ」と、「あんなもので絶対もうかることはない」というふうないう考え方も非常に強く持っているんですね。あるいは、「最後は胴元が勝つように、お店が絶対勝つように仕組まれているんだ」と、「コントロールされてるんだ」というのも結構強く言われます。

そんなコントロールされているようなものに何で行くのかと不思議な話ですが、一方では、最後は勝つんだという認知もあるんです。先ほどの両価性を思い出してください。来られる方は絶

対得をするという確信と絶対損をするという2つの確信が併存しているんですね。だから、認知療法で事実をこうやって並べて、やっぱり損ですよとなんぼ言っても駄目ですね。それが、それで「あっ、損だな」と、「駄目だな。やっぱりやめにゃいけんな」と思ってくれる人もいます、タイプによってはね、あるタイプの人たちはね。ただ、普通の方たちはこの損得論のみで行動を変えるのは難しいなというところですよ、話はしますけれどもね。出発点として損得論の話はしますが、それだどうしようもないなど。それだけではどうしようもないと思います。

●ギャンブルで何を満たすのか

どうも、もう一つ、認知のモデルとして私が一番よく使っているのは、この欲望についての話です。ギャンブルをするときに何を満たしたくてするんですかと聞くんですね。例を挙げてみますね。症例介入前、60代の女性の方が来られました。専業主婦として子供、娘を養育していました。ご主人ががんか何かで亡くなったんですね。その後、ご主人の遺族年金やらパートやらで生活は安定していました。11年前から友人らと馬券の購入ですね。これは社交的ギャンブラーを、レクリエーション、レジャーギャンブラーを友人たちとやっていたんですね。5年ぐらい前から個人でも買いました。その結果、250万円の損失をしましたんですね。それで、定期預金とかいうものの解約はもったいないので、娘から「ちょっと貸してくれんか」と、「後で返すから」なんて言ったので、娘さんがびっくりして、「お金のことはきちんとしていたお母さんが何でこんなことになったのか」と聞くと、「競馬をやっている」と、「投資だからやめない」と言うので、これはちょっと目つきもおかしいということで娘さんが連れてこられました。

●賭け金は取り戻せない

この方は、「必ず取り戻せる時が来る」と受診に来て言われましたね。取り戻せる時が来るんですね。「いや、そんなことはないですよ」と、「ギャンブルは結局損をしますよ。取り戻すことは絶対ないですよ」なんて言ってもどうしようもないんですね。もしかしたら取り戻せるかもしれませんよね、賭け方によってはね。かといって、「娘さんがこんなに困っているのに、お母さん、もうこんなに娘さんを困らせたらいけんじゃないか」と、「娘さんの言うとおりにしましょうよ」という話を道徳的に説得しても、大きなお世話ですね。「あんたに言われる筋合いはない」ですよ。「どうもこんな後先考えずにギャンブルを借金してまでまだやろうとする。完全にあなたはコントロールを失っていますよ。脳の病気ですよ」と言ってあげてもいいんですけどもね。「ギャンブル依存症という脳の病気ですよ。コントロールを失っていますよ」と言ってあげてもいいんですが、「病気扱いをされた」と言って怒って帰るでしょうね。実際こんな感じですね、来た方に。

半分以上は、先ほどありますね、半分ぐらいの方はやめる気がないですから、この方のような感じでここまで敵意むき出しに、受診のときに敵意をむき出しにする人まではいないですが、ただ、こんなところに連れてきやがってというのが大体の方ですね。さあ、どうしますかね。こういう方でも、おそらく何らかのきっかけではっと気付いて、通常のギャンブラーになるか、他の

楽しみを見つけていくんだと思います。ただ、こういうふうに来られたときにどういうふうの後押しをしてあげたらいいのかという方法がこの欲望モデルに基づく介入になります。

250万円の損失を出しながら競馬投資をあなたは続けていますよねと。別にいいんですけれども、投資なので続けてくれたらいいんですが、ただ、あなたのやっていることは本当にお金が一番大事には見えないんですと。お金が一番、お金を大切に、お金を本当に増やしたくて、投資というのはお金を確実に増やしていくことですが、ではない別の目的が、別のあなたが満たしたいものがあるんじゃないですかという本人の満たしたい欲望に焦点を当てて聞くんですね。つまりこんなに金を湯水のように捨てるような人は、とてもじゃないが、金が大事とは思えませんねというふうに聞いたら、例えば、その結果、隠れた欲望、的中した瞬間の興奮を味わいたいという達成欲、そのことで周りから注目されているわけですね。予想が当たったときに友達からすごいねと、あんたは結構ギャンブルの勘はあるねとか、なかなか才能に今まで気付かなかったなんて言われたりしたんでしょうね、集団でやっている間はね。なので、そこら辺の誉れを持つ気持ちというのと、それから、ギャンブルで得たお金で誰かに、友人におごると、気前よくおごれるし、みんなも気兼ねなくおごらせられてもらえるんですね。

●興奮と金銭欲

だから、そこで、そういう意味では誰かにおごってあげている、誰かに感謝されるという喜びを相手にあまり気兼ねなくさせてあげられるのが、たまたま競馬で当たったからどうぞと。ただ、その競馬で2万円を当てるために5万円を注ぎ込んでいるんですけれども、そんなことは言わずに、きょう2万円当たったから一緒にご飯を食べましょうとか、何かプレゼントをあげましょうというお世話欲ですね。そんなのを満たしたいんですという話をしたんですね。だとしたら、それを直接満たすような行動をしてくださいと言う。簡単といえば簡単な話なんですけれども、この方の場合にはボランティア活動とか、その他の活動に専念するようになりました。

大事な点は、ギャンブルをやめましょうとは一言も言っていないんですね。やるのならやればいいんですけれども、あなたのギャンブルは金銭欲に基づくギャンブルじゃないのなら持ち出しのギャンブルになりますよと。それでもよかったらどうぞと。ただ、本当にお金を投資したいのなら、もっと賭け方を考えてくださいということですね。そこら辺はプロフェッショナルギャンブラーの賭け方を学んでいただいたらいいんだと思います。プロフェッショナルギャンブラーの賭け方を学んで金銭欲に徹してやれば、少なくともこんな大借金はしないと思いますね。どうでしょうかということを知ると、この方は自分の求めたいものに気付いて、結果的にいろんな人のお世話をしたり、おせっかいをしながら競馬が1年2年ともう止まりましたという話ですね。

今何をしたいかという、ギャンブルをやりたいという欲求はお金を目の前で増やしたい、的中を味わいたい、刺激を得たいという、2つ前にスライドが戻りますね。居場所を味わうとかね。年を取ってくると、だんだん家庭の中でも社会でも居場所がなくなってきます。特に女性の場合にはあるかもしれませんが、男性の場合にはないです。そのときにパチンコ、ギャンブル場に行くと、自分は老若男女のその中で所属している、一緒に何かをやっているというある種の所属感、充足

感が得られますね。

やめたい欲求も同じく、金を失いたくないとか立場を失いたくないとかいう、取りあえず現実から離れて頭を真っ白けにしたいという逃避欲、そんな欲望から来ていますね。これらも、問題なのはそれぞれの欲望はいいんですよ。悪いわけじゃないんですよ。ただ、それを複数同時に求めようとしたから、常に終わった後、満足できない不充足感があると。ギャンブルをやる、球が出る喜びを味わう、その結果、2万円を払う。「ああ、途中面白かったな」と終わればいいんですが、終わった後、「やっぱりもったいなかったな。馬鹿らしかったな」と思っちゃうんですね、両価性がある間はね。思っちゃうのは、複数の欲望、達成欲、興奮欲と同時に金銭欲も満たそうとするから問題なんですね。

●無理にやめず他に楽しみを見出す

そこら辺に意識を変えて、あなたが求めたい欲望を直接満たすこともやってください。ギャンブルをやめる、やめないは別に結果なので、どっちでもいいんですけども、求めたい欲望を少なくとも2つ以上満たそうとすると、結果的に終わりはいつも不満足なままなので、延々とエンドレスに続いていきますと。それがやめたい欲求とやりたい欲求というかたちに表面的には出てきます。それがもっといえば、戦略として今日の負けを明日取り戻すという非常に不合理な、際限のない、損失だけが膨らんでいく戦略になっていくんですね。なので、それに対してこういう形の介入をします。

皆さん方、いろんな日常生活の中からさまざまな楽しみ、くつろぎ、それから気分転換を見つけていってくださいます。新しい趣味は何も見つからないんですなんて言われる方がいるんですが、「そうはいっても、1カ月間ギャンブルをしていないということは、くつろいでいるとき、楽しんでいるときはあったんじゃない？」と聞くと、そういえば、寝る前のあのボーっとしてテレビを見る時間がくつろぎですねと。それを大事にしていきましょうということで、欲望を満たす方法というのは何か特別なものを見つける必要はないんです。

●草取り、皿洗いも

日常生活の中で、例えば草取り、あるいは皿洗いなんかでも十分です。ただ、普段主婦の、ギャンブル障害で主婦の人が皿洗いをして、きつとくつろぎにはならないので、いつもやっていることなので、これは普段皿洗いをしないサラリーマンの方が奥さんに「悪いけれども、皿洗いだけを残しておいてくれ」と頼んで皿洗いを無心にする中で、一種のくつろぎとリラックスを得られると。頭が真っ白な状態になるということになるんですね。ですから、日常生活の中で実は見つかっていくんです。何か特別なことを見つける必要はないです。それは、どうしても何かやりたいというのなら、オフラインゲームなんかでもいいかもしれませんね。そんな感じで介入します。これは欲望認知モデルに基づく介入です。

そういうモデルに基づく介入をこの3年半、久里浜医療センターでさせていただきました、全6回ぐらいに分けてね。全6回も通わなくても本当はいいんですけども、ただ、患者さん

が来たらなるべく通院させるようにと、回数来させるようにという経営上の目的で、3回ぐらいでいいと思ったんですが、6回に増やしています。これはさまざまな経営上の問題ですが、心理検査をしたりとか認知療法、さっきの欲望を決める、定める、どんな方法でやるか、どんなものを見つけていくか、探していくですね。もちろん重症化因子があれば、その治療と対応も精神科医療機関ですから同時にできます。

●欲望認知モデルに基づく介入

この欲望認知モデルに基づく介入は、きょうお話を聞かれた方はお分かりのように、別に専門家じゃなくてもいいんです。「おばちゃん、おばちゃん、あまりこうやり過ぎとるよ。かっかなとるよ」と。「この前までのおばちゃんの打ち方と変わってきとるから、ちょっと他のことでもやってみたらどうかな」と。「うちの店は週に3日来てくれりゃええから、残りの3日はちょっと他のことはないかな。何かおばちゃんが昔やって楽しかったことはないかな」なんて話をパチンコ屋の従業員の方がひょいとしてくれりゃいい話です。いい話ですね。それだけのことで、私が言っているのはね。

それでも、それを何回かしてくれたら、「いや、私に来んようになったら、あんたのところのお店が困るんじゃないかな」と、「売り上げが減るでしょう」と言ったら、「いやいや、おばちゃんにはずっと死ぬまで来てほしいから、ここで使い切ってもろうたらうちの店も困るんですわ」ということでやればいいんですね。そんな感じで、これはある意味当たり前のギャンブル産業としての企業責任として果たすべき役割の一つだと思います。

それは言い換えたら、この欲望モデルでも何でもいいんですが、第一線の従業員の方ができるような介入方法じゃないと駄目ですね。あなたはこの基準を満たしていますから、ギャンブル依存症、病気かもしれません。どこかへ相談に行ってくださいなんてことを従業員の方がしませんしね。したら、もうあそこへ行ったら病気扱いされるなんて、来ませんし、隠そうとするでしょうね。そうじゃないかたちのモデルじゃないと駄目なんですね。

●治療の状況

ただ、精神科医療機関とか、われわれ専門家は何をするかといたら、重症化因子をきちんと見定めて、重症化因子がある方、ギャンブル障害の中である割合の重症化因子がある方に来てくださいよと言って、来てもらって、その方に対して対処していくというのがわれわれの役目だと思います。ただ、今の段階では、もう取りあえずみんな来てくださいよというかたちでこういうプログラムをやっています、やりました。

2年半で113人の参加者がおられまして、プログラムを終了された方が7割ぐらいですね。3割の方は途中でやめています。途中でやめているので、ちょっと予後は分かりませんが、半年後にどうなったかね。残念ながら半年後にどうなったかは分かりませんが、1回2回でも、もしかしたら自然に回復していたり改善しているんだろうとは思っています。

分かっている人は、この終了した人の7割の中で確実に半年間やめていますという人が35%、

小遣いの範囲でぼつぼつやっていますよというのが21%、足して6割弱ぐらいは改善していますと。よく分からない。手紙を送ってこられなかった人がいるので、手紙を送ってこられなかった人は、きっと問題が悪くなっているのかなとも大体推測できます。ただ、全く完全にやめられていないからちょっとみっともないので、手紙を送らなかったというのを電話で確認した、何人かの方に電話すると、「先生、それは2回行っちゃったので、ちょっと手紙を書くのが恥ずかしかったから送れなかったんだけど、全然問題はないんだけど、ちょっと2回ほど行っちゃいました」なんて話をするので、不明の3割5分の人の中には改善している人もいますが、置いておきます。これは不明は不明のままでいいですというのでね。なので、確実に6割ぐらいの人はそれでも改善はしているなというところだと思います。

病院に来ている人は、繰り返しますが、重篤な問題を抱えている方、背景に持っている方が多いんですね。先ほどここでありましたね。アルコールや薬物、ギャンブルの問題がもともと子供のころに両親、祖父母、家庭の中でもあったという方、あるいは精神科併存症ですね。欧米では他のアルコールなんかの依存症も合併しているという人は多いんですが、日本の場合はあまり物質依存症、アルコール依存症とギャンブル依存症の合併というよりも、うつ病とか気分障害の方が多いですけども、いずれにしても、あと、多重債務ですね。借金をたくさん抱えている。にっちもさっちもいかない。ちゃんとゆったりと整理していけばいいんですが、自分で何とかしよう、返そうとして自分で自分を追い詰めて、もう死にたくなっているという意味で、こういう人たちは自己有能感、あるいは自己価値観、自分はこれだけの。

●落ちた自己価値観の回復

あるいは自己価値観、自分はこれだけのことができるんだ、やれるんだという有能感が落ちているんです。従って、それを取り戻すために、ギャンブルで失った有能感なので、ギャンブルで取り戻そうとして、一生懸命ギャンブルに執着する、その結果損失を拡大していくというね、問題なのは、こういう重症化因子を抱えている方に対する介入は、あなたは本来こういう能力がありますよ、あるいはあなたは本来こういう価値がありますよ、価値観がありますよ、あなたの存在にはこんな意味がありますよ、もっと言えばあなたがギャンブルにのめり込んで借金したのは、あなたの人間的価値から言えばむしろ誇らしいことなんですよという逆転の発想なんです。あなたがギャンブルにのめり込むことで、あなたが本来被るであろう人生の損失、危機は、かえってギャンブルで乗り越えてこられたんですよと、ギャンブルにのめり込んだことを誇らしく思ってくださいというカウンセリングなんです。それがいるんです。分かりますか。

重症化因子を抱えた方は、もともと自己価値観が落ちていますから、これは残念な、これは残念じゃないけど、これは専門家でないといけないと思います。これが必要な方が、先ほど重症化因子を抱えた、重症化因子って何だろうなと思ったかもしれませんが、重症化因子を具体的な言葉で言うと、自分はこのままの自分では社会に認められない、価値観が認められない、家族からも褒められない、会社からも価値を認められない、だからギャンブルで価値を上げるんだということに執着していった人です。

●重症者の価値観を上げる

そういう人たちに、あなたがギャンブルをして、借金をして、それでも生きてきたのは、それ自体こういう価値があるんですけど、ギャンブルで勝つか負けるか、ギャンブルで借金を払うかどうかよりも、ギャンブルにのめり込んだこと自体あなたの素晴らしい価値なんですよという発想をするんです。

私はそのために精神科医療従事者、カウンセラーは、さまざまなカウンセラーの技法を持っています。それはカウンセラーによって違います。私は、今日は話す時間はまったくないですが、内観療法、内観セラピーという形で、目の前の方の価値観を上げるセラピーを1回、2回、3回、もっとかかる場合もありますけれど行っていきます。これは、ここに専門家の力があるんです。ただ、これは一部です。よろしいですか。

というわけで、治療のまとめは、両側に焦点を当てました。やめたい欲求とやりたい欲求、2つの欲求が葛藤(かっとう)しています。分裂しています。そういう欲望モデルを紹介しました。それをベースにした外来プログラムを紹介しました。今日例を挙げましたように、半年間の経過観察では、非常に介入はしやすかったです。それで多くの方は、もともと半分以上のギャンブル障害の方は、ナチュラルに回復したり、循環していくので、そんなに深刻さはないですが、重症化因子を抱えた方には、ここがわれわれ専門家、精神科医療従事者がやるところです。

何でもかんでも、ギャンブル障害は何でもかんでも病気です、脳の病気です、だから全部治療しましょうなんて言っていたら、かえって患者さん、困っている方の来る敷居を高くします。偏見をまき散らします。じゃないんだというのが一つ。かといって、最後に首くくる人も何割か、ここで言ううちの外来では2割いるんです。このままだとしちゃうんです。そういう人にはその人の価値観を上げるようなカウンセリングが必要なんだということです。

あるいは、もちろん先行してうつ病とかもあるので、うつ病に対して、もちろん薬物療法が効く。ただ、薬物療法が効くようなうつ病であれば、ギャンブル障害になってませんから、効かないですね。なので、やはりうつ病の原因は、脳の病気のうつ病というよりも、同じことですね、自己有能感、自己価値観が落ちたことによる悲観的な考え方、そこから来る結果としての実存的うつとか、存在論的うつというんですが、脳の病気じゃない存在論的うつの方のやはり同じことです。こういう有能感を上げられるような方法です。

内観療法という話をしました。内観療法というのは、一言で言うと、「あなたはこんなに愛されているんですよ」ということを、本人の記憶の中から具体的に呼び覚まして確認していくという方法です。30分ぐらいでひょいと変わることもあれば、1年ぐらいかけてじっくりしないと変わらない、気付かない人もいます。これはもうあくまで人間の心なので、これだけの期間でできますというわけにはいきません。ただ、時間さえかければ確実に気付いてもらえる方法です。という方法をやっていきますというのが力動的カウンセリング、内観療法も含めた力動的な本人の心に入るようなカウンセリングを必要ですということになります。

以上です。どうも、ご静聴ありがとうございました。

報告 2

「シンガポールの依存症対策について」

チョク博士 (Dr. Christopher Cheok Cheng Soon。シンガポール国家依存症サービス管理機構・代表 National Addictions Management Service NAMS)

● DSM の有効性

こんにちは。今日はお招きをいただきまして、ありがとうございます。ギャンブル依存症について、私どもの体験をご紹介したいと思います。私は、国家依存症サービス管理機構 NAMS からまいりました。ここは国が経営する病院で、さまざまな依存症の治療を行っています。シンガポールは小さな国です。シンガポールの人口は 550 万で東京の半分ぐらいです。それが国全体の人口です。

われわれの機構 NAMS では、毎月 1,800 人ぐらい新しい患者が来ます。継続的に治療を受けている患者さんもいます。われわれの過去 5 年の経験を紹介します。このギャンブル障害に関する治療について、そして、7～8 年前になりますけども、カジノが合法化され、カジノがオープンしました。

それでは私から、政府の方、学生さんや医学的な、そして心理学の専門家の方がいらっしゃると思いますけれども、診断基準の DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders。アメリカ精神医学会の定めた精神科医が患者の精神医学的問題を診断する際の診断基準と、その他の医学的な疾患や物質関連障害との鑑別の注釈を記したもの。出典ウィキペディア) がどのように有効性を持っているのか、そしてシンガポールの経験についてお話ししたいと思います。そして、ギャンブル障害について、社会的にどのようなコストがあるのかについて説明します。

精神科、そして心理療法に関しまして DSM-5 (統合失調症の診断に用いる米国精神医学会制定の診断基準。出典は統合失調症ナビ)、このギャンブル障害に関するスケールを使っています。これはアメリカの尺度でありまして、他に ICD (統合失調症の診断に用いる WHO 制定の診断基準。出典は同上) という国際スケールがありますけれども、ギャンブル障害に関しては DSM-5 というものを使っています。ギャンブル障害に関して、前の河本先生のお話がありましたので、一つずつについては説明しませんが、ギャンブル障害を持っている方、そして、ギャンブル依存症の方はこのスケールを元に診断していきます。

4 から 5 項目に該当する場合は軽症、6 から 7 項目に該当する場合は中等程度のギャンブル障害ということになります。そして、8 から 9 の項目に該当する場合は重症のギャンブル障害、ギャンブル依存症と診断されます。

この DSM のシステムですけれども、10 年間扱っています。5 項目が加わりました。DSM-5 で診断基準の閾値がより低いということで、DSM-5 を使ったほうがギャンブル障害、ギャンブル依存症と診断される方が増えるということになります。10 年後の DSM を作ったんですけれども、プラスで 5 項目加わっています。

この DSM-5 と DSM-4 があります。どのように違うのでしょうか。ギャンブル障害、日本に

において全国的な調査が行われますけれども、DSM-4 から DSM-5 になったときどういった影響があるのか、ほかは分かりませんが、シンガポールにおいては、以前は DSM-4 を使っていました。

前回の調査のときはまだ DSM-4 でした。DSM-5 は 2 年ほど前にリリースされました。DSM-4 から DSM-5 に移ったときどのような影響があるのかということです。ギャンブル依存症として診断される方が DSM-5 を使ったほうが多くなるということです。有病率が上がるということです。つまり、ギャンブル依存症と診断される方が DSM-5 を使ったほうが多くなるということです。

一つの調査において、パーセンテージが 0.1% から 0.2% に上がったという結果が出ています。ほかの調査ですけれども、ヘルプラインに電話をしてきた人たちで DSM-4 を使ったときと DSM-5 を使った場合、ギャンブル依存症と診断される方は、81.2% が 90.3% に増加しました。

これは非常に重要になります。つまり行政については非常に重要になると思います。シンガポールにおいては、社会にはカジノ、あるいはギャンブルに対して常に抗議をしている人がいるわけです。宗教的な理由から反対する人もいるでしょう。ですから、こういった形で政府を批判するのにこの数字を使うということです。つまり、DSM-4 を使ったときと DSM-5 を使ったとき、5 を使うと有病率が上がっているように見えますので、状況が悪くなっているとこれを利用して抗議に使う人がいます。それは有病者にとって大きな問題になります。

しかし、実際はあまり変わっていないのかもしれませんが。DSM-4、DSM-5 ですけれども、調査を比較するとき同じ尺度を使ったものでなければいけません。先ほど申し上げましたように、DSM-5 を使ったほうが有病率が高いと出てしまいます。私の政府に対する推奨ですけれども DSM-4 を使うということです。2008 年、2011 年、2014 年という形で 3 年に 1 度調査を行っています。DSM-4 を使っていますので、そこの結果と直接比較したいのであれば次の調査も DSM-4 を使うべきだと私は推奨しています。DSM-5 を使うと表面上数字が上がっているように見える可能性があります。

実際の影響というのは分かりませんが、当局にとって問題がある可能性があるということです。特に宗教的な団体からギャンブルに反対する抗議にこの数字が使われる可能性があるといった意味です。

●カジノの現状

シンガポールのギャンブル業界です。2007 年ごろに準備を始めまして、実際にカジノが開設されたのが 2010 年です。経済の成長に大きく貢献しているというのは事実です。シンガポールドルベースでカジノ自体は 75 億シンガポールドルの収入を上げています。これは 3 年間ほど変わっていません。そして、例えば宝くじであるとか、スポーツベッティングであるとか、競馬であるとか、そういったタイプのギャンブルもありますけれども、これも 75 億から 80 億シンガポールドルほどの収入を上げています。合わせますとこのギャンブル業界で 1,500 億シンガポールドルほどの収入を毎年上げていることになります。

カジノは 2 つありますけれども、日本円にすると売り上げは合計で 6,500 億円ほどになります。

これは大人1人あたりにしますと20万円ほどになります。この2つシンガポールにおけるカジノで、1日当たりの訪問者は、平均して1万7,000人ほどです。この1万7,000人というのは、シンガポールの大人の人口の約0.5パーセントに当たります。

このデータですけれども、シンガポールは、入場料を8,000円払わなければいけないわけですので、そういったことでこの入場者の数が何人であったかという統計を取ることができます。

それでは、ギャンブルのパターンです。日本の場合は分かりませんが、シンガポールにおいては、これは秘密でも何でもありませんけれども、中国人はギャンブルが非常に好きです。人口の半分ぐらいは何らかの形でギャンブルをしているという結果が出ています。過去1年間に何らかの形でギャンブルをしているということになります。例えばスポーツくじ、サッカーくじ等を含めてです。人口の50%が過去1年間に何らかのギャンブルをやっているという結果が出ています。

●ギャンブル依存症の現状

そして、ギャンブル依存症の問題のある方は、社会全体に広がっています。特定のグループがギャンブル障害を抱えているということではありません。この表を見ていただきますと、ブルーが一番高いです。中国人、シンガポールの大半を占めておりますけれども、中国の人口が多いです。

特に、この割合に関して、傾向はありません。マレー人の方たちは、宗教上の制限があるということで、だんだんと減ってきています。しかしながら、それでもやはりギャンブルをしているということがこの棒グラフから見て取れます。

そして、すべての人口グループでギャンブルにアクセスをしているということが右の表（省略）で分かります。特に、懸念のあるグループ、同じような問題、日本でもあると思いますが、カジノがオープンしたときに問題を起こすのがシニアです。特に退職した方たちというのはカジノに行きます。お金が必要ということが理由ではありません。退屈しているということで、退職してしまいますと建設的なことがほかにないということで、ギャンブルに時間を費やして楽しむという傾向があるようです。

それから下を見ていただきたいのですが、左側で男女の構成比です。このギャンブル障害の方たちの構成比、われわれのセンターではちょっと違う傾向が出ています。男性のほうが多いという傾向が出ています。それから、教育程度と賭博、ギャンブルの関係です。すべての教育レベルでギャンブルにアクセスをしています。ギャンブルに関しては、例えば中学校から高校、大学にかけて、全教育レベルの人口でギャンブルをしているということが分かります。この4つのグラフをまとめますと、誰もがギャンブルが好きなんだということかと思えます。

シンガポールでは、われわれは毎年有病率を調べています。まず、最初に2008年にカジノオープンの前に調査をしました。これで社会のサンプルを2つのカジノがオープンする前のベースラインデータとして取ることにしました。

2008年、1.2%のギャンブルリングの方が問題を抱えていると、1.7%も問題を抱える。特に

1.2%、これはブルーです。ギャンブルの中でも特に依存症ということです。カジノがオープンしたときに、2011年に次の調査をしました。オープン後1年たっていましたが、実はトータルの病的な問題を抱えた人口が減っていたということです。特に、この問題的ギャンブルが1.7から1.4に減ったんです。

驚きましたけれども、2014年に病的なギャンブルの問題が0.2と、それから0.7と、それぞれ変わってきたということです。このデータを見まして、このトレンドをどう解釈するかということで、カジノがオープンして問題のあるギャンブル依存症が大きく減ってきたということですが、実はこれをうまく説明することができていません。

その理由として、排除プログラムのせいではないかという人たちもいます。また、認識の問題です。特にカジノにより、ギャンブル依存症の問題が起こるのではないかということで、教育キャンペーンをやりました。つまり、責任のあるギャンブルのやり方という教育キャンペーンをしました。その結果、このようなギャンブル依存症、中毒症の方たちが大きく減ったということなのかもしれませんが、実際のところ本当の理由はよく分かりません。

●病的賭博の予防措置

次に、われわれの病的賭博の予防措置ということです。シンガポールは非常に安全な国ですが、非常に小さな国家でありまして、シンガポールの歴史を見ますと、最初の首相リー・クアンユー首相は最初賭博、ギャンブルには反対をしていました。しかしながら、結果的にカジノをオープンしたわけです。

その理由は、ツーリズムと、それから国際会議、これはわれわれの経済の一番大きな柱になっています。世界的に競争力を強めたいという政府の要請がありまして、カジノを開催しようということになりました。つまり観光客をもっと呼び込みたい。そして、会議のお客さまを呼び込みたいということでした。

●予防教育の重要性

ということで、こういった考え方、社会の中には弱者グループがあるということは分かっています。ということで、さまざまな安全予防措置が必要だということ認識しました。政府は、観光客だけがカジノに入れるようにということにやりたかったんですが、ビジネスの観点からいくとこれが難しいということで、一番最初に行った安全予防策は予防教育です。中学生全員に安全なゲームのやり方を教育しました。年2～3回になりますけれども、ナショナルカウンセリングのほうで、こちらは予防措置をやっているNCPG（The National Council on Problem Gambling. シンガポール政府問題ギャンブル評議会）がキャンペーンを行いまして、ここで予防教育を行っています。責任を持ったギャンブルの仕方についての指導をしています。

一番大きな機会、特に中国の春節には、1月から2月にかかりますけれども、ギャンブルをしたいということになります。カジノに行きましてギャンブルを楽しむわけです。新年とともにツキが来ると中国人は信じておりますので、カジノに行って春節を祝うということで運を呼び込も

うとします。

●予防教育と入場料徴収

このような教育キャンペーンをさまざまな映画館であるとか、またソーシャルメディアを使って広報しました。YouTube、Facebookにも流しました。特に30歳以下の若い人をターゲットにして、さまざまなニュース、ソーシャルメディアなどを使う方たちに訴えようとしたわけです。

その次のセーフガードですけれども、入場料です。カジノのライセンスを発行したときにネゴシエーションして、8,000円ほどの入場料をシンガポール人からは徴収するということを決めました。しかし、その結果、大変興味深いですけれども、シンガポール人は非常に賢くて、これに関して土曜日の2時とかにカジノに出掛けます。24時間オープンしていますので、土曜日の午後から夕方にかけてカジノで楽しむわけです。基本的には、レクリエーションプレイヤーの方がほとんどですから、夕方から夜までプレーして、そしてうちに帰って、午後の2時ぐらいまでプレーするというので、次の日も同じようなことで2日間楽しむということです。

●予防措置としての排除命令

その次の予防措置として排除命令です。これは大変広範囲にわたっています。次のスライドにも排除命令の中身が出てくるんですけれども、どういうものがあるかということです。この命令の中身ですが、カジノに入れないようにするということです。まず自分自身で排除命令を出す場合、例えば月のうち4回とか、6回は行けるけれども、それ以上はもう自分からは行かないように決めるという自己排除です。

5つのカテゴリーの排除命令があります。まず1つ目、これは自主的なオーダーです。外から強制されるものではありません。これは奥さまとか、旦那さまがこの排除命令を発動するというのが一般的です。パーセンテージからいきますと、オンラインでNCPGのウェブサイトに入っていきます。そしてオンラインでこの排除命令を登録するやり方が説明されるということです。そしてまた、この排除命令をリリースすることもこのウェブサイトから簡単にできます。

もう1つ目の排除命令です。家族による発動です。家族の誰かが問題賭博行為者のカジノへのアクセスを排除するというわけで非常に有効です。特に、依存症になっている方は、自分自身から排除命令を発動することは少ないです。私どもとそしてNCPGもセキュリティシステムがあります。セキュリティーガードが立っています。われわれの経験では、喧嘩が起こるケースもありました。クリニックで月に2〜3回そういうケースがありました。家族がクリニックに依存症の方を連れてきます。そうしますと家族同士でけんかが起こると、こういったことが私どものクリニックでもそういった経験をしています。

こちらがこういった中毒症状の方に排除命令をすることが大変難しいという例です。非常にこの依存症が厳しくなる例としては、男性ですね。

次の排除命令です。雇用者によって発動される場合です。つまり、会社の雇用者が発動しますが、非常にこれは有効です。特に外国人の労働者、例えばパキスタンですとか、働きに来

る外国人、インド人の労働者の方がいます。建設業にかかわる方たちがいます。ギャンブルが大好きな方たちがいます。インド、パキスタンの方ですと、ただでカジノにアクセスすることができますので、サラリーが例えば日当が4,000円、そしてギャンブルをすれば同じ額がすぐにもうかるというわけで、シンガポールに来るために自分の国でローンを組んで、そしてシンガポールで仕事ができるための手続きをしてきているわけです。ですから、このサラリーをギャンブルで失ってしまう外国人労働者というのは、国の家族にとっては悲劇的です。

3つ目の排除命令は、弱者を排除しています。低所得者、頻繁に訪れる方、こういった方たち、例えば会社の金を横領するような方もいました。特に財務担当の方が1,100万ドルを国から6年間にわたって横領して、ギャンブルにつき込んだというケースがありました。ショパールというラグジュアリーウォッチメーカーがありますけれども、そこの従業員が、やはり実はこの例ですけれども、財務のマネジャーで6年間で1,100万ドルを横領しました。

それから、そのほか軍、そして警察といった方たちも排除命令の対象となります。

また、第三者がこういった排除命令を発動するときどうなるのかと、特に家族であったりとか、雇用者から発動される場合何が起るか、その当事者は排除の対象になるわけです。特にこの方から反論がなければ排除されるということになります。

特にNCPG、そして地域社会のほうから、特にそれで問題があった場合は、中毒者を排除するかどうかということコミュニティ、NCPG、そしてその家族、または雇用者で協議することになります。NCPGのほうでカジノに頻繁に行っている方がいると、しかも非常に低所得の家族であるということが分かりますと、われわれNCPGのほうで、この方をカジノから排除することを決定します。NCPGのほうは、家族を守る立場にあります。特に、ギャンブル依存症から救うという責任を負っています。もちろん、各人が自己責任でギャンブルをしなければならぬんですけども、NCPGは社会の信頼を得て家族、企業を守る立場にあります。そのような考え方をシンガポールはしていますけれども、ほかの国ではそうではない国もあるかもしれません。

それから自動的な排除命令もあります。これは社会福祉の援助を受けている方、こういった方たちはカジノに入ることができません。考え方としては分かりやすいと思います。税金から補助を受けている方ですから、そういう方がカジノでお金を使ってはいけないという考え方です。自動的にカジノからの排除をされます。

もう一つ、われわれの治療について、反応についてお話をしたいと思います。3カ月後の追跡調査では、だいたい3カ月後に調査をします。57.4%が賭博をやめるという結果が出ています。多くの方がクォリティ・オブ・ライフが非常に改善したと、賭博頻度が減少しましたということが追跡調査の結果分かりました。

●オンライン賭博の現状と対策

次のお話です。これは海外で初めて公表します。このペーパーはまだ公開されていません。最近出来上がったペーパーです。このデータは、シンガポールにおけるオンラインギャンブリング

の様子です。シンガポールのオンライン賭博は違法でした。基本的には、この提供者はシンガポールではなく海外からで、海外から来るゲームのオンライン賭博をする人間がいるということで、これらのウェブサイトのブロックを政府のほうでしてしていました。シンガポール人が使えないようにしていたんですけれども、多くの方が今バーチャルプライベートのネットワークを使えるような時代になっています。

ということで、このオンライン賭博自体が、実はオフラインの賭博より大変危険だということが分かっています。これはオンラインですから、24時間いつでも電話機から、携帯からできますので非常に難しいわけです。人口統計は100名で、特に中毒ギャンブリングを調べていますけれども、特に若い独身の中国人男性、中国人は非常にギャンブルが好きですから、どうしても多くなってしまう。そして、非常に高等教育を受けている方が大半で、雇用もきちんとして就職もしているということです。平均年齢も32.9歳でした。こういった方たちがオンラインのライブの賭博をしているということです。

この100名のサンプルで、皆さん病的な賭博をしている、そのうちの20%の方たちは家族に賭博問題を抱える方がいるということが分かりました。また、参加者は、不安症状とか、うつ病についても問題を抱えていました。

どのようにしてオンライン賭博が始まるのかということです。友達の紹介ということが大半です。その中には、このオンライン賭博、ウェブサイトの広告、同僚を通じて知ったということです。最初の始まった理由としては、24時間のアクセスができる利便性です。そして、非常にオッズがいいということを言っています。オフラインよりいい、リターンが高いということで、例えばスポーツ賭博、サッカー賭博などもあるわけですが、オンラインのほうが人気があるということで、そういった傾向があります。

44%の方が1日のうちいつでも時間を問わずにプレーするということです。仕事をしている方たちですと、カジノには夜に行くことになります。オンラインギャンブリングとなりますと、いつでもプレーできるということになってしまいます。そして、35%が夜オンライン賭博をしているということです。

そのプラットフォームですが、スマートフォン88%、そして56%が自宅のPCを使用しているということです。オンラインのギャンブラーはタブレットを使ったり、PCを使って、複数のプラットフォームで楽しむことができます。

支払いの選択肢です。まず、銀行振込、それから仲介者、eウォレットです。銀行振込ですけれども、非常に便宜性が高いということでそういった支払いの方法を使う人が多いわけです。

●オンラインゲームの各タイプ

実際にオンラインとするゲームのタイプはどのようなものがあるのでしょうか。73%の人が複数のゲームをしている。平均して2.04ゲームをプレーしているということです。もともとこれはどこの国のサイトなのかということです。フィリピン、マレーシア等の東南アジアの国、そして香港のものもありますし、中国のものもありますし、米国のものもあります。

それでは、オンラインでプレーするゲームのタイプでもっとも人気が高いのがサッカー賭博です。ティーンエイジャー、そして若者もサッカー賭博をオンラインで行います。これがオンラインゲームの最初のエントリーポイントとなるのでしょうか。それが90%、44%がその他のスポーツ賭博、27%がカジノゲームということです。オンラインでほかのタイプのゲームをすることもできます。

フリートップレイといわれる無料ゲームがあります。キャッシュシステムを取っているものもありますし、あるいはスマートフォン等を使ってキャッシュではない報酬、勝ったときに何かもらえるというのが付くものがあります。Facebook、あるいはほかのモバイルアプリを使ってアクセスできます。

31人の人が無料ゲームは中毒性が少ないと言っていますけれども、しかしながら4人は中毒性は同等であると言っています。27.8%ですけれども、仮想通貨を使うことによって、これは実際のお金、実際のキャッシュを使うことを助長すると感じています。

それでは、従来型の賭博、あるいはオンラインの賭博です。81%の参加者です。オンライン、オフライン双方の賭博をやっていると、オフラインとは従来型のカジノです。そして競馬等を含みます。このオフラインのゲームですけれども、オンラインでもっとも人気があるのはサッカー賭博です。

それではオンラインギャンブルिंगをすることでどのような影響があるのでしょうか。74%の人ですけれども、オンライン賭博がほとんどの問題の原因となっていると言っています。21%の人がオンライン、オフライン、その問題を起こす程度は同じであると言っています。まとめますと、オンライン賭博というのは問題を起こす可能性が非常に高いということです。サッカー賭博がシンガポールにおいてもっとも大きな問題となっています。

オンライン賭博の結果、影響です。財務的にマイナスの影響があるということ、精神的健康が損なわれるということ、人間関係にも悪い影響があります。これがオンライン賭博の悪い影響です。

●オンラインギャンブルिंगの特徴

オンラインギャンブルिंगの4つの特徴です。アクセスしやすいということ、利便性が高いということ、2つ目は、勝算が高いということ、そしてライブ賭博ができるということ、支払いが簡単であるということ、クレジットカード等を使うことができるということです。

こちらがリスク要因ということです。ギャンブル依存症の人のリスク要因となるのは、最初に大きく勝つことです。負け続けるとほとんどの人がギャンブルをやめるんですけれども、最初に大勝ちしてしまうと、これですとお金をもうけることができるかもしれないと勘違いしてしまうわけです。そういった間違っただけの確信を持つことによって、それがリスク要因となります。

2つ目です。ギャンブルに簡単にアクセスできるということ、そして、例えば宝くじであるとか、カードゲームであるとか、ルーレットであるとか、勝算がどれくらいあるのか、勝ち率がどれくらいあるのか、それについて間違っただけの考え方を持っている人がいます。そして迷信的な考え方を

して、現実よりも高い勝算であると信じている人がいるということです。どれぐらい勝ったのか、どれぐらい負けたのか、その体験にも影響されます。

●ギャンブルのリスク要因

そして、もう一つ大きなリスク要因になると、最近離婚したとか、失業したとか、家族の中で亡くなった方がいるとか、退屈であること、さみしいこと、それがリスク要因となります。定年退職した人が退屈になるとギャンブルをするということです。そして衝動的な行動を取るという傾向を持つ人は、それ自体もリスク要因になります。

このリスク要因の中には、金銭的問題、財務的な問題を抱えているということ、そしてほかに趣味がないこと、そして精神健康の問題を抱えている人がいます。ギャンブル依存症ですけれども、例えば虐待を受けた、精神的外傷を受けた、トラウマがあるということ、そして親がギャンブル問題を抱えているということ、ほかの依存症があるということ、例えばアルコール中毒であるとか。そして、勝つこと、負けることに対してそれを自尊心にひもづけるということです。つまり勝つと自尊心が上がる。負けてしまうと自尊心が持てないとひもづけてしまうということです。

ギャンブルという行動を続けるということです。それが問題であることを認めない、否認するということです。そして、負けてしまうと、それを取り戻そうとすること。そして、最初に大勝ちしてしまうと、それが忘れられないということです。負けたときのことは忘れてしまう。これが問題を解決する一番早い方法だと思うということです。お金をすってしまったと、ですから、ギャンブルで勝つことが一番早く回復できる方法だと勘違いしてしまうわけです。現実から逃避するという、例えば家庭とか、職場とか、そういったところで問題を抱えていると、そういった現実から逃避したいということでギャンブルを続ける人がいます。ストレス解消の方法としてギャンブルをする人もいます。勝つと何か通常だと買えないものが買えるということでギャンブルを続ける人がいます。

ギャンブラーがなぜそういう誤った思考をするのか、まず、コントロールができるという錯覚を持っていると思います。結果を予測できる。コントロールできる能力があると考えていると、お寺に行って祈ったりとか、いろいろそういったことをして結果を予測、コントロールできる。それから、自分にはギャンブルに関してスキル、経験がすごいと、勝つチャンスが高いんだと、ルーレット、そして数字の組み合わせ、次に何が来るかというのはもう分かると考える人がいるわけです。

しかし、すべてのカジノ店のゲーム、これは最終的には胴元が勝つようにできているということです。そのほかの誤った思考ですが、迷信を信じるような態度です。日本ではどうか分かりませんが、シンガポールの方は赤が大好きです。これはもう本当にツキを呼ぶと思われています。そして、特定の数字の日に賭けをするとツキを呼び込むとか、そういったことを信じていたりします。

そのほかの誤った考え方、ゆがんだ考えです。ギャンブラーはもう次には絶対勝てると、ここ

まで負けたんだから、もう6回負けたら次は絶対勝ちだと。必ずしもそうではありません。そしてまた、特定のジャックポットマシンを見て、これは20あるとすれば2番目が私にとってラッキーナンバーだと、そのナンバーツーマシンにかつていい思いをしたということです。そして、いつも負けて、負けて、負けていると、次には必ず勝ちが来ると、そういう誤った、ゆがんだ考え方を持っている人もいます。

ということで、これはギャンブラーの誤った思考です。一定期間に何かはいつもより頻繁に起きたら、これはもうあるときにはもう起こらないと、またその逆も同様であると、そして、こういった精神医学的な虚像性がギャンブリング依存症にはあります。ギャンブリング障害には不安障害、情動障害、そしてトラウマ、そのほかさまざまな障害、薬物使用障害などが絡んできます、人格障害、そして最後に注意欠陥障害、こういった障害が絡んでいます。ギャンブリングの障害は一つの障害、疾患ではないということで、そのほかのさまざまな障害と組み合わさっている系が多いです。

ギャンブリングの社会的な代償です。特に中毒になってしまうと家族、社会関係が壊れてしまいます。2つ目、仕事の生産性にも影響が来ます。また、時としては犯罪に及んでしまうことがあります。先ほどの1,100万、ショパールの女性マネジャー、この方は15年間の刑を受けました。こちらは、オーストラリアの調査ですけれども、国が賭博で毎年50億ドルを費やしているという調査があります。

そのほかにもそういった調査はあります。ギャンブルをして46ドル利益があるときは、社会的代償が289ドルあるということも出ています。また、年間540億ドルもの費用が経済的に必要となる。そして、4年ごとの景気後退によって失われる生産高に匹敵するということです。

ということで、シンガポールでは、こういった金銭横領で2人が投獄されるという例がありました。お金を会社から横領する。カジノのチップ、カジノでごまかしをしようとする人たちが出てきます。つまり、数人でもって一緒にプレーをして、カジノの胴元側をだまそうとする人たちがいるわけです。これは私たちの経験では、患者の20%がこういった犯罪絡みの問題を起こしたという数字が出ています。

これは最後のスライドになります。この後でブレイクを取ってQ&Aに行きたいと思います。どうもありがとうございました。

報告 3

「米国の依存症対策について」

ケン・ウインタース博士(Dr. Ken Winters, 責任あるゲーミングのための全米センター
NCRG・科学諮問委員会前委員長 Chairman of NCRG Scientific Advisory Board)

●自己紹介

私は、ちょっと凝縮した形でお話をしたいと思います。2人の専門家の先生から非常によいお話がありました。重複する部分はスキップしたいと思います。その部分ですけれども、それをまとめる形で、そしてハイライトすべきところを繰り返しという形で話を進めていきたいと思ひます。

私はミネソタに住んでいます。米国の中でも北部になります。非常に寒くて、日本に来る前ですけれども雪かきをしてきました。非常に寒いところです。ミネソタというのは、ギャンブリングについては非常に興味深い場所です。私はギャンブリングの研究者として仕事をしてきました。ミネソタ州ではカジノ、宝くじ、それを同時に合法化しました。1990年初頭のことでした。その後、研究のプロジェクトに参加して、このトピックについてもう20年ほど研究を行っています。

ミネソタですけれども、これはどこが日本に関連性を持っているのかということです。小規模から始めてそれを拡大したということです。日本においてはIR、統合型リゾートのプロジェクトが進んでいると思ひます。これが社会的、そして健康上の問題になるかもしれないということです。同じような体験をしておりますので、20年間実際にカジノが合法化されてから、ゼロからカジノが合法化され、カジノがオープンして、宝くじもなかったわけですけれどもそれも同時に合法化された。その後何が起こったのかという体験を共有していきたいと思ひます。

私の研究は若者のギャンブリング、そしてギャンブル依存症の治療ということです。そしてまた、文献をいろいろレビュー、生かしまして、昨年9月に70ページのリポートが出てきました。そのリポートの中で、有病率の調査をどのように有意に行うのか、そして、対策に関するさまざまな問題がありますので、この70ページのリポートは日本語に翻訳されて、皆さま方もお読みいただくことができると思ひます。

そして、スライド(引用省略)の中にはそのリポートからの抜粋もありますので、フルのリポートに関しまして、また翻訳された後、お読みいただければと思ひます。

●ギャンブラーの実像

グリーンの部分ですけれども、このスライドはちょっと先のスライドになりますが、これはギャンブルに関与することですけれども、それに対する対策をどのように作っていけばいいのかということに関するものになります。

これはラベルの使い方は違いますが、考え方はご理解いただけると思ひます。2つの国のボックスがありますけれども、ほとんどのギャンブラーというのは娯楽程度のギャンブラーと

ということです。ギャンブルを行う人のほとんどの人がここに当たります。ミネソタだけではなくどの国でも、米国でも、そして他の国においてもほとんどのギャンブラーは娯楽としてギャンブルを楽しむ人たちです。そしてギャンブルのチャンスがあったら娯楽程度に行うということです。

これは社会的健康の問題はないということです。非常に安全なレベルでギャンブル行っている。これは頻度には関係ありません。週に1回の人もありますでしょうし、それは安全なレベルですね。そして自分の収入に合わせた賭け金しか使わないと。そして時間も許されたものしか使わないと、仕事を休んでまでギャンブルをするようなことはないということですよね。そして現実的な自分のフリータイムを使ってギャンブルをしているような人たちです。

●リスクのあるギャンブラー

2つ目のイエローの部分ですけれども、これはリスクのあるギャンブラーと呼んでおります。これは数的には少なくなります。非常にパーセンテージにしますと少なくなるのですけれども、問題の兆候を見せ始めているところです。

最小限ではありますけれども、社会的そして健康面での問題を見せ始めている、その兆候を見せ始めているということですが、ギャンブルですけれどもすべき以上のレベルでギャンブルを行っているであるとか、仕事を休んでしまうであるとか、そして他に使わなければいけないお金をギャンブルに使ってしまうであるとか、貯金しなければいけないものをギャンブルに使ってしまうとか。

例えば他に対する支払いがあるのに、それをせずにギャンブルに使ってしまうとか。ですからギャンブルで少し問題的な行動を見せ始めている部分ですね。

しかしながらこのレベルでも問題だと思われるのですけれども、それに気が付かないでこのグループに入っている人がいます。そして周りの人も気が付かないかもしれません。明白に分かる兆候というのを見せないことがありますけれども、問題になってくるのはこのレッド、赤の部分です。これはギャンブル依存症の部分です。

そして2人の先生からDSM-5の診断基準のお話がありましたけれども、この赤に属する人ですけれども、継続的にギャンブルを行う、そして深刻な社会的そして健康上の問題を起こしているにもかかわらずギャンブルがやめられないというものです。ですから時間も使い過ぎているとか、非常にマイナスのさまざまな影響が出てくるわけです。

そして典型的な兆候と致しましては、負けた分ですけれども取り返すことができるという間違った確信を持っているわけです。幾らかは取り戻せるかもしれませんが、結局は負けてしまうのがギャンブルですので。でも非常に少数、パーセンテージ的には非常に少なくなります。これがギャンブラーのタイプということです。

大半のギャンブラーは安全なレベルでギャンブルを行っている、そして少数ではありますけれどもゲームの犠牲になって問題の兆候を示し始めている、中程度のギャンブル依存症になりますでしょうか、リスクのあるギャンブラー、そしてギャンブル依存症の人たちということです。

●自然回復もある

河本先生がおっしゃったのは、これは1つのところにとどまるものではなくて、この周期を繰り返すということです。例えば安全レベルで楽しんでいた人たちが黄色のところに行ってしまうと、そしてまた緑に戻るであるとか、年ごとにその周期を繰り返すということです。

グリーンとイエローですね、その間を行ったり来たりするというのが一番典型的かと思います。ギャンブルをしていた安全レベルで、しかしながらちょっとそれが過度になってしまうと、そしてそれに気が付いてそしてグリーンのところに戻ってくるということです。河本先生がおっしゃったように自然に回復するということです。何年間もこのパターンを繰り返すという形が多いかと思います。

そしてごくまれに赤のほうに行ってしまう、そしてギャンブル依存症になってしまうということですが、ここに来てしまいますと元に戻るのは非常に難しくなるということです。実際に専門家による治療が必要になってくるという部分です。

この赤の部分ですけれども、同僚が気が付くことがあります。早期の兆候を同僚が気が付いて、このギャンブル依存症という領域に入ろうとしていると、そこでは対策を考えなければいけませんけれども、それぞれのグループに対する異なる対策のアプローチがあると思います。最も一般的なのは娯楽程度のギャンブラーということですが、安全レベルのギャンブラーでも対策が必要になります。

その安全なレベルを維持するためには何をしなければいけないのかという教育プログラム、これはこのレベルの人たちへの対策ということになります。問題ギャンブラーにならないようにということですね。そして一般大衆に向けてその認知度を上げるようなキャンペーンというの、このギャンブラーのタイプに属する人たちへの対策ということになると思います。

これは非常に広い範囲をカバーするプログラムということになります。つまりメディアを通して全ての人びとに訴えかける、訴求するというキャンペーンになると思います。それぞれのタイプごとに対策を考えるということです。

これは臨床的なアプローチということで、そしてスクリーニングをしてブリーフィングをする介入というふうに米国では言うておりますけれども、そしてギャンブル依存症の人をどのようにスクリーニングするのか、測定するのか、そして相談に乗ってあげる、話を聞いてあげるということです。

●ギャンブル依存症月間

そして米国で行われたキャンペーンの1つに3月をギャンブル依存症の月というふうにししました、3月の1カ月ですね。そしてギャンブル依存症に関するさまざまな問題に関しましてのキャンペーンを行いました。

そしてスクリーニングをする日というのをつくりました。そして医療健康従事者に対しまして、その彼らのクライアントに対しギャンブル依存症に対するスクリーニングの調査をするということです。そうすることによってこれをヘルスケアシステムの中に組み込むことができる、通常の

健康診断ですね、それにこのスクリーニング、ギャンブル依存症に関するスクリーニング項目を入れることができるということです。

そして2つか3つの項目がありまして、それに対して2つ以上のイエスがあった場合ですけれども、それはなんらかのカウンセリングが必要になる方ということになります。

そして3つ目のグループですけれども、対策としましてはこれは専門家による治療が必要になると思います。そして治療を行う人たちの教育を行うということです、それも必要になりますし、集約的な臨床の場での治療というのが実際に必要になると思います。心理学者そして精神科医による、これは精神病に対する治療ということで。

精神医学の分野では非常に洗練度の高い専門家が米国にはたくさんおりますので、彼らのスキルを特にギャンブル依存症に関する治療ができるようなスキルにまで持っていくということです。これは非常に専門的な分野ということになりますけれども、そうすることによって効率的に治療の対策ということで、今あるその精神医学に携わる人たちのスキルを使ってギャンブル依存症の治療をすることができると思います。

行動を変えていくためには臨床上の中核となるスキルが必要になると思います。そしてまたギャンブル依存症に特化した、この障害に特化したスキルが必要になる部分がありますので、精神医学に携わる人たちにその部分のスキルを付けてもらうということで、効果的な治療ができるかと思います。

●ヘルプラインの活動

対策ですけれども、この3つ全てをカバーする部分、ヘルプラインのサービスがあります。これは非常に効果的だと思います。コスト効果が非常に高く、情報提供という部分がありますし、また例えば娯楽程度のギャンブラーですけれども、例えば友人であるとか同僚で問題を持っている人がいると、その人たちがそういったカウンセリングを受けるためには何をすればいいのかといった電話での相談もあります。

そして家族の人たちから、問題の徴候を見せ始めていると、何かできることはないのかといった相談もあります。イエローとレッドの部分ですけれども、これはもう実際に問題が顕在化している部分になりますけれども、コミュニティーでそういったサービスが利用可能であると、汚名（スティグマ）というふうにならない形でこのイエロー、赤の人たちを治療という方向に持っていかなければいけないわけです。

ミネソタ州におきましては一般大衆の人たちはカジノの数がゼロだったのに、今13あるわけですけれども、宝くじも非常に大規模なものがミネソタ州にはあります。そして公衆衛生のセーフティーネットというものをミネソタ州で持っておりますので、州で全体で使えるようなヘルプラインのサービスがあります。

例えば宝くじの上にヘルプラインの電話番号が書いてあったり、例えばカジノのコマーシャルの最後にヘルプラインの電話番号が書いてあったりであるとか。カジノにおきましてはポスターが張ってあって、そこにヘルプラインの情報が書いてあったりであるとか。ヘルプラインからの

情報ですけれども、これは州にとっても非常に大きな価値を生むこととなります。

ですからどのようなサービスが必要なのか、そのニーズについてそれをつかむことができますし、日本もそうだと思いますけれども、ヘルプラインのデータを使ってどのような形で治療のサービスを拡大しなければいけないのか、その根拠とするということです。ですからこのヘルプラインにとっては非常に価値があると思います。

●カジノがとるべき対策

それではここで非常に重要な対策についてお話をしていきたいと思います。こちらはカジノが取るができる対策です。これも非常に全ての分野で有効です。多くのギャンブラー、全ての方が安全なギャンブラー、カジノのギャンブラーが安全なギャンブラーなのかということですが、ここで考えたいのがこの方が安全なギャンブラーであるためのどういうサポート、何ができるのかということで、そして何か問題が起こるときカジノ側もどういうサポートができるのかということを考えていかなければなりません。

これは今アメリカのほうでは、そしてカナダではリサーチが始まりました、ヨーロッパでもモデルをつくらうとしています。今、技術がどんどん発達して使うことができる技術が出てきています。効率良く対策を取っていく技術です。

例えばソフトです。これはゲームマシンの中に導入してプレーを管理するソフトです。そしてプレーしているお客さまに何時間、時間、どれだけお金をかけたかということが分かるようになります。またATMとかキャッシュへのアクセスを制限する、シンガポールはそういう対策を取っています。

●自然回復のためのサポート

そして特にクレジット、そして借りられるお金の金額を制限すると、こういったこともカジノが考えてどれだけキャッシュを制限するのかと、そうすることで夢中になっている方、どれだけキャッシュを自分が使っているのかということが分からなくなってしまう人には有効です。

MGMのほうでもカナダの企業と契約を致しまして、ゲーム・センスという商品の開発と評価をさせています。これはカジノの中で使われるリソースになりまして、情報をプレーヤーに対して提供します。自分の今ゲームがどういうふうに行進しているのかと、支出プランをどういうふうにするのかと、問題を避けるための自己評価クイズなども入ってきます。

また人的なコンポーネントも入っています。カジノが誰かギャンブラー、問題がありそうであるというのを見ますと、キヨスクに行きサポートができるようにというふうにします。

ここに出ている例、大変面白いのですが、情報だけでなくアクセス、特に人とのやりとりにも関わっております。ギャンブラーが今ちょっと自分が衝動的になっている、これをもうちょっと冷静になるためのフィードバックがもらえると。これは臨床的なサービスではありません。これはオフィシャルなカウンセラーではないのです。

誰かと軽く話をするだけで、何が今起きているかを思い出させてくれると。今どういうふう

に感じていますかというようなことを非臨床的に思い出させてくれる。多くのことが、多くの仕事、例えばボスから従業員に対して会話が起これば、仕事するときどういふ態度で仕事に臨んでいるのか、それをソフトでもって提供すると、アドバイスもくれるのです。ですからセラピストのアドバイスではなくて、友達、仲間、とても助けになるアドバイスがもらえるソフトです。

●発病率を高めない方向への支援

それではここで重要な質問でよく各国、各コミュニティでカジノを入れようとしている、ミネソタでももう問題になりました。カジノそして宝くじを導入しようとしているとき、もっと大きなグループ、黄色、赤が増えるのじゃないかと心配するわけです。

ミネソタではもうすでに問題のあるギャンブラーがいました。例えばラスベガス、ニュージャージーでもアトランティックシティでもカジノがあります。こういった所でもっとこの黄色、赤の人が増えるのかと。日本でもその質問が出てくるでしょう。世界中で同じことを心配してきたわけです。

この発症率、発病率、13カ国がカジノを持っています。1つはまず推定軽度のギャンブル問題、また推定できるギャンブル障害が出る率、そしてもう1つギャンブル障害の数字です。一貫性があります。13カ国を見て一貫性があるということがお分かりになります。

ちょっと高いのが軽いギャンブル障害です。そしてほとんどの数字が低いのですけれども、パーセンテージとしては低いです。これが大きくなっては困ります。1%、2%でも実は大きいのですよ、5%になってしまうと10%になる可能性もあるわけです。

ということでここで特に重要になるのが、どれだけギャンブルの機会が多いと有病率が上がるのではないかとということです。しかしそれには順応することはできるのではないかと考えています。1つはこういったエクスポージャーがあると、そうすることで問題を避けることができるのか、それとも順応できるのかと。

最初はいろいろと変化が起こってくると思いますが、この発病率がノーマルに戻っていくのではなからうかという、これは2つの考え方、エクスポージャーまたは順応するのかと。

このディスカッションがミネソタで始まった時、他の業界で問題がありまして、これが私たちにとってはヒントになりました。有名なドーナツのチェーンなのです。クリスピークリームというドーナツチェーンなのですが、ここでとてもいいドーナツを作るのです。非常に全国チェーンにまで広がっていきました。

このショップがツイン・シティにはなかったのです。フランチャイズのほうでちょっとそっちにも大きく拡大したと、8カ月で20のドーナツショップが私の市、ミネソタで出てきたと。ですから20分も行けば1軒はクリスピーショップがあるのです。

最初の3カ月はドーナツがいっぱいありました、おいしいねと。すごくもう甘くておいしい、特に甘いもの好きにはこたえられませんでした。それからその後売り上げがだんだんと落ちていきまして、そのクリスピーが20以上になりますとどんどん減ってきたということでありまして、

どんどん新しいドーナツが来た人気になりまして、そして甘いもの好きの人が集まったのですが、ある時点で順応が起こってしまったと。そうするともう別段要らないと、ドーナツもう閉口だと、それが順応なのです。

ということで人間の行動にはこういった適用モデル、これはギャンブリングにも当てはまるわけですが。何かが大きく増えてしまいますと、IR、日本で例えばパチンコがものすごく増えてしまうと、これはQ & Aでも出てきますが日本でもギャンブリングが多いですね。パチンコパーラーは多いです、パチンコ店。

そしてカジノリゾートが2つできた時、その段階ではこれは拡大ではありません。アメリカはもっとあります。アメリカはミネソタではここ20年、非常に大きく拡大が起こって問題がだいたい1%ぐらい1990年代、今20年、13のカジノがありまして宝くじはだいたい1%ぐらいの問題を抱えています。

国でも同じことが言えるのです。ギャンブリングの機会はどんどん増えたと。2時間も車でドライブしていけばギャンブルできると。宝くじまたはゲーミングマシンが地元できると。しかしそれに対して人間は適応するのです、こういったゲームに順応できます。世界中どこでも各個人がそういうギャンブリングの機会に対して楽しくそして適応すると。

しかし良い対策を取った後は、リスクのあるギャンブラーでもしっかりとした対策さえ取れば、ギャンブリングに溺れることはない。レクリエーションギャンブラーのレベルでとどまることができる。これは今ある問題に対する1つの解決になると思います。もちろん問題が新しく出てこないことをこれは予防していきたいものです。

ということでギャンブリングの予想をするということは大変重要で、広範的な対応システムを導入する、準備をするということが重要になります。ミネソタ州はそう致しました。宝くじの導入、またカジノの導入にこういった対策を取ってきたわけです。多くの州がそういったことを致しました。

ということで何か拡大するとき、そこではこの拡大を動機として、きっかけとしてさまざまな企業がしっかりした対策を取っていくというオポチュニティ、機会にもなるわけです。

●障害の自覚と自発的立ち直りへの支援が必要

さてもう1つ、われわれの教訓を、特に20年間リサーチをしてどういう教訓があったのかということをお話ししたいと思います。特に悪いイメージ、汚名にどう対応するのかということですね。問題を抱えている人が助けを得られない、それは悪いイメージ、刻印が押されるからです。

一般の大衆が河本さんのプログラムのようにしっかりした治療が得られると、そうすることで治るのだということ、問題のある方がまずそれを認識しなければなりません。そうでなければどうしても問題になるわけです。こういった助けを求めることで何か個人的な問題が嫌な悪いイメージを持つと、そういったバリアーを取っていききたいですね。

皆さんのスライドの中の後ろのほうを見ていただきますとこの1ページが出てくるのですけれども、人々に自分たちは実はサポートが必要な問題があるのじゃないかということ認識してい

ただくためのチャートです。例えばいつも爪をかむ癖があると、これを治したいと。それから長い間自分がこの爪をかむ癖が悪いとは思ってなかったと。

しかしこの前熟考期ということがありまして、ここでは自分がやっていることが、これが問題なのだということが分からないステージです。しかし友達が、これはやめたほうがいいよ、ちょっと何かイライラしているように見えるよ、神経質に見えるよと、不安障害があるのじゃないのと、爪をかむのはやめたほうがいいよという友達からのアドバイスが出てきて、じゃあそうだなと、いい考え方もかもしれないと。ここが熟考期になります。ちょっとこれ、何か自分の癖なのだということ自覚できると、これをちょっと変えていこうと。

その次が準備のステージです。その後に行動が来ます、4番ですね。そしてここでサポートを得るわけです。自分が改善すべきことが分かってくると、その後5と6になりますが、5のままこれは維持期ですね、健康7時期です。それに対して再発、リラックス、6です。ここは新しいサイクルが再発で始まってしまうと。

何か悪い癖があるとき、自分がそういう癖があるということがまず分からないということで、それを変えなければいけないという認識が生まれるまでには時間がかかると。禁煙、アルコール、飲酒、ギャンブルもそうです。ここでの鍵となるのはこの一番のところ皆さんとどまっているということだと思います。自分の問題が何か分かっていないと、また否定してしまうと、サインが出てこれを無視したままで悪い癖を引きずっていくということです。またスティグマ、悪いイメージですね。

そうしますとサポートがある、ヘルプがあるということが分からないということで、この1のところとどまってしまうということで、公的なキャンペーン、人々に対してセーフネットがありますよと、ヘルプラインがありますよ、この問題にはサポート、解決の道がありますよ、ということが分かればこの1のステージにとどまる人も少なくなっていくと思うのです。

●カウンセラー育成が必要

それに関連するのですけれども、対策に関するリソースです。その資源をワークフォース、人材に対するスキルの向上に使うということです。米国におきましては、そして他の国もそうですけれども2つがありまして、1つはその精神医学の分野で働く全ての人に対しましてギャンブル依存症、ギャンブルの問題に関するスキルを持ってもらうということです。

そしてその患者さんに対しまして15分間のカウンセリング・セッションを持つことができると。例えば悪い兆候を見せ始めている人に対しまして、カウンセリングを提供するようなスキルを精神医学の分野で働く人たちにトレーニングをすることで、カウンセラーになれるようにしてもらおうということ、そういった教育プログラムを展開するということ。

そしてもう1つ、そのスキルを向上するという意味で、併存症というのがあります。そして2人の専門家の先生から話しましたがけれども、ギャンブル依存症というのはそれが単発するものではなく、他の精神障害を同時に併発している場合が多いわけです。

さまざまなデータがあってそれは全てこのことをサポートしているのですけれども、実際にこ

れは以前からあった症状であると。そしてそれがギャンブル依存症になることに貢献している、寄与している可能性があるということです。ギャンブル依存症が最初で、そして他の問題が起こるのではなく。

ですから臨床の場で働く人たちですけれども、それを特定できるようなスキルを持っていないわけではいけません。そして財務的なカウンセリングができるということも、そのカウンセラーにとって非常に重要なスキルということになります。

その財務的な問題、金銭的な問題を抱えている患者というのは実際多いわけですので、私は臨床心理学者ですけれども、そして4年間のトレーニングを受けてどのようにさまざまな障害ですけれども、さまざまなモデルを勉強しましたけれども、その財務的な金銭的な問題について助けるというスキルはなかったわけです。ですから、そしてその金銭的な問題がドミノ状態になって家族の人たちに迷惑を掛ける、悪い影響を与えたりするわけです。

ですから対策の中には金銭的な問題、それをどのように解決するかも含まれていなければいけません。多くのギャンブラーですけれども、全て例えば銀行口座もちゃんとしているし、そして請求書も全部支払っているしという形を取っている人もいます。しかしながら他に使わなければいけないところをギャンブルに使ってしまうということです。それが問題の始まりなわけです。

そしてそういった状態になりましたら支援が必要になるということです。なんらかの介入が必要ということになります。それにはカウンセリングが非常に効果的なのですけれども、そのカウンセラーがそれを理解してそのスキルを持っていないといけない、その教育が重要になります。

●資金拠出の在り方

そしてもう1つの教訓ですけれども強調したいのは、研究プログラムをどのように開発するかということですが、非常に素晴らしいチャンスがあると思います。現在の研究に加えてそれをこの現象を含める形で研究のプログラムの幅を広げていくということです。

私が言及したグループ全てに関連するのですけれども、その対策の効果について、そして治療の奏効について、そして新しいIR (Integrated Resort. 複合観光施設、統合型リゾート)、そこをモニターするような、そしてどのようにそのIR自体が対策を取るかということです。それに関する研究もあります。

米国におきましては1つ非常に興味深い例なのですけれども、NCRG (責任あるゲーミングのための全米センター。The National Center for Responsible Gaming NCRG)、責任あるゲーミングのためのナショナルセンターですけれども、これはNPOです。ここでこのトピックに関して研究プログラムを作りたいときですけれども、ギャンブル依存症に関する研究ですね。

これが連邦政府から資金が出ることはなくなりました。ですから研究のためにどこかからか資金を調達しなければいけないわけですが、アメリカで研究をどのようにするかといいますと、ゲーミング業界からお金が出ます。カジノをベースにした業界ですけれども、これは100万ドル、年間ですね。NCRG (責任あるゲーミングのための全米センター) ということで100万ドルの資金、予算をもらいます。責任あるゲーミングのためのナショナルセンターという

ことで。

そしてここでギャンブリング了解からの影響を受けることなく、どのような研究プログラムを行うかということはNCRGが使えるわけです。ギャンブル業界はお金は出しているわけですが、どのように研究が行われるのかについてはその意見を言うことができないということなのです。そしてその研究の結果ですけれども、それをどのように普及していくかということです。

●研究者の主体性確保

このフローチャートですけれども、非常に重要なのはサイエンティストたちが研究のためのアジェンダを決めるわけです。そしてどのリサーチ研究のチームが、グループがその資金を獲得するか、それを決めていくということです。それをNCRGが行っているわけです。そしてその結果が公開されます。これは18年間このような形で研究プログラムの資金調達が行われています。

18年間で1,860万ドルというお金がこの研究プログラムに使われました。100以上のプロジェクト、研究プログラムがあったわけです。そしてさまざまな論文も1,000以上のものが発表されました。NCRG（責任あるゲーミングのための全米センター）がないとこのように効果的な研究プログラムは成り立たないでしょう。

対策のための資金ですけれども、それは政府が出すかもしれません、あるいはゲーム業界から来るかもしれません。あるいは民間分野から来るかもしれません。一般大衆ですね、そのお金の使途の透明性を保つためには、こういったシステムが必要になります。研究者たちがそのプロジェクトに関しましてアジェンダを決めると、そしてそれが資金提供元からの影響を受けることなく決めることができるということです。

そして各諮問委員会のようなところでモニターをするわけです。そしてここでトピックは非常に有効であるということ、そこの科学諮問委員会のようなところで担保するわけです。そして非常に一流のサイエンティストたちが資金潤沢に研究プログラムを展開することができるということです。

ミネソタにおきましては政治家たちがどのように研究を行うかについて、ベストの意思決定をすることができないわけです。そういったアイデアはあるわけですが、そのお金が非常に複雑な問題を解決するために十分にあるとは、10万ドルというお金ですけれども、これは3年間、例えば治療のシステムをミネソタに作るということです。これは科学的な証拠を基にしたものであるということ、それで十分であると考えているわけです。

しかしながら非常に複雑な科学的な研究プロジェクトですけれども、そして無作為化した対照群のあるトライアルを行いますと、それだけのお金では足りないわけです。政治家たちはそれを十分に理解しておりません。有効な治療をつくるためにサイエンティストがこういったプロジェクトを行うとそれはどれぐらいのコストがかかります、それはちょっとお金がかかり過ぎますねという話になってしまうわけです。ですから優先順位が間違っただけで決められてしまうということです。

サイエンティストたちはどのような研究プログラムのアジェンダに高い優先順位を置かなければ

ばいけないかということが分かっておりますので、ミネソタの20年前と比べると何か研究プログラムを行うときですけれども、どこに資金を求めればいいのか分からなかったわけです。そういったNCRGを使ったような方法論がまだ確立されておりましたので。ですからそこでミスをお犯してしまったりするわけです。

河本先生のレポートにもありましたけれども、非常に有効な調査を行うためには、その質問状の項目ですが、それを洗練されたものにしなければいけないと。そしてそれは科学的証拠に基づくものでなければいけないということです。そうしなければミスを犯してしまうということです。それは以前の状態ですけれども、その状態が改善してきております。

こちらですけれども、英語のウェブサイトになりますけれども、皆さま方のご関心がある分野かと思えます。NCRG（責任あるゲーミングのための全米センター）は責任あるウェブサイトを持っておりまして、NCPG（The National Council on Problem Gambling）、これは全米問題ギャンブル協議会ということですが、これはギャンブル依存症に関する一般大衆の認知度を上げるための活動を行っています。

私も執筆者の1人だったわけですがけれども、昨年9月に発表された論文で、国際的にさまざまに取られている対策ですけれども、それに対するガイドライン、そして各国で成功を収めている対策、その対策ですけれども、有効であるかもしれないけれどもまだ科学的証拠としてサポートされていないもの。

例えばギャンブルができる年齢ですけれども、18歳が適当なのか21歳が適当なのか。それに関しまして答えがあるような論文はこれですというように言うことができないのですけれども、アメリカにおきましてはほとんどのカジノが21歳という年齢制限を求めています、18歳のところもありますし。

そしてPR、そして広報のツールとして非常に21歳というのはいいかもしれません。ですけれどもカジノ内でアルコールが売られていることありませんので、この対策は有効なのか、認められるべきなのか。

対策の中にはアルコールですけれども、ギャンブルに影響を与えることはないというふうにありますけれども、しかしながらアルコールによりましてその抑制が、たがが外れてギャンブルの行動が加速してしまうようなことも言われておりますけれども、まだそれは科学的な証拠がないわけです。

そういったことがこのレポートの中にいろいろな問題点と質問が入っております。きょうは本当にお時間を頂きましてありがとうございました。この後ちょっとディスカッションに時間を持たせたいと思いますので、ここで終わりたいと思います。ありがとうございました。

質疑応答

1 報告者間の質疑応答

齋藤（コーディネーター）

それでは長時間ご清聴ありがとうございます。質疑応答の時間、登壇者間の質疑応答に入ります。コーディネーターの私・齋藤が担当させていただきます。

今日先生お三方、非常に貴重なお話を頂きまして、事前にかなりいろいろなこれはどうだ、あれはこうだ、それはそうだ、もうメール、電話、いろんなご質問とかご意見とかいろいろ伺っておりまして、ちょっとその辺りをご紹介しながら先生方に少し疑問事項をお伺いしたいというふうに思っております。

まず河本先生でございますけれども、今回ご紹介いただいた PPDS（Pachinko-Pachislot Playing Disorder Scale の略。公益財団法人・日工組社会安全研究財団によるパチンコ・パチスロ遊技障害尺度）の他、さまざまな日本における主要な疫学調査について非常に指導的な立場を發揮されてきたというふうに認識しておりまして、そういったご知見に基づく疫学的な調査および治療戦略というところで、非常に素晴らしいお話を聞かせていただいたと思っております。

またウインタース博士とチョコ博士につきましては、今回来日をいただきまして、非常に世界的に先進的な研究および治療等を行われているということで、昨日も与党の PT にご招へいをされましてご報告をされ、非常に熱心な質疑が行われたということでございます。

やはり非常に社会的な関心が高い事項であるというふうに認識しておりますので、事前にいただいたご質問とかで、そういったところを踏まえながら少し最初に質疑をさせていただいて、その後先生方に少しもし交互にご質問があればしていただくと、その上でフロアのほうから追加のご質問を頂くと、こういう段取りにさせていただければと思います。

●シンガポールでの効果的な対策

まずチョコ博士にお伺いしたいことがございます。先ほど先生のご報告で、NCPG（National Council on Problem Gaming。問題ギャンブル評議会）が実施しているシンガポールの居住者のギャンブル参加調査というものがございました。この問題ギャンブルのプレバレンス（prevalance。有病率を意味する疫学用語）が 2005 年 4.1%、2008 年 2.6%、2014 年に 0.7%と数字上は大きく減っていますね。しかし現時点では科学的な見地からその原因を特定することはまだできないのではないのかというご意見でございました。

確かにカジノの新設に伴いまして、カジノに厳しい入場規制とか第三者排除とか、そういったものを導入したところで、もともとあった既存のギャンブルについて依存症の率が減るわけはやはりないのかなというふうに思いますので、何がその原因なのかなというところが非常に興味があるところでございます。

先ほど先生のご報告におきまして、2005 年のカジノの導入決定の後、カジノのみならず他の

いろんなギャンブルにも効果がありそうな手段としまして、例えばヘルプラインの設定とか、あと教育キャンペーンとか、もしくは社会認知を上げるさまざまな努力が行われているということでもございました。

その中で先生の個人的なご印象で、こういった方策がこういったカジノおよび非カジノに共通な依存症対策として効果が高いと思われるのかと。これは個人的な印象ということでも結構でございますので、先生のご意見を伺えればというふうに思っております。

●予防教育の重要性

チョク博士（シンガポール）

そうですね、こういった対策、ギャンブリングに関しては包括的な対策戦略を取る必要があると思っています。特に多くの地区でこういった要望から問題のある方への治療に至るまで包括的な対策を取ってきました。

シンガポールではまず教育ですね。一般の教育、予防からエンドオブライフ、一生に若い人がカジノにアクセスすることをしないような教育、そして入場料が8,000円であるということ、これがあるということでカジノに入ることをためらう方が多いわけです。

ですから教育が18歳から21歳、まだ大学を卒業していない若者がだいたい月当たり2,000ドルぐらい給料をもらっているわけですね。その方が8,000円の入場料をカジノで払って24時間遊ぶかということです。特に娯楽レベルのギャンブラーが8,000円も払ってカジノに行くかということなんです。特に低収入の方たちがカジノに入れられないような方策を取っています。

ということであとその他にもさまざまな治療もあります。そしてこの予防的な排除命令です。これが発病率を減らしてくれているというふうに思いますが。しかしもう一度2017年、ことしこの調査をしたいと思っております。その結果どういう数字がこの発病率が出てくるのか関心を持っております。2014年はこれはサンプル上のエラーだったかもしれないということになってしまうかもしれないのですね。ということで方法論がしっかりしているということは重要です。

シンガポールでアパートなどを調査するときにサンプルを取って、ランダムに選択された方たちが必ずしもその問題のある方ではないと。2014年ですね、1.7%でなく1%ぐらい上がっていくと、2014年のこのサンプルが実はエラーであったということになるかもしれません。

●ヘルプラインが有効

齋藤（コーディネーター）

あとカジノと非カジノに共通のカウンターメジャーとしまして、ヘルプライン（相談電話またはメール）というものを、われわれ2015年に視察をさせていただいた際に見せていただきました。

チョク先生にお伺いしたいのが、ヘルプラインが予防措置としてどのぐらい効果があるのか、さらにヘルプラインを強化することによってなんらかの効果というか、そういったものが期待できるのか、この点についてお伺いしたいと思います。

ことによって例えば患者さんが来やすくなるのか、そういった効果があるのかどうかです。例

えば時間を延長するとか。

チョコ博士（シンガポール）

シンガポールにおきましては24時間体制で行っております。1日にだいたい100件ほどです。月に1,000から2,000です、毎月電話があります。そして月によって違いますけれども、だいたいそれぐらいです。そして分かったのは、ヘルプラインに電話してくれる人ですけれども、そのオペレーターの人たちがどのように排除命令を課したいのだけれどもどうすればいいのかであるとか、そういった情報提供といった意味でヘルプラインが非常に効果があると思います。

そして社会におきましては情報というのが非常に重要になりますので、例えばサービスをどこで受けることができるのか、それが分からない場合もありますので、実際にカジノにおきましてもポスターで、あるいは宝くじの裏にそういったヘルプラインの情報が 있습니다ので、ナショナルヘルプラインという形でそのナショナルナンバーがありますので、電話番号がありますので、そのヘルプラインのアクセシビリティ、そのアクセスのしやすさについてはもう十分だと思います。

そしてヘルプラインに使う予算ですけれども、ほとんどの民間企業は例えば広告を打って、例えば商品とかサービスを使ってくださいということですが、病院の場合ではこういったサービスを使うことができますということです。それを人に知ってもらうという、それが重要だと思います。ですからそれを規制の中に入れて、そして誰もが目に付くところでその認知を向上させるということです。それが重要かと思ひます。

そしてヘルプラインに電話をして、例えば12時までに電話していただければ5時までに治療を受けることができる、即日対応をすることができます。例えば5時を過ぎてしまいますとその翌日の対応ということになりますので、カウンセラーに24時間以内に会うということです、それが非常に重要になるかと思ひます。

この12カ月前にこの即日対応という体制をつくりました。そうすることによってわれわれのサービスを受ける人の数が増えました。というのはヘルプラインに電話してきたとき、そのときは非常に危機的な状況だけれども、カウンセラーに会うという時になると気が変わってしまったというようなことがありますので、即日対応というのは非常に重要になると思ひます。ヘルプライン24時間体制で受け付けると、そしてその即日対応が病院でできるということです。それが非常に重要になると思ひます。

これがヘルプラインのアクセスのしやすさ、そしてそれが病院における治療を続けるというそのリンクですね、それが非常に重要になると思ひます。サービスの構図ですが、そのようにデザインすると効果的かと思ひます。

●カジノ開設の前にヘルプラインを開設

齋藤（コーディネーター）

ちなみにもう1つだけヘルプラインの関係で、シンガポールは国会でIR（Integrated Resort. 複合観光施設）の導入を2005年の4月に決定をしたと。IRが実際に開業されるまでに約5年か

かって2010年に開業されたと、こういうふうに理解しています。NAMS、NCPGのヘルプラインが設定された時期はいつ頃なのでしょう。

チョク博士（シンガポール）

私が覚えているのが確か2008年か9年、ヘルプラインが設定されたと記憶しています。つまりカジノのオープニングの前でした。このヘルプラインに関して政治家にも昨日お話をしたのですけれども、日本の政治家の方にもお話しをしたのです。

プロがこのヘルプラインを運営するということが重要なのですね。NPOですとか慈善団体がヘルプラインを運営していると、ビジネスというのはNGOには参加致しませんので、ヘルプラインを政府とそして病院などと連携していい人材をホットラインに張り付けるということが重要なのです。全てのヘルプラインに高い人材を持っているということが重要です。

誰かから電話がかかってくる。そして熱心にしっかりと話を聞いてあげるということで動機付けが高まっていくと。しかし対応する方がプロでなくて声の調子も低くてあまり良くないと、電話する方のやる気もなくなってくるということで、ですからこういったホットラインサービスに優れたメディカルサービスのトレーニングを受けた方を入れておく、そしてコールセンターで対応できるということが重要です。

齋藤（コーディネーター）

単に電話の取り次ぎをするだけではなくて、非常に高い専門性が要求される、かつ的確に対応するためには訓練、トレーニングが必要であるということであるというふうに理解致しました。ありがとうございます。ウインタースさん。

ウインタース博士（米）

付け加えますけれども、シンガポールは非常に控えめなのですけれども、しかしながらヘルプラインが他のリソースに対するポータルになる役割も果たしています。ウェブサイトがヘルプラインにリンクするようにしているとか、そうすることによって例えば自己紹介であるとかアクセスであるとか、さまざまな情報はそこから得ることができます。

●入場料等を適切に設定

齋藤（コーディネーター）

シンガポールの関係で、先ほどカジノの入場料7,000円、8,000円を設定しているということでした。日本でも今IR法案というのが、とりあえず昨年（2016年）推進法（特定複合観光施設区域の整備の推進に関する法律）というのが通りました、この秋実施法というのが議論されていますけれども、カジノの入場料を設定する場合にどのような金額に設定することが適切なのか。もちろんひとつの解はないと思いますが、例えば入場料があまりに低すぎるとほとんど意味がないですよ。逆に高すぎるとカジノに入った時から大きく不利になるので、先ほどの先生の話ではございませんけれども、負けを取り戻そうということで深みにはまってしまう可能性がありますね。

ですから、バランスのようなものが重要なのではないかと考えております。印象としては、一

般庶民が軽い気持ちで入らないぐらいの適切なレベルが、いくらかは日本では分かりませんが、一つ考えられるのではないかなと思いますけども、この件についてご意見ございましたらご示唆いただきたいと思います。

ウインタース博士（米）

非常に良い質問だと思います。原則的にはそうですね。高すぎても問題を起こすということですね。高く設定する意味は、ギャンブルの潜在的な問題を抱えている人達が入らないようにするということですので、高すぎるのはどれぐらいが高すぎるのかというのは、入った時点で負けているので、それを取り戻そうと行動するかもしれません。ですからギャンブル行動が加速するかもしれません。それが問題につながることもあります。その安全ゾーンにとどまれないでいるということですね。

ですから、アメリカに置きましたは典型的なコストとして娯楽の典型的なコストはどれくらいなのか。例えば似たような娯楽で、セリーヌディオンのコンサートはいくらぐらいなのか。例えばゴルフをするといくらぐらいかかるのか。ですから一般の娯楽を楽しむためにどれぐらいお金がかかるかを考えます。あまり過度に高くないということであることが重要ですが、入場料は市場によって変わってくると思います。

時期によって季節性がありますので、休日あるいはホリデーの時は少し高めに設定するとか、それは需給の問題によって変わってくると思いますけれども、ゴルフのコストが高すぎるということではちょっとゴルフに行く回数を減らそうとか、それは私もそうなのですが、入場料を決めたときに私はこの職についておりませんので、どのようにこのレベルを決めたのかは知らないのですが、原則的には、脆弱な人を保護するということですね。カジノでお金を大きく負けてしまうことを、そういった潜在性を持っている人を保護するという意味で入場料が設定されていますので、家族にも害が及ばないようにすることが原則です。ですから、8,000円というのはシンガポールにおきましたは、例えば高校出の人で大学には出ていない人の1日の収入です。給料の1日分です。大学を出たらもう少し高くなりますけれども。それがベンチマークになるかもしれませんね。給料の1日分ぐらいという。

●低所得者の入場規制

齋藤（コーディネーター）

今エコノミカルということで金銭的に脆弱な方という話が出ました。チョク先生にお伺いしたいこととして、サードパーティエクスクルージョン、第三者排除というところで金銭的に脆弱な方で多数回行かれる方を排除すると。この場合の排除の主体はシンガポール政府、例えばNCPG（National Council on Problem Gambling, Singapore シンガポール政府問題ギャンブル評議会）とかそういうところが排除するのか。これが一点目。誰が排除するのか、この理解ですね。

もうひとつは、例えば日本で社会福祉を受けている方とか低所得の方を、例えば入場禁止にするという選択肢を示した場合に、非常に強い社会的反発が予想される。シンガポールでも似たようなことがあるんじゃないのかなと思うのですが、そういう排除されてしまう方からの反発はど

れぐらいあるのか。もしくは社会全体として、そうはいつでもこれは社会的に必要だよねという
ような、全体の理解のようなものがあるのか。このあたりの非常に難しい当たりのニュアンスな
んですけれども、このあたりについて先生のご印象をいただければと思います。

チョク博士（シンガポール）

日本でもリサーチがあったのではないのでしょうか。社会の態度ですね、排除命令についてどう
いう意見があるのか。これは推測なんですけれども、多くの方が恐らく排除命令をサポートして
くれると思います。シンガポールでは、私の経験では大半のシンガポール市民がこの排除命令の
サポートをしています。必ず自分たちの親戚や友だちでこういったギャンブル中毒の問題を
抱えた方がいます。ということで、排除命令に関してはいいセイフティネットだと思われていま
す。

しかし、ソーシャルメディアとか新聞を見ますと、そこでは非常にセンセーショナルなインタ
ビューとか記事を書きたいんですね。そこで取り上げられる意見はこの排除命令は人権違反だと、
人の自由を奪うものだと。しかし社会全体を見渡すと、大半の方、特に女性、主婦は自分たちの
家庭を守らなければいけないので、この排除命令をサポートしています。シンガポールでこの排
除命令を特に弱い人を守るために行ったわけなんですけれど、政府の方で調査を致しました、その時
のアンケートの結果では支持が多かったと。

そしてカジノに何度も来る方は、特に収入レベルが低い場合、その時はNCPGがこの排除命
令を発動します。誰が排除命令を実行するのか、ふたつあります。ひとつは、まず命令を発令す
るのがNCPGなんですね。カジノもまた同時に政府と協力をしなければなりません。というこ
とで、カジノの方が入ってくる方のIDをチェックします。データが蓄積されていますのでこの
方がカジノにアクセスすることが問題ないということを担保致します。2年ほど前にあったこと
なのですが、IDのチェックがきちんとできなかったと言うことでカジノが規制当局から罰金を
科せられたと言うことがありました。カジノに入るときは必ず身分証明カードを示さなければな
らないんですね。NCPGがこの排除命令を実行しております。それに対してカジノのオペレーター
も協力しなければいけない。

齋藤（コーディネーター）

ありがとうございます。チェックが緩かったと言うことで、厳しいチェックになったと言う事
だと思います。もちろん日本の場合にはそういった国民の識別番号的なもの、例えば所得情報と
かもしくは社会福祉情報、そういったものを紐付けすると言う事、行政がする事は不可能に近い
ことだと思います。もちろん国に応じてどういった選択肢ができるか、基礎的状况によって違
うと思いますけれど、その前提としまして社会的にどういう認識がされているのか、この点につ
いて伺いたかったということでございます。

●研究資金の拠出と防火壁の確保

齋藤（コーディネーター）

次に Dr. ウィンターズにお伺いしたいことがあります。先ほどプレゼンテーションマトリアル

にNCRG (The National Center for Responsible Gaming, USA。責任あるゲーミングのための全米センター) の防火壁 (ファイアウォール) についてご紹介いただきました。これは資金の拠出者であるギャンブリングインダストリーと結局研究を行う研究者の間で研究選択の意趣判断にインテグリーの観点から分離をしてお金を出す人が口を出さないようにすると。このための仕組みだと理解いたしました。我々も新聞的なところで色々聞くところ、例えばタバコ会社がタバコの害について研究してくださいというような研究でどうも甘くなるんじゃないかという、そういうものが話題になるのではないかと。そういう弊害防止のための正しい選択肢かなと思っております。

この点についてひとつ、日本の今の状況から質問したいことがございます。先日政府関係のところでも議論が出たのですが、日本では政府の依存症の資金が非常に限られていて、なかなか予算が出ないという問題があります。この場合、例えば民間からの寄付の受け入れが可能なのか、政府の研究としてこういう論点を実務上として出ることがあるんですね。この場合に、もちろん日本特有の法制度でできるかできないかという議論があるんですけども、先例として例えばアメリカ、もしくはアメリカ以外の国で政府と民間がジョイントで資金を出して依存症の調査をする、もしくはしたことがあるという例があるのかということをお聞きしたいというのが一点目と、あともう一つ、その場合政府が民間からの資金を受け入れるに当たって、研究のインテグリティを維持するためにどういった条件をつけるのか、もしくはつけないのか、この辺りについて日本に対する何らかの示唆があればウィンターズ先生にお伺いしたいと思います。

ウィンターズ博士 (米)

質問は政府と業界が合同で研究プログラムに資金を出すということ、そういったことがあったかどうか。米国では州ごとにそういったことが行われておりますので、州政府が資金を提供します。そして州の宝くじの運営団体が例えば教育プログラムにお金を出す、あるいは治療に関する資金を提供するとか。州が運営する宝くじと州の一般予算の中からそういったプログラムの資金提供が行われることがあります。実際、州政府が宝くじの運営をしておりますので、実際に州の一般予算の中に入ってくるわけですが、宝くじの利益というのは。それをそれに関する研究プログラムに再配分する形ですね。カナダは別の例になるのですが、カナダにおきましてはカジノの一部は州によって運営されています。そこで州の予算にそこからの収入が上がってきますので、そのうちの何%かは教育プログラムに使わなければいけないということが決まっております。ギャンブリングのビジネスのために州の政府が潤っているので、その内の何%かを使わなければいけないということが決められています。

●資金拠出の妥当性確保

ウィンターズ博士 (米)

各州ですけれども、私が先ほどお話したことに関わりますが、政治家が理解しなければいけないのは、その研究プログラムの資金がどれくらい適当かを理解することです。研究者でなければ、効果のあるプログラムにお金を使わないということは簡単にできるわけです。専門家が選ぶ必要があるということです。ですから政治家がその部分を理解する必要があります。ギャンブルにつ

いて、そしてお金と人と関係について、そして併存症というものもありますので非常に複雑な問題ですね。ですから、人はそこで現実的になって考えなければいけないんですけども、これはNCRGの理想的なモデルですけども、業界が資金を出すと。

そしてNCRGが何が現実的なのか判断する。州の科学諮問委員会におきましてこれだけの予算があれば、今非常に大きなトピックになっているこの部分を研究するような助成金プログラムを作ろうと判断する。そしてその判断は専門家、サイエンティストにさせる。これを政治家にさせるということになると間違ったところにお金が使われるということになりますので。そして科学諮問委員会も、しかしながら、お金を受けるといふことの資格を持っていません。そこにファイアウォールが立っておりますので。サイエンティストが最終的な問題、依存症についてNCRGは自らの研究プログラムに助成金が欲しい人との橋渡しをする。ですので科学諮問委員会を設けることによりまして、そこで利益の対立がないようにします。相反がないようにします。そうすることによりまして、必要なサポートを提供することができるようになると思います。

例えばオンラインギャンブリングの調査を我々政府に対して行いました。こういったリサーチの重要性、政府の手助けになります。政治家に対して昨日も申し上げたのですが、カジノというのは非常に政治的なんです。問題が政治化します。うまくいけばいいんですけども、これは私のおかげでうまくいったと政治家は言いますが、それに対して野党が反発するというような政治性のある問題です。ということで、こういったプログラム、こういったやり方が正しいのか、有効なのかということをしつかりと調査しなければいけないというのが一点。

それからファンディングに対する安全対策、これは社会全体が見ていかなければならない。それがなければ社会問題に発展してしまいます。ということで、ひとつ例をあげますが、ギャンブルをする人がいて、破産します。家とか様々な福祉の問題がそこに出てきます。大きな社会問題になってしまいます。ということで、資金の提供と安全対策をとるといふことはそれほどお金がかかることではないと思います。ただ包括なシステムである必要があると思います。ギャンブリングは世代から世代へと伝わっていきます。ギャンブラーというのは自分が親であるということをおぼえてしまいます。そうすることで親子の関係が崩れてしまう。そうすると子どもが不満を抱えて家の財政の問題などが起こってしまう。そうするとこの子どもは全く同じことを自分が大人になった時にギャンブル障害を起こしてしまう。そういったことがないような、次の世代を守る措置が必要になってきます。

齋藤（コーディネーター）

僕も色々話をお伺いする時もありますけども、インテグリーの問題が非常に厳しくて資金の出所はどこだと、ここは非常に気にされてるんですね。これは冗談なんですけど、政府は政府で政府に都合のいい結果に導くインセンティブがあるんじゃないですかって言ったら、えっという顔をされたんですけど、そこはピアレビューとか色んなシステムを用いて調査の科学的な客観性を維持する、これは非常に重要であると。その一つの方策としてファイアウォールのような仕組みがあると。NCRGで導入しているようなものですね。こういうものがあると理解した次第です。

●回復への動機づけ

変わりました、河本先生（久里浜医療センター）とウィンタース先生にお伺いしたいことがございます。先ほど河本先生のプレゼンテーションで、ギャンブルの問題を抱えた方にギャンブルをやめなさいとは言わないというようなお話がございました。これはやめなさいというと回復力が落ちちゃったりするようなものなのか。これはどういう治療上のご経験、また調査があれば結構でございますけども。やめろやめろやめろとよく聞く話なんですけど、先生のお話は意外にもやめなさいとは言わないというお話でした。結局回復率の関係でそういう否定をするようなことがどういった影響を及ぼすのか、この辺りについて先生のご知見を伺えればと思います。

河本医師（久里浜医療センター）

私がギャンブル依存症の研究をして10年ちょっとになります。前半の5年間は、あなたはギャンブル依存症という脳の病気です、完全にやめないとまた同じことを繰り返しますという形で、従って自助グループに通いましょうとか、通院を続けましょうという話をしてました。その場合の結果は、やっぱりやめる人が3割から4割ぐらい、それ以外の人にはまた問題のあるギャンブルに逆戻りなんですね、ほとんどが。この後半の4年間は、やめるやらないはこだわらなくていいですから、あなたの一番やりたいことを探してやりましょうと話しました。デザイアモデル（欲望充足法）で話してます。その場合でも、今日の報告でもありましたけど、100人弱いて3割4割なんですね。ただ、上手にやっていますという人が2割3割出てきてるんですね。なのでここから言えることはやめる人はどんな言い方しても、あほらしくてバカらしくてやめます。それは3割から4割います。

我々治療者にとって大事なものは、まだやめるだけの状況になっていない人が継続的にやけにならずに責任あるギャンブル、コントロールギャンブルをしていくことを見守ることなんです。そのためには、あなたは病気です、やめるしかありませんと言うのは、治療ではなく呪いだと思います。これは絶対にしてはいけないことだと思います。そう考えたら、病気モデルはかえって邪魔ですね。私の経験上です。そうは言ってもあなたは病気です、やめるしかないと言ったら、そうですか、やめるしかないんですね、と言ってやめるごく一部の人もあります。理屈だけで生きている人というか、あまり感情の伴わない人というか、そういう体質の人とですね、そういう人はそれでいいかもしれません。ただ、大部分の人はあまりやめるやめないにこだわらない方がいいのではないかと思います。僕からウィンタース先生の今日のお話の中で、ギャンブル障害になるとなかなか回復は難しいと話されました。それは0.5%から1%ぐらいということです。翻って日本ではギャンブル障害DSMで4項目以上が当てはまる人は、恐らく諸外国の数倍はあるんだろうと思います。ただ、その重篤度、つまりリバーシブルであるか、ナチュラルリカバリーするかどうかという視点からいうと、その中に日本のナチュラルリカバリー率は高いんだと思います。

●パチンコは回復しやすい

河本医師（久里浜医療センター）

これはパチンコ、パチスロというのめり込みやすいけど回復しやすいという数居の低いギャン

ブルがある。ただ、一時的に見ると間違いなくギャンブル障害を満たしています。満たしてはいますが、非常に回復しやすいということを考えたら、日本における対応はなおさら、ギャンブル障害であってもあまりやめるやめないにこだわって決めつけない方がいいのではないかと思います。そこらへんはやっぱり文化、国によって違いは。

齋藤（コーディネーター）

一つだけ質問。今パチンコは入りやすいけど出やすいというお話がありましたけれども、それは何か理由があるのですか。例えばハードギャンブルはカジノとか競馬とかと比べてどういう違いがあるのですか。

河本医師（久里浜医療センター）

例えば一回の掛け金が上限が掛けられてしまうというのがあるかもしれません。それから、賭けそのものよりもゲーム性の面白さとか、環境の中に入り込むある種の面白さ。今言ったゲーム性の面白さがあるので比較的別のものにシフトしやすいですね。最初から金稼ぐぞという感じでは行かずに気分転換で行こうかとかという感じで行きやすい。逆にそんなに軽い気持ちでいける分、馬鹿らしいなとかもったいないなとかやめたいなと思った時にやめやすい。ただ、満たされている時は間違いなくギャンブル障害の基準を満たしていると思います。それは我々が行った日工組社会安全研究財団（警察庁監督下の公益財団法人）のPPDS（パチンコ・パチスロ遊技障害尺度）に関する調査でも、非常に寛解率が高いと出ていました。

●自然回復もある

ウインタース博士（米）

河本先生の素晴らしいお答えがありましたけれども、その通りだと思います。別の言い方をすると、自然回復をする人、問題に対処するということですが、様々な経路があると思います。その経路によっては完全にやめてしまうということ、断ギャンブルですね。あるいはコントロールされたギャンブルをするということ、そして自然回復に持っていくということですね。人によりますが、断ギャンブルをしなくてもコントロールされたギャンブルをできるようになるかもしれません。

ですから、ギャンブルに対処する時も安全な方法ですることができる。人によってその経路が違います。その経路がその人にとって健全かどうかよく考えなければいけないと思います。セラピスト、自助プログラムから洞察を得ることができると思います。その人によって様々な経路、最も良い経路があると思いますので、河本先生がおっしゃいましたように、やめることを強要しないことですね。そして患者さんにとって最も効果的な方法を選ぶべきです。米国におきまして今話し合われているのは断ギャンブルが必要なのか、あるいは依存症に満たないまでのギャンブル、コントロールされたギャンブル、どこまでいけば治療が成功となるのかということ。ですから重要なのは患者さん個人個人によって取るべきアプローチが違うということだと思います。

●複数の診断基準の併用が必要

齋藤（コーディネーター）

あくまで一般論ということで結構ですが、調査は色々なやり方があります。先ほどライフタイムとそれ以外というお話がありました。ひとつお聞きしたいのが、ライフタイムでということと20年前の一定期間を取った場合に当てはまる場合も、一応依存症率がプレバレンスに入りますと。我々の感覚からすると20年前に学生の時ずっと3年パチンコにいった人が社会人になったら全く行かない人って多分いると思うんですね。ですから、それが直近の危険を示すわけでもなさそうだなという素朴な疑問があります。

そうすると例えば日本では SOGS に基づく 4.6% という数字が仮に出ていますけれども、これはライフタイムだということだと思えますけれども、例えばそれが直近3年でこういうことが当てはまるかと聞いた場合に数値がどれくらい変わりうるのか。例えば半分ぐらいになるのか、3分の1ぐらいになるのか。さらにもうひとつ、ライフタイムの数字と直近3年とか一連の数字ですね、この数字の意味合いはどういう違いがあるのか。例えば政策上この直近3年の人を対象としたらまずいから何らかの介入と予防の方法を考えるべきなのかとか。20年前にやってたけど、今は関係ない人に対してもそういう政策的な対応を考えるべきなのか。その観点から先生に2点、どれぐらい数字が異なりうるのかということと、どういったライフタイムとそれ以外の直近3年、1年といった数字、どういう意味合いの違いがありうるのかということですね。これをお伺いできればと思います。

河本医師（久里浜医療センター）

まず日本の5% 500万人というのは SOGS という調査票を使ったんですけど、これは今言われたライフタイムを調べてるんです。SOGS ですから5つ以上当てはまったらギャンブル障害の疑いがありますというテストなんですけれど、その5つはその10年前にひとつ、5年前にひとつ、15年前にひとつ、でこの1年間で3つ。あ、5つ以上だなという判定の仕方なんです。これはバラバラでの判定なので、これはあまり正確ではないとされています。普通はある特定の1年間で当てはまるかどうかというところが今日話した DSM という基準となる判断は、過去特定の1年間で調べるようになります。さっき司会の佐々木先生が言われましたように例えば20年前に DSM ですから4つ以上、あるいは5つ以上当てはまっていた場合、それをどう考えるのか。DSM の基準でいうとその方もギャンブル障害になります。それについてはよく本当のところわかっていません。

例えばこれが一度感染してそのウィルスを持ったら常に発症のリスクがあると考える感染症モデルでしたら20年前に5つ以上当てはまっていたら危ないぞと、危険だぞと、そりゃあそんな人は二度とギャンブルをしないけんという話になるわけですね。ただ、感染症モデルではないだろうと言われてます。となるとその場合のギャンブル障害の診断はあまりあてにならないなということですね。

そこらへんは DSM を作ったアメリカ精神学会もあまり明瞭には言ってません。もしかしたらある特定の1年間で5つ以上を満たすようなのめり込みをした人は何らかのリスクはあるだろうか

もしれないけど、絶対あるとは言えない。だから寛解とか自然回復とかというのもあり得ますよ。しかも長期になる可能性もありますよという言い方をしているんですね。となると過去1年だけを調べてみたらどうだということになります。結局それが現代の問題を反映しているだという言い方で過去1年について調べる方法も間違いではないと思います。

最終的にそれはどのモデルを考えるのかなんですね。脳の病気モデルを考えたらさっきの感染症モデルと一緒に過去にそういうのめり込みがあったもずっと続くんだと。だからさっきのやめるしかないという話になるんだろうし、いや、一時的でコロコロ変わる単なる思い違いでのめり込んだだけなんだという風に考えたらこの1年だけ調べていけばいい話ですね。なので、単純には言えなくてどういうモデルで考えるかによって変わってきますし、言い換えたら統計調査というのはその数字よりもその結果をどう解釈するか、つまりその解釈する立場によっていくらかも変わってくるんですね。だから統計調査を言う場合はどの立場で言っているのか明瞭に言わないと、数字だけが1人で歩きするのは非常に危険だと思います。

齋藤（コーディネーター）

ざっくりで良いのですが、今4.6%で数値的なんとなくでどれぐらい、半分ぐらい、どうでしょうか。

河本医師（久里浜医療センター）

過去1年だけ調べたら1%を切ると思います。

●ライフタイムでの評価

齋藤（コーディネーター）

チョク博士、ウィンタース博士にも、ライフタイムの数値のどういう評価の仕方があるのでしょうか。例えばライフタイムともしくは直近、もしくはある一定の期間の数値の評価ですね。どういう風に考えておられました。そこをお伺いできればと思います。

チョク博士（シンガポール）

過去12ヶ月をサービスの計画を立てる時は見えています。シンガポールのカジノで導入する時心理学者や公衆衛生の専門家がこの中毒の患者が増えるだろうと見たんですが、そう言う結果にはならなかった。シンガポールではPDを持っている問題のあるギャンブラーは1%ぐらいです。人口は550万人ですから約5,500人ぐらいの患者さんですね。私のサービスでは大体年間400件ほど見えています。大半の患者さんが、ギャンブル中毒にはならないと言うことで、ですから12ヶ月の発病率の調査をしていけば十分だと思います。日本にも当てはまるのではないのでしょうか。ライフタイムの方法を見ると本当のところ社会への負担はどのくらいなのかと言うことを見たいわけですよ。しかし現実的なのは12ヶ月で十分なのではないかと思います。

全体的に95%の患者さんと言うのはなかなかお医者さんにはいきませんが、私の回答なのですが、両方がやれば素晴らしいと思うんですね。特に12ヶ月、生涯やれば素晴らしいと。これらの人びとはここ1年ではなくて生涯に渡ったそういう問題を抱えた経験があると。実はリスクの可能性があるんですね。再発する患者さんがいる割合があるわけですから、教育プログラムで安

全なギャンブリングというのはどういうことかなどとする一貫でそういうところも見ていきたいと思うのですが、最悪なケースがライフタイムだけしか見ないことだと思います。もちろん価値はありますけれど、それほど役に立たないと私は思っています。

齋藤（コーディネーター）

3人の報告者の方々すべてからご意見をいただきました。特にライフタイムとそれほど数値が違うとすると、やはり政策資源とか色んな予算が限られておりますのでまず直近の問題に対応する。その上でライフタイム20年、リスクがあるとお話がありましたけれども、ぶり返しのリスクはあるかもしれないけど、その人に対して対応するよりは目前の1%に対応するか。そういう色んな政策に関するご意見が大事という印象を受けまして、やはりどの数値かという中身を理解した上で政策策定をするといった考え方がありうるのかなという印象を受けた次第です。

●隠れた欲望を捉えて誘導する

齋藤（コーディネーター）

河本先生にもう一問お伺いしたいと思います。先ほど先生の非常にユニークな治療戦略ということだと思うんですけど、欲望の認知モデルということをご説明いただきました。要は、ギャンブルをしたいとかお金を儲けたいとかという他の隠れた欲望が混合してしまっている。原因はそういうのめり込みから抜け出すことが難しくなっていると。本人はそれに隠れた欲望に気がついていないというものと理解しました。そうするとその隠れた欲望を表面に出した上でその欲望にあったより安全な別の選択枝を提示してそちらに誘導すればギャンブルのめり込みから一定の割合は回復の可能性はあると、こういうご説明だと理解できました。

ひとつ疑問というか先生にご質問がございますのが、そういうポテンシャルな隠れた欲望みたいなものっていうのを、普段は人は認識しないでずっとゲームをするとかそういうことをしていると、そういうのを外に引き出すためにホットな状態にするとか、そのためにどういう工夫がありうるのか。これは治療の手法に関わる問題かもしれませんが、その辺をお伺いしたいと思います。

河本医師（久里浜医療センター）

私がやっているのは、動機づけ面接法というナチュラルインタビューというのがありまして、その技法の、色んないくつか技法があるんですけど、よく使うのは借金してまでギャンブルするというのはよっぽど楽しいんですね、すごく楽しいんですね、どれくらい楽しいのか教えてくださいと繰り返し聞きます。逆説的に。何が楽しいんだと聞くと、本人の中で当たる瞬間が嬉しいんだと。お金が最終的に増える事よりも当たる瞬間が嬉しいんですね、と言ったらあなたが求めているのは当たる瞬間とか、達成感とか、それによって自分の評価が上がる喜びとしてですかねと言って、自分の欲望に気づいていきます。

なので多くの人はお金を増やすのが目的だと言われているのですが、実際にお金が欲しいわけではなくて、別のものじゃないですかとしてギャンブルすることを褒めて持ち上げて何が楽しいか教えてくださいという風になるのでまず直近に聞けば、自ずと自分で言うてくる。で、勝手

に勘違いに気づいてきます。ですから、この介入方は自然回復の方が自分で気づく、馬鹿らしいな他のことやろうかと気づく方法がある意味言葉にして背中を押してるだけだと思います。なので、本当に30分、1時間ぐらいでできることですし、別に単純な方法ですが、きっとギャンブル障害というは本来単純なものではないかなって思います。他の背景で合併症があったりトラウマがあったり、様々な葛藤を抱えている場合、本来自然回復するであろうギャンブルの、ギャンブラーの他にやること何かあるだろうと、止まっていつまでも邪魔して止めていく。ですから大事なのはきっと、欲望モデル云々よりも、この目の前の方に併存障害があるのか、そしたらどんなもんなのかそれを対象していこうというのが我々専門家の一番実は目指すところです。

齋藤（コーディネーター）

ありがとうございます。先ほどヘルプラインの話もありましたけども、やはりギャンブルの問題を抱えた方というのは、どういう社会的解決策があるのかどうい医療的解決のリソースがあるのか、例えば先ほど自浄グループというのがありましたけども、助けを差しのべてくれるようなどという仲間がいるか。そういう知見が全くないという人もいますので、ちょっとした気づきであってもそれが成功されるというのは非常に重要であると。今のよく欲望認知モデルの欲望に気づかせるのは15分30分というお話でしたけれども、それを訓練された方から提示されることによって、まさに気づきの部分だと思いますけども大きな治療上の効果が見れる可能性があるんじゃないかと、こういう治療の戦略ではないかと理解致しました。

●他の障害との併存への対応

あと2問だけ。ギャンブル障害については単独で発生するものよりも他の精神障害と併存していることが多く、ウィンタース先生のご報告ではむしろ他の精神疾患が先にあるケースの方が多いのではないかなということでした。この場合に例えばギャンブル障害だけの方ともしくは複数のそういう精神疾患が併存している方と治療の戦略上何か違いがあるのかどうか、この辺りもしご意見ございましたらお願いします。

ウィンタース博士（米）

当然のことながらうつ病にかかって人生をはかなんで生きる望みがないと思っててそれでも何とかギャンブルをすることでモチベーションを上げながら仕事をしてたり生活している人にとって、あなたの欲望は何ですかなんて聞いても仕方ないので、その場合元々あったその方がうつ病の問題、なんで世をはかなんでいるのか、なんで生きる望みがないと思っているのか、なんで生きる価値がないと思っているのかっていうことを元の合併症、併存症の治療の対応を先にします。

その場合ギャンブルはなおのこと、やめるやめないは棚上げしているのですが、なおのこともうギャンブルのことはいいから、そんな問題よりもあなたがそれにギャンブルを必要とした心の問題、生き方の問題、そこを考えていきましょうという形でアプローチします。もしも薬物のうつ病でしたら薬物療法とか、発達障害の場合でも薬物療法が使えますし、何らかの薬物療法を使いながら治療を優先します。これは最大限にです。

日本の悪しき依存症医療の伝統としてまず酒をやめてからとか、まずギャンブルをやめてから

とか、まずそこからやりましょうという実は非常に昔から悪しき伝統がありまして、それがギャンブル依存症医療にもまかりと同じようにされているので、そこは日本の医療現場を変えていかないといけないと思います。

齋藤（コーディネーター）

Dr. チョク、何かございましたら。

チョク博士（シンガポール）

そうですね。時としてはこう言った障害、中毒の問題を抱えている方が自分たちの挙動に十分に目覚めていないということがあります。非常に不安、家庭の問題があるということで、まずこう言った患者さんの治療に関しては何がその挙動の裏にあるのかを見なければなりません。社会的な問題なのか、それとも鬱なのか。こちらの障害をまず特定しなければいけません。そしてその後でギャンブル中毒ということに対処することです。特にうちは重要です。これに関しては簡単に社会家庭の問題と比較してなにがこのギャンブル中毒を起こさせているのかということ特定しなければいけない。

●日本のIRへの助言

齋藤（コーディネーター）

今日本ではIR推進法（特定複合観光施設区域の整備の推進に関する法律）というものが通ります。この秋（2017年）にIR実施法（特定複合観光施設区域整備法案）というものを審議するかという段階に来ています。結果論かもしれませんが、シンガポールでは幸いにして元々あったギャンブル以外の問題も悪化することなく、かつカジノ導入後もそれ自体による依存症の問題の悪化が大きく健在することもなく、先ほど数字だけでまだ評価はわからないとございますけども、少なくとも大きく問題が悪化していることにはならないと。

日本が仮にIRを導入することになった場合に日本がどういう点に気をつけて政策上の優先順位を決定し、進めていくことによって問題が最小化することができるような可能性が高まるのか。この点について、非常にジェネラルな質問で申し訳ないのですが、何か先生方からこの点をこういう形でということがございましたらお伺いできればと思います。ではウィンタース先生。

●教育の重要性

ウィンタース博士（米）

2つほど一般的なことを申し上げたいと思います。3つですね。対策ということで、こう言ったインプリメントする時、3つのレベルでまず政府の政策、カジノへのアクセスの政策、年齢制限、アルコールの考え方、そして入場料、こう言った施策をしっかりと、これはいつでも考えることができますね。業界がこう言ったことを受けて、それに対応すると。2つ目はこのワークフォースの要領です。つまり治療する側、メンタルヘルス、そして中毒に対応する心理学者の能力の訓練ですね。

そして3つめは人々の教育です。ギャンブルの悪いイメージを排除してしまうということ

で、こう言ったことはすぐにできます。ギャンブリングは日本に常に社会にあったわけです。パチンコがありますよね、そしてリサーチ結果もあるわけですね、特定の国民の何%かはもうパチンコで依存症の問題、その他のギャンブルの問題、つまりIRが始まる前から存在する問題ですから、悪いイメージ、刻印を押されたイメージを取り払って医療スタッフのレベルを高めると。それからあとひとつはカジノの中で働く人たちの教育レベルです。カジノに入っていきますが、どういう対策でそこでとることができるのか、例えばホットラインそれからプレイマネジメントシステム、キャッシュへのアクセス、こう言ったこと全て、誰が契約を勝ち取っても期待しなければいけないのは、きちんとしたアレンジメント、つまり誰もがカジノでハッピーになれるようなアレンジメントですね。カジノは常にオープンでなければいけない。

●過度の悲観は不要

チョコ博士（シンガポール）

ほとんどの国においてはカジノを導入する時、問題ギャンブル依存症の人は増えないと思います。シンガポールの経験によるとシンガポールは実際、マレーシアにカジノがあってそれは7時間ほど車を運転すればいけたわけですね、以前でも。シンガポールの港、1時間ほどクルーズ船の中でもカジノができたわけです。宝くじも前からありますし、スポーツベッティングも前からありますので、カジノができる前から様々なギャンブリングがありました。ですから、カジノができたからと言って問題ギャンブルが急速に増えるということはありませんでした。

ですから、カジノを日本に作る時ですけれど、安全予防策を作っていれば例えば問題ギャンブルが1%2%3%に増えるかと言ったら、そう言ったことにはならないと思います。研究者にとってはそういった恐れがあると思いますが、しかしながら1%の人が既に問題を抱えているということでしたので、リワード（報酬）システムであるとかジャックポットでは100ドルか200ドル負けてしまう、パチンコの場合ですけど、それをし続けると問題ギャンブラーにとっては大きな問題になるわけです。ですから、そこでやめてしまえば大きな問題、家族に迷惑をかけることもありませんし、カジノができたからと言って急に問題ギャンブラーが増えるかとどうか、それはないと思います。

ですからそういった問題を抱えている人に対しても予防策、対策を取れば、例えば定年退職した人。負けることができない性格、そして自分も持っているお金をすべて使ってしまうような問題でも、そのお金を混ぜてしまったら生活に困っている人たちに対する予防措置、そういった脆弱な人を守る必要があると思います。あとは低所得者ですが、500ドル負けてしまうと、すぐに明日から生活に困ってしまうような人たち、例えば2,000ドル収入の人が500ドル負ければ家族にも迷惑がかかってしまうわけです。ですから財政的、金融的な脆弱者ですが、その人たちに対する予防措置は最も重要になるかと思えます。

2 フロアーの参加者からの質疑応答

●依存症のスクリーニング調査

齋藤（コーディネーター）

ターゲットを絞ってきちんとカウンターメジャーをしていくと理解しました、ありがとうございます。フロアの方からの質問。

フロアの参加者

シンガポールと日本におきまして、ギャンブリングのスクリーニングですけど、やられておりますでしょうか。例えば一般の健康診断の時に健康に関する質問の項目があるわけですが、その中にギャンブル依存症に関わるような何か質問を加えることによって、年間にみんな健康診断を受けるわけですけども、スクリーニング等やっていることはありますか。

非常にこれはシンプルなやり方で効果的に効率よくギャンブリング依存症の方を特定することができると思うのですが、そういったことをやられている例はありますか。

チョク博士（シンガポール）

シンガポールにおきましては、ギャンブル依存症のスクリーニングはあまり実践的ではない。というのは、一般的なドクターはアルコール中毒者、食傷ガンのスクリーニングは定期的にやっているわけですが、しかしながら一般のクリニックの先生にとって、そういったスクリーニングというのは。

河本医師（久里浜医療センター）

日本でもアルコールのスクリーニングについては聞いていますけど、ギャンブルでは聞いていないですし、恐らく大多数の人が、やっている人はやっていますが、簡単なスクリーニングではジェネラルフィジションレベルでは難しいと思います。日本においては。

齋藤（コーディネーター）

ウインタース先生、短いスクリーンで例えばアメリカとかでどういった工夫とか経験とか実例とか、もしございましたら。

ウインタース博士（米）

いいものがありますよ。ブリーフ・スケールと言われています、3つほどアイテムが入っています。日本版もあるんです。関心がおありの方は。リーセーニングにちょっと似てるんですね。私が知っているものでセイフティとヘルス、これチェックリストにして、検診を受ける時にチェックリストがありまして10分ぐらいでチェックできます。そこに3つほどアイテムを入れてもいいと思います。アメリカでも心を広くもってこういったステギューマという考えは無くなっているんですね。それでも一般のシステムでこういったトレーニングをしようと、心理療法にいてもギャンブリングの障害関係はほとんど忘れられているんですね。

●診断基準の併用

フロアの参加者

先ほどシンガポールの DSM の 5 と 4、これから併用してやって行くんですか。それとも 5 だけに特化するのか。先ほど先生の話ですと 4 も非常にデータだけでは使いやすいという印象を受けたんですけど。

チョク博士 (シンガポール)

私からの推奨は DSM4 を使いましょうということですね。これまで過去に起こった 3 つの調査が DSM4 で調査しましたので、次にする時も 4 をした方がデータの一貫性があると。DSM5 に突然 4 回目で切り替えてしまうと、数字の一貫性がなくなってしまいますよね。プロフェッショナルな意味で考えますと、この DSM システムは 5 は一番最新のスタンダードですね。しかし DSM はひとつの見方しかないということで、目的は色々な変数、様々な変更に対しては目標をしっかりと明確にしてなければいけないと思うんですね。そうしないと一貫性がないと、数字にブレが出てきてしまうと思います。最初の調査をするのであれば、DSM5 があるわけですから 2017 年にされるなら、最初から DSM5 を使うことをお勧めします。

●終了

齋藤 (コーディネーター)

大変長時間にわたるシンポジウムでしたが、終了時刻となりましたので、これにて閉会とさせていただきます。お蔭をもちまして今後の日本のギャンブル障害対策推進のため、大変実りの多い行事とさせていただくことができたと思います。

報告者の方々、会場の皆様、ご協力をいただき、本当に有り難うございました。

午後 5 時、終了

謝 辞

本研究は JSPS 科研費 16K02085 の助成を受けたものです。