

第14回 ギャンブル等依存症対策推進関係者会議 議事録

1. 会議の日時及び場所

日時：令和6年10月24日（木）16:00～18:00

場所：ワйм貸会議室 赤坂スターゲートプラザ 地下1階「Room A」

2. 議事

- ・開会
- ・相談・治療の現場からの現状と課題の発表
 - ①依存症治療と臨床現場における現状と課題について
 - ②精神保健福祉センターにおける現状と課題について
 - ③回復支援施設における現状と課題について
- ・意見交換
- ・閉会

3. 出席委員

池田文隆委員、イワミ委員（リモート出席）、岡崎直人委員
黒沢幸子委員、佐藤しのぶ委員（リモート出席）、辻本哲士委員
長谷川勢子委員（リモート出席）、浜田節子委員（リモート出席）
樋口進会長、増田悦子委員（リモート出席）、山口英彰委員
山本和広委員（リモート出席）、ユウ委員（リモート出席）、吉倉和宏委員

出席した関係行政機関の職員その他の者（ギャンブル等依存症対策推進関係者会議運営規則第2条第3項。以下「参考人」という）の氏名

松崎尊信参考人（独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター精神科診療部長）

4. 議事概要

○樋口会長 委員の先生方、関係者の方々、定刻になりましたので、第14回ギャンブル等依存症対策推進関係者会議を開催いたします。

本日は大変お忙しい中、ご参集いただきまして誠にありがとうございます。また、オンラインでご出席いただいている委員の方々もいらっしゃいます。まず、この会議の定足数は推進本部令第三条第一項で過半数となっており、本日の出席者は14名です。ですので過半数に達しており、会議成立をご報告いたします。

オンラインでのご出席は、イワミ委員、佐藤委員、長谷川委員、浜田委員、増田委員、山本委員、ユウ委員です。また、委員や事務局以外の会議出席については、当会議の運営規則第二条第三項には「会長は必要があると認めるときは、関係行政機関の職員その他の出席を求めることができる」とあります。本規定により久里浜医療センターの松崎精神科診療部長の出席を求めます。なお、松崎参考人は所用があるということで、ご発表とその後の質疑応答が終わったところで退席となります。

次に議事についてです。まず、「相談・治療の現場からの現状と課題の発表」としまして、三人の方から発表いただき、その後質疑を行います。

1件目は、ギャンブル依存症の治療や、最近の臨床現場から見た課題等について独立行政法人国立病院機構久里浜医療センターの松崎参考人から説明を頂き、発表後質疑応答を行いたいと思います。

2件目に精神保健福祉センターにおける現状や課題、取り組み内容について、全国精神保健福祉センター長会の会長である辻本委員から説明いただきます。

3件目に依存症回復支援施設における現状や課題、取り組み内容について一般社団法人グレイス・ロードの統括センター長である池田委員より説明をいただきます。2件の発表後に、一緒に質疑応答を行いたいと思います。続いて意見交換として各委員から自由にご発言をいただきたいと思います。

本日の議事は以上です。

それでは早速1点目の議事を進めてまいります。依存症治療と臨床現場における現状と課題について説明を受けたいと思います。それでは松崎参考人ご説明お願いいたします。

○松崎参考人 久里浜医療センター精神科医の松崎と申します。本日はこのような貴重な機会をいただきまして、誠にありがとうございます。私からはギャンブル依存症の診断・治療と臨床現場から見た最近の話題を発表させていただきます。

今年9月に学会発表でオーストラリアのメルボルンを訪れました。表紙の写真はホテル併設のカジノです。オーストラリアは非常にカジノが身近な国だと感じました。本日は、ギャンブル依存症の診断基準の変遷・治療法、ギャンブルの種類、専門医療機関のギャンブル依存症の受診者数、オンラインギャンブルの危険性、久里浜医療セ

ンターの外来患者のコロナ前後のギャンブル種の変化、専門医療機関の拡充、指導者養成研修の充実、相談機関間の連携について発表します。

資料の4ページは、「ギャンブル依存症とは」。基本的な情報ですが、「ギャンブル」は価値のあるものを危険にさらし、より価値のあるものを手に入れる行為、と定義されます。ギャンブル依存症は、Gambling Disorder、ギャンブル行動症等と訳されます。臨床的に意味のある機能障害または苦痛を引き起こすに至る持続的かつ反復性の問題賭博行動、とされます。日本では刑法185条の賭博罪によって賭博行為が禁止されていますが、公営競技は競馬法、自転車競技法、モーターボート競走法、小型自動車競走法等の各法律によって開催が認められています。

ギャンブル依存症は様々な影響を個人に与えます。5ページのとおり、特に生活への影響として、経済的な問題が多いですが、その他、社会的な問題、心身への健康の影響等、様々な影響を与えうる疾患です。

ギャンブル依存症の診断基準です。6ページのWHOによるICD-10、これは1990年代に作られた診断基準ですが、未だに臨床現場で使用されています。依存症はF1「精神作用物質使用による精神および行動の障害」に含まれています。アルコール依存症はF1コードに分類されますが、ギャンブル依存症という疾患名はなく、F6「成人の人格及び行動の障害」のF63「習慣および衝動の障害」の、病的賭博という疾患名で定義されています。つまり、依存ではなく行動障害のひとつに分類されていました。しかし、アメリカ精神学会のDSM-5、改訂版が2022年に発表されました。7ページの物質関連症候群が、アルコール依存症や薬物依存症の分類になります。その他の非物質関連症候群、いわゆる行動依存のひとつにギャンブル障害が分類されました。依存症と同じ分類になったのは、脳画像検査によりアルコール依存症や薬物依存症と同様の反応がギャンブル依存症でも見られたからです。

8ページ、ギャンブル依存症の治療では様々なアプローチが実施されています。医療機関では、精神療法や心理社会的治療が実施され、長期的なエビデンスは認めにくいものの、短期的にはギャンブル問題を軽減する、というエビデンスが出ています。色々な薬物療法が試されていますが有効性がはっきりしないため、今のところ治療適用の薬は日本でも海外でも承認されていません。ただし、ギャンブル依存症にうつや不眠といった複数の併存疾患を合併する場合、薬物療法が行われています。その他、治療アプローチとして自助グループがあります。自助グループに通う方は、通わない方よりもギャンブルを断つ可能性が高い、という報告もあります。また、家族への介入、就労や居場所の確保といった社会的なサポートも含めて総合的に支援していくことも重要です。

10ページ、ギャンブルの種類について、国によって異なり、明確な線引きが困難なものもあります。カジノは、テーブルベースや電子ベースのものがあります。海外では宝くじや、最近ではインターネットギャンブルもあります。時代の変化とともにス

スマートフォンなどによるインターネットギャンブルの利用増加は、日本だけではなく海外でも指摘されています。スポーツ賭博は、アメリカの特定の州で合法化されています。

12 ページは、専門医療機関のギャンブル依存症の受診者数です。依存症全国センターが当院に設置されており、全国の専門医療機関の患者数の統計を取っています。依存症の専門医療機関における外来患者数の推移は 2018 年から右肩上がりに増え、2023 年度 7,000 人を超えています。入院患者数も右肩上がりに増えています。要因として、患者数の増加や医療機関が増えていることも考えられます。

受診者の属性について。13 ページの専門医療機関におけるギャンブル依存症の新規受診者の年齢、性別を見ると、20～40 代の男性が多く、当院でも同じような傾向があります。入院患者もピークは 30 代男性が多いです。

オンラインギャンブルの危険性です。15 ページでオンラインギャンブルの臨床的特徴を示しました。2021 年依存症専門医療機関を受診しギャンブル依存症と診断された 183 例のデータです。主にオンラインギャンブルが 42%、オンライン・オフライン両方が 24.4%で、オンラインギャンブルの利用率が高いです。オンラインギャンブルをしない方と比較すると、「年齢が若い」、「1日でより多くのお金を手に入れる」、「1日でより多くのお金を失う」、「借金総額が多い」などの傾向が見受けられます。一部の属性についてテーブルを示しましたが、オンラインの方の借金総額があり、オンラインギャンブルへのハマりやすさといった傾向が伺えます。

17 ページは当院の外来患者のコロナ禍前後のギャンブル種の変化を示しました。コロナ禍前の患者 226 名の受診者のギャンブル種別と、コロナ禍後の 2022 年以降に受診した患者のギャンブル種別を比較しました。コロナ禍前では圧倒的にパチンコ・パチスロが多く 63%でしたが、コロナ禍後はかなり割合が減り、増えたのは公営オンラインギャンブルで、コロナ禍前の 10%が 40%まで増加、非合法のオンラインギャンブルはコロナ禍前は 4%が 19%まで増加、合わせてオンラインギャンブルの割合が 59%まで上昇しています。

専門医療機関の拡充と指導者養成研修の充実、相談機関間の連携について、19 ページは衛生行政報告例による各依存症の相談件数です。精神保健福祉センターにおける各依存症の相談件数のうち、ギャンブルの相談件数は右肩上がりに増加しています。アルコールや薬物の相談件数は、2020 年のコロナ禍の時に少し減少し、最近回復しているもののギャンブルよりも件数は少ないです。アルコールの相談件数が少ないのは、保健所への相談件数が多いためだと思われます。精神保健福祉センターでは、ギャンブルの相談件数が多いです。

20 ページは依存症専門研修の実績と修了者数で、当院と NCNP（国立精神・神経医療研究センター）の研修の数を 2018 年から昨年度までまとめています。アルコールや薬物と比較すると、ギャンブルに関する受講者数の数が多く、特に「治療」「相談」

「地域」の専門家を養成する研修に対して要望が高く、参加者も増えています。

21 ページのまとめ、ギャンブル依存症の相談治療件数は年々増えており、喫緊の課題です。ギャンブル依存症の治療では、主に精神療法や認知行動療法が実施されています。COVID-19 パンデミック後はギャンブルのオンライン化、非合法化が加速しており、オンラインギャンブルでは治療の際にインターネットやスマートフォンの対応に非常に苦慮するケースが臨床的に多いです。対策として、ギャンブル依存症の相談・治療体制の拡充とともに、事業者を含めた社会全体として予防的措置を講じることが求められていると考えます。以上で私の発表を終わります。ご清聴ありがとうございました。

○樋口会長 松崎参考人ありがとうございました。先ほど少し申し上げた通りまもなく退席されますが、その前に質疑応答を受けたいと思います。山口委員、お願いします。

○山口委員 資料の読み方が分からなかった部分があり、補足説明をお願いします。資料の 12～13 ページ部分です。外来のギャンブル依存症受診者数の記載があり 2023 年度が 7,154 とあります。一方で下の※印の部分に「ギャンブル 133」という数字がありますが、これは上の数字の中に入るのでしょうか。

○松崎参考人 これは医療機関の数になります。全国の医療機関に患者数を報告してもらい集計した合計が 7,154 例となります。

○山口委員 わかりました、13 ページも同じことで、下は機関数ということですね。

○樋口会長 岡崎委員、どうぞ。

○岡崎委員 報告ありがとうございました。患者さんの職業の有無や、生活保護を受けておられる方がどの程度いるか、印象でも結構ですのでもしお分かりでしたらお答えいただけますか。

○松崎参考人 別の研究では、仕事をされている方が約 75% 程度でした。単身の方が 2 割程度で、残りは家族や子どもと一緒に暮らしていました。また、大学卒が 4 割程度でした。生活保護については、外来ではそこまで多くはないです。入院では、居場所の確保やギャンブルのコントロールが非常に困難といった生活保護の方もいます。

○樋口会長 吉倉委員どうぞ。

○吉倉委員 資料についてはウェブサイト等に開示されるものと理解しておりますので、これに関して確認申し上げたいと思います。

資料の4ページ目の最下部の緑色枠内に先ほど先生も読み上げておられましたが、ギャンブル依存症と記載があり、臨床的に意味のある機能障害または苦痛を引き起こすに至る持続的かつ反復性の問題賭博行動と書いてあります。そして右側には2)と記載があり、アメリカ精神学会のマニュアルが引用元となっています。以前よりこの会議では、因果関係が特定できない中、皆で協力してネットワークを組みながら対策を打つ仕組みを作っていくのが、この会議や対策の趣旨と聞いております。また、依存症とされる方々の偏見などが起こらないよう配慮が必要ということ、私から何度か申し上げております。ギャンブルを繰り返すことにより、それが原因で障害が起きるような誤解を与えないよう、ご留意いただきますようお願いいたします。以上です。

○樋口会長 増田委員、どうぞよろしく申し上げます。

○増田委員 松崎先生、ご報告ありがとうございました。私ども消費生活相談の現場感覚と非常に近いものがあると感じています。特に最近、若年者の多重債務問題や自己破産が増えている状況にあると聞いています。原因がギャンブルだけではないのはもちろんですが、やはりインターネット取引の増加や後払い決済などクレジットカードを使わない決済方法が増えている中で、インターネット取引においては財布を開けて現金を払うよりもハードルが非常に低いことが人間行動学的な話からも出てきています。そのような状況からいくと、ギャンブルと言われるものについてのインターネット取引が、そもそも馴染まないのではないかと感じています。回答が難しいかと思いますが、現在のインターネット取引の増加について先生のご見解を伺えればと思います。

○松崎参考人 ご指摘のように、社会変化が大きく影響していると思います。ギャンブルに限らずオンラインで様々なことができるようになっていきます。私は、ネット依存の子どもも診療していますが、インターネット使用の若年化で、小中学生からスマートフォンを使い出して、ルールも決めずに使ってトラブルに繋がっていくのではないかと危惧しています。インターネット取引がギャンブルに馴染むかという話は別にして、やはり子供たちに対するインターネット使用についての啓発や教育がこれからとても重要になってくると思います。

○増田委員 現状、私たちが消費者生活相談を受けている中では、もう教育という観点のみでは防ぐことができない状況にあると感じております。社会全体でそこはサポ

ートしていく必要があると考えております。先生、ありがとうございました。

○樋口会長 他はいかがでしょう。黒沢委員、お願いします。

○黒沢委員 詳細なご発表ありがとうございました。13 ページで、ギャンブル依存症の受診者のうち 20 代から 40 代の男性が全体の 9 割を占める中で、20 代の方々が 2 番目に多いですが、この中で学生の占める割合についてわかりますでしょうか。先ほど岡崎委員の質問に対してもお答えくださっておりますが、もう少し踏みこんで伺えたらと思います。

○松崎参考人 この統計では学生かどうかという部分までわかりません。20 歳からギャンブルを開始することが可能ですが、だいたい数年ぐらい経過して負債を抱えて受診される方が多いので、必ずしもゼロではないですが、学生の時に既に問題を抱えている人はそこまで多くないという印象です。

○黒沢委員 ありがとうございました。学生の中にギャンブルを少しずつ始めている可能性はあるのでしょうか。

○松崎参考人 ギャンブル依存症の人に「何歳ぐらいからギャンブルを始めましたか？」と調査で尋ねると、20 歳や、中には 19 歳などと回答される人もいます。ギャンブルができる歳になってすぐ始める方もいると思います。

○樋口会長 それでは松崎参考人、どうもありがとうございました。松崎参考人はここで退席されます。

続きまして、精神保健福祉センターにおける現状や課題について説明を受けたいと思います。それでは辻本委員、どうぞよろしくお願いたします。

○辻本委員 精神保健福祉センターの辻本です。お手元の資料通りです。全体的な流れ、まず精神保健福祉センター全般の話になります。この間法律改正があったところで、4 ページには精神保健福祉センターのあり様について書かれています。資料全般において、言いたいことを赤字、赤枠で記載しています。最初のパラグラフに、「法律で規定されている精神保健及び精神障害者の福祉に関する総合的技術センター」とあります。その下の方の、「精神障害者のみならず精神保健に課題を抱える者も対象とされ、これらの者の心身の状態に応じた適切な支援の包括的な確保を旨として、行わなければならない」という部分で、精神障害に関わらない部分も支援していくということで、ギャンブル依存症対策に関していえば、依存症と診断がつかなくても、ギ

ャンブル等で困っている本人や家族に対しても支援していくことが、精神保健福祉センターの役割になります。

精神保健福祉センターの職務を一言で言うと無料で精神保健医療福祉サービスを行う公的機関ということになるかと思います。

次の5ページにセンターの業務が記載されています。企画立案、技術支援、人材育成、普及啓発、先ほどの久里浜医療センターの松崎参考人のプレゼンでも、センター長会の資料がかなり入っていたと思いますが調査研究事業等、1から7までがギャンブル関係業務になってくるかと思います。

次の6ページについては、まず精神保健福祉センターは相談拠点として位置づけられています。依存症の相談拠点ですので、アルコールも含まれてきますが薬物、ギャンブルは全センターが相談拠点の役割を担っております。ここからも中核という位置づけについてご理解いただけるかと思います。

次のスライドからは、滋賀県立精神保健福祉センターの現場で何をしているか、になります。8ページでは国の方針を記載しており、スライド中央に相談体制の中で依存症の相談拠点として精神保健福祉センターが位置づけられているのが分かるかと思います。次に最前線で活動している内容をお伝えします。9ページは、滋賀県の依存症総合対策の概要図です。これはアルコールや薬物も入っており、国の方向性に応じた滋賀県の依存症対策の全体像を見せたものです。赤枠で囲っている部分がギャンブル依存症対策の関係部分です。10ページ以降で抜粋記載しており、最初の基本的事項の「位置づけ」については、いろいろな関係法律、制度に基づき滋賀県は施策実践しております。第1章を見ていただくと、ギャンブル等依存症で現在問題になっているのはどういうことかの記載があります。遊技場店舗数の減少や公営競技場の売上のうち、インターネット投票が約8割を占めているなどが記載されており、第3章の重点課題の部分では、インターネット投票を行う者の依存症になる傾向等が把握できていない、身近な相談窓口がないということが挙げられています。

次の11ページでは、依存の進み方に応じて発生予防と進行予防、再発予防について整理しています。その中で、後半でお話しする発生予防で、ボートレースびわこ場内での注意喚起やオンラインでの公営競技利用者のデータを活用した調査研究などにも取り組んでおります。右側の進行予防の早期発見・早期介入に関しては、精神保健福祉センターの研修会の企画や技術協力による資質向上について書かれています。その下の(2)のギャンブル等依存症に関連する医療等の充実等にも取り組んでおります。これが県としての全体像です。

次に滋賀県の精神保健福祉センターにおける実績を話します。12ページにあるように、ギャンブルの新規相談件数が令和2年度から大きく増加しており、おそらくコロナ禍が関係してくるといえる点と、延べ相談件数は平成30年頃からギャンブルが非常に増えてきているという点が見て取れます。次の13ページはギャンブル種別の相談

実績です。令和2年度以降は公営ギャンブルが増加しており、これもコロナ禍が関係するのではないかと考えています。

14ページは実際、精神保健福祉センターでどのような事業や対策に取り組んでいるかをまとめて表にしたものです。15ページにある事業参加者数ですが、いろいろな事業をやる中で、相談に繋がった人の4割、103名中41名が事業や自助グループに繋がった実績があります。1つ目の事業としてアディクションセミナーがあり、対象者は当事者、家族、支援者で、オンライン開催で各保健所とも連携してサテライトとして実施しています。内容は、滋賀県のアディクションテキストを用いての学習会と質疑応答になっています。実績では、17ページにあるとおり、令和5年よりオンライン開催としたこと、保健所がサテライトとして参加したことにより、参加者数は急増しました。

18ページのアディクション家族交流会について話します。対象者は主に家族で、内容はCRAFTというワークブックを用いての学習会・交流会になります。CRAFTとはCommunity Reinforcement And Family Training、コミュニティ強化法と家族トレーニングの略です。ここでのコミュニティとは、本人を取り巻く環境を指します。ポイントはコミュニケーションを変えることですが、CRAFTでは家族自身が健康を取り戻すことを大切にしており、家族支援を中心に作り上げられています。目的は「本人の依存行為が減る」「本人が治療につながる」「家族の生活の質がよくなる」ことで、コミュニケーションをトレーニングしていく手法です。21ページで実績をお見せします。これはアルコール、薬物、ギャンブル全般で取り組んでいます。ギャンブルの参加者が非常に多いです。これはスマホによる公営ギャンブルの相談が増えていることと関係していると思われます。家族の体験談や感想は、22ページのとおり、「交流会の中で同じ様な悩みの家族がたくさんいる」「自分だけじゃないことで安心した」「今まで誰にも話せなかったことを安心して話せるようになった」「自分を責めなくてもいいことに気付けた」というように家族の回復が見て取れます。

23ページ以降はSARPP-Gについてです。これはShiga Addiction Relapse Prevention Program for Gambling disorderで、SAT-Gテキストを元に、ワークブックの読み合わせと、課題の取り組みについて本人を対象に実施しています。24ページや25ページにあるような雰囲気です。参加者はコンスタントに参加しています。これは当事者が入ってくるものであって、正直に話せる唯一の場だとか、やめ続ける仲間と出会えるとか、スリップしても責められないなど、本人の安心につながるような所となっています。

28ページ以降の依存症従事者研修会は従事者が学ぶような場になっています。行政や医療、司法その他、依存症に接する支援者が50人ぐらいで会って、臨床医等の専門職が自助グループ当事者と意見交換をする事業になっています。

30ページは、依存症関連問題のオンラインでの相談対応です。コロナが始まったこ

ともあり、精神保健福祉センターの中にギャンブル依存症に対応できる医師を置き、サテライトとなる保健所に依存症当事者や家族に来てもらって、オンライン相談の形でサポートをするという事業をしております。以上が滋賀県での精神保健福祉センターの取り組みです。

32 ページ以降が全国の精神保健福祉センターでの取り組みになっております。全国に精神保健福祉センターは 69 か所あります、県と政令指定都市と東京 3 つで、合わせて 69 あるということです。精神保健福祉センター長会の中に依存症対策委員会があり、日々、ネット等を使って情報交換しています。最近では OD 問題などへの対応を検討しています。

34 ページが全国の精神保健福祉センターの相談件数です。折れ線グラフが全体数で棒グラフが 1 センターあたりの平均の数字です。薬物の平均相談は減少傾向ですが、ギャンブルは右肩上がりに増えていることがわかります。

精神保健福祉センターで主にやっているのは 36 ページにある SAT-G プログラムで、先ほど述べた滋賀県では SARPP-G に相当するわけですが、名称が異なるだけで取り組み自体は同じです。基本的にワークブックを使ったコミュニケーションや家族支援になります。最初は国の研究班でやっていましたが、令和 4 年度以降はセンター長会の研究事業、自腹でやっています、こういう部分は公的な事業として助けていただけるとありがたいです。このプログラムは精神保健福祉センターとして必須の研修事業として取り組んでおり、どんどん全国に広げていますが、自腹では苦しくなっています。この SAT-G 研修には、延べ 1,406 人が参加しました。研修によって職員の技術も向上するので、支援者を作るにはこういう SAT-G 研修に出てもらうのが最も有効と考えています。今後の課題は 40 ページに整理して書いてあるので、時間の関係上、後ほどお読みください。

最後は 41 ページ以降の部分、41 ページを除いてこの場限りで非公表の扱いとさせていただきますが、精神保健福祉センター事業とは別になってきますが、せっかくの機会をいただいたので、滋賀県の取り組みとしてびわこボート参加者のテレボート、いわゆるオンラインを用いた舟券購入のデータ分析をしたのでお話しします。というのも滋賀県には、日本で唯一の県立公営ギャンブル施設であるびわこボートがあり、テレボート参加者の人数、年齢、性別、出資額、配当額とギャンブルに関する客観的なデータを集めることができ、その分析をすすめております。縦軸に払戻金額、横軸に売上金額を示すグラフを作ったことで、大きく負け越している集団が存在していることがわかりました。客観的なデータとして、負債というか負けが込んでいる集団がありそうです。この人々が依存症かどうかはわからないわけですが。お金を持っている人がやりくりできる範囲内で賭けているのであれば問題ないのですが、それ以上の分析はこのようなデータでは難しいです。没入群を売上金額が 1 年間で 27 万 8 千円以上、かつ賭けたレース数が 1 年間で 165 回以上の参加者として定義、要するに、頻度

が多くて多額を賭けている人とそうではない人を比較分析しました。この方々が依存症かどうかわからないにしても、分析のひとつの指標として結果をまとめました。概要ですが、近年の概要として、他の調査と同様に全国的に参加者が増加し、男性が9割を占めていました。年代に関しては20代から70代以上まで広がりを持ち、30代、40代が約半数を占めていました。売上金額に関しては、男性は高齢になるほど、女性は60代が最も多かったです。差引金額、個人配当の中央値は男女ともすべての年代でマイナスになっており、男女とも高齢になるに従い損失額は大きくなっていました。没入群は全参加者の約5%ですが、その5%が年間総売上金額・差引金額全体の約4割を占めていたとプレリミナリーに出ています。今、論文化の準備をしております。

今年度は、滋賀県の知事部局の健康医療福祉部と総務部のびわこボートレース局、そして全国モーターボート競走施行者協議会・ギャンブル依存症予防回復支援センターその他の関係機関によって検討委員会を作り、自主的に幅広く分析しています。今日は時間の関係で一部のみ紹介します。

公営競技であるボートレースにおけるインターネット投票利用者のより精密な年齢や購入額を分析して、インターネット投票と依存症の関係やギャンブル対策のためのアプローチすべき対象の特徴を把握するとともに、自己排除者データを早期発見・早期介入に活用できる可能性を検証しています。

行動追跡データ分析の他、アンケート調査やヒアリング調査、文献調査や検討委員会を通じて、最終的に知事に報告し滋賀県が今後どうしていくかを検討する予定です。全国各地いろいろな人に参加してもらっており、久里浜医療センターの院長も委員で、その他プロポーザルで選ばれた企業がいろいろなメンバーを巻き込み、詳しい分析を進めています。

本結果を報告書としてまとめた上で、今後滋賀県として、来年度以降、ギャンブル依存症早期介入のあり方研究として、今回のデータ分析のより細かく深い分析、精神科医による診断検査及び予測モデルの検証等、調べていく予定です。可能であれば、適切にギャンブルを楽しむためのマニュアルといったものがないかと考えています。以上です。

○樋口会長 辻本委員ありがとうございました。精神保健福祉センターにおける現状課題、それとびわこボートレース利用者からのデータの解析について、説明いただきました。

続けて、池田委員にお話いただきたいと思います。依存症回復支援施設における現状や課題について説明をお願いいたします。

○池田委員 池田と申します。本日はこのような貴重な時間をいただきまして、ありがとうございます。私からは、先ほど樋口先生からおっしゃっていただいた通り、民

間の支援施設の現状についてお伝えできればと思います。最初にひとつお断りしておきたいのは、話をさせていただく中で私どもの施設の数字などのデータ関係が入っていますが、その数字が社会全体のギャンブル依存症だったり、ギャンブル業界だったり、その辺の傾向と直接リンクしているかどうかについては必ずしもそうと言えない部分もあるかと思っています。あくまで一施設におけるデータとして認識していただければと思いますので、よろしく願いいたします。

私どもは 2015 年から主に山梨県で回復支援施設を始めまして、現在、東京と東北と合わせて 3 拠点あります。主な事業内容は、3 ページにあるように、依存症の当事者に対する回復支援と、回復した当事者に対するアフター的な支援です。あと全国から電話などによる相談への対応もしており、だいたい年間 1,000 件くらいの相談が寄せられています。あとは様々な関係機関と連携して予防啓発などを行っています。

2015 年から 2024 年 8 月までの入所者の累計が 443 名で、出身都道府県別にすると 4 ページのとおりとなっておりますが、現在はインターネット環境さえあれば、全国どこからでもギャンブルができますので、特段地域差は存在しないと個人的には考えております。昔は娯楽がない田舎だとギャンブルに接しやすいなどの話もあったようですが、現在は関係ないと個人的には感じています。入所者 443 名の年齢内訳は、最初あった松崎先生からのお話の通り 20 代、30 代の若い方が特になくなってきているというのが 5 ページの数字をご覧になれば分かると思います。その方たちに「ギャンブルを何歳ぐらいから始めましたか」と質問したところ、殆どの方が 20 歳以下の若いうちからギャンブルを始めている結果になりました。

6 ページでは入所の年別に入所者の年齢層を分けていますが、近年の若年化という声もあり、その辺りも数字として出れば良いかなと思いましたが、2022 年頃から 25 歳から 29 歳ぐらいの方が多くなっている結果ではあるものの、なかなか特記できる部分はない結果になってしまいました。学歴の話も松崎先生からあった通りですが、学歴については一般的な方と大差ないと思います。ただ、7 ページに示したとおり入所経験のある 443 名のうち大学に進学した方が 228 名いて、そのうち 25%が中退しています。もちろんギャンブルだけが原因だとは限らないと思いますが、依存症になる方の中退率が 25%あるのは、一般的な大学中退率が年間で 2%、4 年間合計で 8%ぐらいと言われている点と比較すると、約 4 倍程度の高い数字だと思います。大学を中退してしまうと、その後の就職や生涯年収などにも影響してくると思いますし、社会全体にとっても損失です。この会議でも度々話題になっていますが、中高生に対する予防啓発がとても重要であることは、この辺の数字から言えると考えています。

8 ページですが、入所に至る経緯は、やはり回復施設に入所する方は重症であることが多く、本人から進んで入所するケースはほとんどなく最初は家族が困って相談されるケースがほとんどです。お金を無心されるとか、家庭内でお金を盗まれる、もしくは「金を出さないと死んで恨んでやる」など脅迫されるといったケースです。そう

いった切実な悩みから家族が相談されるケースが多いです。443 名のうち入所時点で在職していた方がとても少なく、在学状況については、先ほど質問もありましたが大学生が 8 名ぐらいおられます。殆どの方が社会や勤務先で様々な問題を起こして、仕事をなくして入所するケースがほとんどになっていますので、依存症の回復支援と同時に、再就職支援というのもとても重要な課題になっています。離職理由はギャンブルが直接的な原因で、会社のお金を横領してしまったとか、会社の備品を盗んで売ってしまったなど、そのような原因、もしくは精神的に会社に行けなくなってなど色々ありますが、そういった理由で離職されて入所される方が非常に多くなっています。

9 ページですが、入所者の経験ギャンブルは皆さんご存知の通り、パチンコ・パチスロが非常に高い割合になっています。続いて 10 ページで、入所した年度ごとにどんなギャンブルを経験したか聞くと、最近ではパチンコ・パチスロの割合が少なくなっており、その他の公営競技やオンラインカジノが多くなっています。最近のトレンドというか一番の問題点はオンラインカジノだと現場では強く感じています。11 ページにあるとおり、殆どの方でギャンブルが原因の借金を経験しており、金額としては 100 から 500 万円ぐらいの数字が多くなっていますが、これは入所時点での借金で、生涯で家族が肩代わりしてくれた金額や、生涯に借金以外でギャンブルに消費した金額となると相当膨らむ数字になってくると考えています。右下に記載の通りパチンコやパチスロのみを経験した方の 146 人の借金平均が 140 万円、それ以外のギャンブルに手を出してしまうと一気に借金額が膨らむ傾向にあることがお分かりいただけると思います。

12 ページは年度別に先ほどの借金額内訳を分布にしたものですが、2020 年ごろからは 300 万円以上の割合が非常に増えてきていて 50%を超える方が 300 万円以上の借金を抱えていることが見て取れます。やはり家族が借金を立て替えてしまう依存症は、周囲を巻き込みます。特にギャンブル依存症は家族を経済的に巻き込んでしまう部分があり、13 ページにもありますが、家族が借金を立て替えてしまった経験が平均 3.8 回ということになっており、家族の金銭的負担も相当あると考えています。後で述べさせていただきますが、家族支援も重要な部分になってくると考えています。

14 ページですが、犯罪も関係あると思います。最近特に話題となっている闇バイトですが、今朝もテレビでギャンブルでの借金に困窮して闇バイトに応募した件が報道されていました。実際に入所者の中にも闇バイトに応募しそうになった人もいますし、闇金に手を出して返済ができずに、自分の口座や携帯電話を渡してしまい、それが犯罪に使用されて凍結されると、その後の口座開設や携帯電話契約が困難になり再就職先が限られてしまうなど、その後の人生に大きな影響が出てきます。この辺もやはり安易に犯罪に巻き込まれない教育などが重要になってくると考えています。プログラムのガイドラインは 15 ページに示していますが、簡単に言うと、まずは回復支援を行い再就職支援と再発予防支援を行う三段階に分けて実施しています。

回復支援を行うなかで重要なポイントは、ギャンブルが問題ではなくて、ギャンブルをやる自分自身の中に問題があると考えています。最初は殆どの方が「ギャンブルさえやめれば良いでしょ？」というところから始まり、「じゃあ、なぜ自分が生活する中でギャンブルが必要だったのか」「なぜ借金や犯罪をしてまでギャンブルをするに至ったのか？」など過去を徹底的に振り返って認知の歪みや性格を変えていき、ギャンブルを必要としないような生き方を習得する、生き方を修正することを目的として回復支援を行っています。背景には一人ひとりの当事者に様々な要因がジグソーパズルのように絡み合っていると考えています。12ステップなどを用いながら丁寧に解いていき、決してギャンブルだけが悪いのではなく、ギャンブル以外の自分自身の問題など、そういったところを解決していく必要があると考えています。どうしても周りの方は氷山の上の目に見えているギャンブルの部分、借金の部分に目を向けがちですが、実際に支援していく上では、目に見えない部分に注目して解決していけば根本的な解決になるのではないかと考えています。

20 ページの家族支援についてですが、回復プログラム修了者では、84.3%の家族がプログラムに参加しており、逆にプログラムを途中でドロップアウトしてしまった方の家族は半数程度しかプログラム参加していなかったという数字で、やはり家族がプログラムに参加していると当事者もプログラムが習得しやすいとか、本人の力になりやすいです。やはりこれまで散々家族を言いくるめて借金を立て替えて貰ったり、自分のいいように家族をコントロールしてきたりしていたのですが、家族がプログラム参加するとそういったことができなくなります。自分のことは自分でやるしかないという覚悟が決まるという言い方もあると思いますが、家族にしっかりプログラムをやってもらえると、本人もプログラムに専念しやすいということもあります。私どもはご家族の方には家族のプログラムに参加してもらうことを必須にして進めています。

家族の支援に対する社会資源のひとつに「ギヤマノン」という自助グループもありますが、ギヤマノンは主に分かち合いを主な目的にしており、これとは別に「家族の会」が全国に広まっています。当事者家族の方が分かち合い以外にも細かな相談支援だったり、セミナーを開いて予防啓発をやったりといった活動を積極的にやっています。全国 47 都道府県に広めることを目的として、私どもや家族会とも連携しながら活動を続けています。

続いては、社会全体での依存症への理解という部分になってきます。22 ページは地元の新聞記事で、主な記事内容は、全国にある依存症の回復支援施設が地域からの反対運動にあったり、関係性がうまくいっていない地域もある中で、山梨にはグレイス・ロードや山梨ダルクという施設があり、地域と関係性がうまくいって当事者の回復に力になっていることを紹介いただいた内容になっています。地域の方が当事者を受け入れてくれることで、当事者の自尊心が回復したり、社会性を取り戻したりというメリットがあるばかりではなく、地域にとっても人口が増加したり、お祭りや伝統

行事が続けられるようになったり双方にメリットがあると思います。回復を応援してくれる人が多ければ多いほど当事者の回復率は高くなっていくことを実感していますので、社会全体でもっと依存症について正しく理解していただくことが大事だと思います。更に一步進んで、入所者の離職率が非常に高かったのですが地元の商工会議所と連携して、入所者向けの就職説明会を地元の山梨で年に数回ずつ実施しており、実際にここから地元企業に就職する人もどんどん出てきています。

最後になりますが、25ページは今年山梨で行っている地域連携、私どもが参加させていただいている事業の内容です。いろいろな行政、司法、医療が連携しながらやっています。特に、精神保健福祉センターは、民間団体よりも行政団体の方が相談しやすい部分もあり、精神保健センターに相談された当事者を自助グループにつなげたいという時に、例えば自助グループに行った方がいいですよというだけでは当事者は行きづらいので、私どもが間に立って精神保健福祉センターに出向いて当事者と顔を合わせて、「いついつの自助グループに一緒に行きましょう」と約束をして自助グループに参加すると自助グループの定着率も高くなる部分もあるので、ただ紹介するだけではなく、色々な所が連携しながら支援していくのも必要と考えています。まだまだ日本社会は依存症に対する差別や偏見、依存症に限らず失敗に厳しいというか、社会で問題を起こしてしまうと二度と再起できない風潮や、ネット上で誹謗中傷してしまう風潮があると思います。問題を起こさない人や失敗しない人はいないと思います。失敗した後にも、その後の人生は続きますし、失敗した後が大事というのは自分も経験上思いますので、社会全体が人の失敗に寛容で、再起を応援してくれるようになれば、一人の当事者として嬉しいです。ご清聴ありがとうございました。

○樋口会長 辻本委員と池田委員から発表いただきました。この2つの発表について、ご質問、あるいは意見等ございましたら、どうぞよろしく願います。

○吉倉委員 ご発表ありがとうございました。辻本委員の調査についての意見と、樋口会長へのご提案をさせていただきます。びわこボートレース場について調査に基づく実績などをご発表いただきました。一方、調査の元データはびわこボートレース場のレースに投票された方や近隣に在住の方によるインターネット投票のデータのみとなっています。また、ご説明にもありました「自己排除者」というのは「自ら課題がある」と理解されている方ですので、自己管理ができています方でもあります。このような方に注目すると、本当に課題のある方を救えなくなるという点で、適切な視点なのか危惧するところ です。

次に、第13回の会議でご質問やご意見がありました通り、依存症の人口当たりの相談者数でみると地域差がある状況です。

私たちは様々な依存症の相談を24時間365日受け付けており、8,000件弱の相談

件数があり本人や家族の割合、ギャンブルの種別、年齢別の相談者の傾向などもデータとして所有しています。今回のように、2023年度の取りまとめデータを発表する機会をいただければ、さらに充実した議論ができるのではないかと考えていますので、一度発表の機会をいただけないかとの提案です。よろしくお願いいたします。

○樋口会長 辻本委員、質問等についていかがでしょうか。

○辻本委員 自己排除は、ある意味自分でコントロールできるというポジティブな意味ももちろん含みますが、データだけですので、可能性ということでこのように記載しました。ですので、来年度からは実際に依存症と診断がついている方々との比較をしていく必要があると考えております。よろしいでしょうか。

○樋口会長 はい、ありがとうございます。発表いただく機会のことですが、検討させていただいた上で改めてご返事いたしたいと思います。山口委員、どうぞ。

○山口委員 発表ありがとうございました。辻本委員にお聞きしたいのですが、このオンラインデータをベースにいろいろ分析していただいた部分ですが、例えば、売上金額と払戻金額の相関の図がありますが、これを見ると払い戻しの際は経費というか控除する部分があるので、売り上げに対して当然払い戻しの方が減ることが分かりますが、これは個人ごとで見た際に特別負けている人がいるというデータになりますでしょうか。

○辻本委員 データ自体は個人ごとのデータを基本に示す結果になっています。ですので、ある程度投資というか目的は楽しむことであり、マイナスになる人もいますでしょう。その程度が大きすぎる人が問題ではないかという意味です。

○山口委員 このマイナスが大きい人が、例えば自己排除者というか、要するにギャンブル依存症の恐れのある人かどうかはこれでは分からないという理解でよろしいでしょうか。

○辻本委員 はい、これは昨年度データなので、本年度分をリンクさせていないので分かりません。

○山口委員 負ける人が多いということが客観的な事実で、その中でお金をずっとかける方が何人かいらっしゃるということですね。もうひとつ、先ほどご説明もあったかも知れませんが、43ページに没入群という言葉がありこのような定義をされたとい

うのには、根拠がありますでしょうか。

○辻本委員 これも依存症だと言い切れない人です。ただ、この外れ群をどのように同定するかという部分で、依存症の本質として社会的に問題がある中で頻回に賭けるところで、その中で没入群と命名した5%になる人がどれぐらいか、解析するとこのような数字が出るという仮の姿でしかないと考えています。

○山口委員 分かりました。要するに上位5%を取ってこの数字になったということですか。

○辻本委員 統計上、このような分析はよく用いられるのでこの分析にも活用したということです。

○樋口会長 はい、ありがとうございます。他はいかがでしょう。浜田委員どうぞ。

○浜田委員 ありがとうございます。経済アナウンサーの浜田でございます。松崎様、辻本委員、池田委員より詳細なご説明をいただきましてありがとうございます。意見とご質問をさせていただきます。先ほど松崎様からも社会の時代変化とともにオンラインギャンブルが増えており、特に若い年代ののめり込みが割合的に高くなってきている、若年齢化が進み、闇バイトや闇金などのトラブルに遭いやすくなる傾向があると思います。また、相談体制の拡充が求められるかと思えます。そして先ほど、グレイス・ロードの池田委員のご説明資料5ページ目の入所者のギャンブル開始年齢が平均18.8歳ということで、20歳以下ということですね。ですので、やはり18歳になる前の成年年齢になる前段階で、ギャンブルの仕組みやリスクを金融教育の中で、また社会全体で触れていく意義があると考えております。先ほど池田委員も仰っておられましたが、目に見えない水面下の要因にも着目して寄り添うサポートが重要と考えています。また、池田委員の資料中の11ページにギャンブルが原因での借金経験が9割以上ということですので、ギャンブルをするために借金をしなくてはならないということで、これは避けなければなりません。ご自身の資金範囲内で行うということが重要になってくるかと思えますが、そのほかにも、13ページの家族による立て替えが87.8%と多いのでこれを防ぐためにも相談に繋げる家族支援の拡充も重要ではないかと考えております。

一点、池田委員にご質問ですが、オンラインギャンブルなどギャンブルやゲームに熱中している初期段階、まだ入所に至る前の段階でこのままだと依存症になりそうなので、適切な対処方法を教えてほしいというような相談を親御さんなどから実際に受け付けていらっしゃるでしょうか。また、その割合というのはどの程度でしょうか。また、

もし相談があった場合、どのような経緯で施設に繋がってこられているかという部分をお聞きできればと思います。以上です。

○樋口会長 池田委員お願いいたします。

○池田委員 先ほど申し上げた通り、相談して来られる方の6割はご家族からの相談ですが、やはり殆どの家族は本人が何をやっているのか分かりません。今は、ほとんどインターネットでやっていますので、急に借金の督促が家に来たとか、急に会社の方にお金を借りて返せなくなっているとか、そのような問題が発生して、ようやく家族にも判明するというケースがとて多くなっています。その段階では、家族は、最初はその借金さえ返してあげれば本人は立ち直ってくれるだろうという思いで、何回か借金を立て替えるのですが、同じことを本人が繰り返すので、これはいよいよ違うぞということによってようやく外部の方に相談されて、対応が間違っていたということに家族が気づくケースが多いので、やはり本人のみならず、周囲がどう対応していくかという点が重要です。例えば家族だと借金を返さないとか、特に体育会系の企業経営者の方だと借金を返済させるために給料を全部会社で管理して、必要最低限のお金だけ渡して、あとは会社で管理するなどの手法を取る方もいますが、そうすると結局本人を四六時中管理することはできないので、本人は抜け道を作って、ますますギャンブルに走ってしまう。やはり、本人というより周囲が正しい対応をすることが重要と考えています。

○浜田委員 ありがとうございます。初期段階では、どうしていいかわからないと相談に来るということですね。そうだとすると、若年齢層の両親から「ゲームに熱中しており予防法や適切な対応方法を教えてもらえますか？」等の予防段階での相談はなかなか無いということでしょうか。

○池田委員 ゲームに関する相談はかなりの件数を中高生の親御さんから受けます。樋口先生の方が詳しいとは思いますが、両親が単に「ゲームをやめなさい」と言ってみたり、もしくは取り上げたり、インターネットを遮断したりという手段ではなく、もっと親子の対話を重視した手法や、一緒になってのルール作成を推奨しています。一例を挙げると「リビングでは親も携帯を使わない」等です。

このようにネットゲームに関する相談はかなりの件数ありますが、ギャンブルに関してはやっているかどうか両親が分からないことが多く、問題が顕在化してからの相談が多いという印象を持っています。

○浜田委員 ありがとうございました。

○樋口会長 岡崎委員、どうぞ。

○岡崎委員 報告ありがとうございました。まず、辻本委員のご発表ですが、若年者に焦点が当たっていた今日の他発表と比べて、びわこボートレースのデータでは高齢者の問題が目立っていたように見受けられるデータでした。これはギャンブルの種類によるものか、もしコメントがあればお願いします。

池田委員にも質問があります。家族支援が非常に大事とされていますが、なかなか経済的なサポートがないことから、各家庭が持ち出しで活動するのは負担が大きいのではないかと危惧しています。これは私からの意見の側面もありますが、もちろん、精神保健福祉センターでたくさんの無料相談に取り組まれていることは承知しておりますが、本人への支援は障害者総合支援法でお金が出るが家族支援については非常に弱いという印象を持っており、そのあたりコメントを頂ければと思います。

更に質問が1件あります。ダルクはかなり広がって全国にあると思いますが、ギャンブル依存症の回復施設が広がらないのは何故なのか考えております。ダルクではギャンブル依存も含めた回復者をスタッフにしていますが、ギャンブル依存症回復施設の回復者がまだ十分に育っていないことが理由ではないかと推測しており、ご意見があればお聞かせください。

○樋口会長 まずは辻本委員、お願いします。

○辻本委員 高齢者にもある程度、オンライン投票をしている人々がいることは間違いないです。ただし、資金的にゆとりがあって賭けているのか、年金を使っているのかについては、本データのみでは分析しきれないです。今回はインターネットに焦点を当てましたが、競艇場現場が高齢者の憩いの場になっており他者と交流したり、適度に頭を使うといった良い側面もあるので、適切にギャンブルをすること自体は良いのではないかと個人的には考えています。

○樋口会長 ありがとうございます。それでは池田委員にお願いします。

○池田委員 おっしゃる通り、やはり家族は自助で活動をやらせようとしています。もちろんイベントに対して、都道府県や厚労省から予算を単発でつけてもらうことも結構ありますが、家族が結構持ち出してやらせようとしているので金銭的負担はとて大きくなっていると思います。ただ、自助グループに対する金銭支援というのは、自助グループの考え方として難しい面もあります。

もう一点のギャンブル依存症の回復施設が広がらない理由ですが、ご指摘の通り、

ギャンブル依存症の当事者の方も受け入れているダルクは全国にたくさんあると思います。ギャンブル専門の回復施設が全国に少ないのは、やはり薬物やアルコール依存症と比較して、ギャンブル依存症が世に出てきて日が浅いからと認識しています。本当に支援の必要性があるのかという議論でさえこの数年でしたので。今後増えていくのが好ましいかどうかは分かりませんが、社会ニーズと比例していくと考えています。

○岡崎委員 どうもありがとうございます。

○樋口会長 はい、辻本委員どうぞ。

○辻本委員 自己排除者データには若年者が多そうで、家族内の立場・力動等で自己排除の促され具合も変わってくるので、自己排除者がどのような集団なのかとらえきれていない部分はあると考えています。

○樋口会長 ありがとうございます。黒沢委員どうぞ。

○黒沢委員 お2人とも貴重なデータのご発表、本当にありがとうございました。池田委員に改めてお伺いしたいのですが、今回全国のグレイス・ロード施設の443名に対する入所者年齢やギャンブル開始年齢を改めて見せていただき、本当に驚き、ありがたく思いました。というのは、公的調査では、様々な倫理的課題もあり、20歳以下の実態が見えてこないと感じていましたが、これが全てでないにせよ開始年齢が18歳、17歳以下の方の割合がこれだけおられるということは、大学生に対する啓発だけではなく、先ほど言って下さったように中高生の段階から啓発していく必要があることを教えていただけたと思っていますからです。

グレイス・ロードだけの個別データを単純に一般化というわけにはいかないと思いますが、もっと多くの方々がこれらのデータを知ることで、低年齢のギャンブル開始についての現実的な状況に対する理解が変わるのではないかと感じており、改めてお礼とデータを出していただいた意義を申し上げたいと思いました。質問ですが、こちらの施設にまで来られる方はかなり問題がこじれてしまっている方が多く、特に若い方は家族からのご相談が多いと思いますが、当事者の家族はこちらの相談機関をどういう形でお知りになられているのでしょうか、ネット検索でしょうか。

○池田委員 以前はインターネット検索をされる家族が非常に多かったです。今は最後に紹介させていただいた各都道府県にある家族会に相談をされるケースも多くなっています。あとは、各都道府県の精神保健福祉センター等、行政の相談機関から紹介されるというケースも多くなっています。以前は家族もどうしていいかわからず、

インターネットで調べに調べて辿り着かれていたようですが、今は先ほどから仰っていただいている通り、各都道府県に相談拠点も治療機関も広まっています。そういった様々な支援の資源はありますが、本人にとって施設が全てではないですし、回復方法も色々あっても良いとは思いますが、最終的には施設が必要と考えていらっしゃる家族はそういうケースで相談される方が多いです。

○黒沢委員 ありがとうございます。グレイス・ロードだけではなく関係機関と連携を取りながら、それぞれの役割で支援していけるという点と、それが啓発につなげていくようなデータを出してくださることで改めて状況を理解できました。特に、若年の方で保護者も困っているという状況や、若年層に関する啓発ということについて、池田委員が当事者かつ事業に取り組んでおられるというお立場から、どのような部分を保護者や学校関係者に、まずは理解していただけたらいいかという観点から、何かご意見も伺えたらと思います。

○池田委員 単純にギャンブルの危険性を啓発するだけではなく、やはり困った時に誰かにしっかり相談することという部分が必要になってくると考えています。

○黒沢委員 ありがとうございます。相談機会のアクセシビリティということがとても大事になってくると思います。保護者の相談をよく受けるなかで、どこに相談したらいいのか困っていらっしゃるりするので、そういう観点からもその部分の連携も大事になってくると思いました。ありがとうございます。

○樋口会長 他にございますか。山口委員どうぞ。

○山口委員 池田委員に質問させていただきたいのですが、資料で説明があった5ページのギャンブル開始年齢のところで、20歳未満での開始が早くて多いということでしたが、オンラインギャンブルとの関係においては、これらの方々もオンラインが多いのでしょうか。それとも現場でのギャンブルが多いのか教えていただければと思います。

○池田委員 年度によって違いますが、2018年ぐらいまでは、最初は友達や会社の方に誘われてパチンコやパチスロを始めて他競技に移行するイメージがありましたが、最近はもう小中高生からスマホを持っている世代なので、ネット検索してゲーム感覚でいきなり海外も含めたオンラインカジノに参加するようなケースも結構増えてきています。

○山口委員 ありがとうございます。JRA は、ネットでオンライン販売もしていますが、年齢確認なり身分確認を取って銀行口座を持っている方だけが対象になるので、なかなか入ってこないと思いますが、口座を持っていて 20 歳未満に始めたような方はおられますか。

○池田委員 そこまでは私も認識できていないですが、最近の傾向としては公営競技よりもオンラインカジノが非常に多くなってきていると思います。

○樋口会長 最後に私が 3 人のご発表を聞いて感じたことを申し上げたいと思います。それぞれ違った側面からギャンブル等依存症の対策についてあったと思います。まず松崎参考人の発表ですが、合法違法問わずオンラインでギャンブルを行う人の割合が大幅に増えており、オンラインの方が借金額が大きくなることを発表されたと思います。これを踏まえて前回も提言がありましたが、行政やギャンブルの主催者には、インターネット投票などにおいてクレジットカード等の後払い決済の取り扱いを含めてオンラインギャンブルへの、一步踏み込んだ対策を検討いただく必要があると感じました。

辻本委員の、特に後半の解析で、データが簡単に手に入って解析できることのメリットを改めて実感し、興味深く伺いました。行政やギャンブルの主催者には、オンラインで蓄積したデータを分析してギャンブル依存症の予防や早期発見、早期介入に活用することについて検討いただくことを期待したいと思います。

最後の池田委員の発表では、発表の中段のところで回復施設においてもオンラインを中心とした公営競技やオンラインカジノの利用者が増加傾向にあることが明確に示されたと思います。特に地域における関係機関の連携がギャンブル等依存症対策において、重要な役割を担っているということを確認し、委員の先生方の中には都道府県や市町村の委員の方もいらっしゃいますが、行政を中心に地域連携を強化する必要性を改めて感じました。

本日の発表や議論の内容を踏まえて、事務局には基本計画の変更案を作成いただきたいと思います。

それでは最後ですが、各委員からギャンブル等依存症対策に関して自由に発言をいただきたいと思います。質問や意見がある方は挙手をお願いします。今回の発表に限らず、ご意見等あればお願いしたいと思います。増田委員、お願いします。

○増田委員 樋口先生のまとめの意見に賛成いたします。若年者の依存症増加は本当に大問題ですので、啓発や教育、相談窓口の充実は、第一にやっていただきたいと思います。それからオンラインカジノをきっかけとして 20 歳になった時に公営ギャンブルにネット上から移行していくということも可能性としては非常に大きいと思いま

すので、やはりインターネット投票に関してのあり方をもう一度、検討していただく必要があると強く思っています。先ほど池田委員の発表の中で、ギャンブルそのものが悪いわけではないという話がありましたが、もともと問題を抱えている方がギャンブルに入ってしまうと、もともとの問題解決も遅れてしまうため、非常に大きい問題であることは前にも申し上げました。ですので、ギャンブルへのハードルが低いとそこに依存してしまいますので、もともとの問題解決も同時に行うことが大事と思います。以上です。

○樋口会長 その他はいかがでしょう。今日ご意見をいただいている方がいらっしゃいましたらお願いしたいと思います。イワミ委員、よろしくお願いします。

○イワミ委員 グレイス・ロードの池田委員の資料の中に、入所に至る経緯ということで、そのパーセンテージで家族の希望が85%、本人希望が7%。やはり家族が本人から言われて困って機関を探して入所という形が85%もあるということは、本人の考えで入所するより十倍以上になっていると思います。しかし、家族も病気をもともと知っているわけでもなく、どうしたら良いかわからない状態で入所させています。そういう状況を変えるためには、まず家族の方々を助けるような施策や啓発も含めて取り組まないと難しいのではないのでしょうか。本人が自分から入院・入所するようなことではなかなか治療も進まないと思います。他の資料で相談の6割が家族からも記載がありましたし、あとは学校教育の中で、中高生に対する教育も考えられますが、やはり学校でどれだけの取組みができるかは難しいと思います。家庭で若い子達への教育・啓発が出来ればよいですが、その前に家族に対しての啓発も考えていく必要があると思っています。

辻本委員が発表された事業の中にアディクション家族交流会 CRAFT という事業があるということで、その推進事例では相談者の4割ぐらいが事業や自助グループに参加したというデータが気になってメモしましたが、そういうのがあれば、自助グループにつながり本人は回復して、また社会で活躍できる形が取れるのであれば、そういうのをどんどん推進して行ければ良いかと感じました。今日は様々な家族に対する意見が出たので、私もそこは大切にしたいと思っています。一委員からの提案ですが、家族に対する啓発をたくさんやらしてもらえれば良いと思っています。以上です。

○樋口会長 ありがとうございます。佐藤委員どうぞ。

○佐藤委員 佐藤です。私は家族の立場でもこちらに参加させていただいております。今回、家族に対する支援の話をご委員の先生お三方ともご発表下さり、本当に貴重なデータをありがとうございました。私も家族の方々の支援を続けておりますが、やは

り当事者家族は、例えば借金を肩代わりしてはいけないとか、そのようなことを全く知らずに何年か過ごしてしまうことがあります。先ほどから若年層への予防教育に関する議論もありましたが、そちらでも家族だけで問題を解決しなくていいんだ、相談する場所があるんだという点を子供たち、学生たちに伝えていくことが必要だと思います。それと合わせて、例えばお金をかけるギャンブルをやる可能性のある小中学生に対しても、そのようなことになった際に困ったことは相談できるような啓発は、これからも続けていくことと、小中学生のみならずそれに関する教育を受けてこなかった子育てをしている親世代にも同じように来ていただいて、依存症教育を受けていただく。そうすると「うちの旦那はもしかしてギャンブル依存症ではないか」と、子供だけの啓発ではなく、親御さんたちも気づく機会が与えられると考えています。知らずに一生懸命、手助けしているケースがとても多いので、ギャンブル依存症の家族や本人、当事者たちの中では当たり前と言われているお金の手助けをしない、もしくは相談機関に行って相談して良いということが、もっと社会に広がるといいと思っています。

まだまだ日本の社会では、家族問題は家族で解決するべきと考える方々が多いです。学校教育の中でも自分一人で頑張るといことがとても良いことのように言われていますが、協力して助ける、困っている人がいれば助けるということも、こういう依存症教育にしていただけたらと思っています。

○樋口会長 家族に関する貴重なコメント、ありがとうございました。

それでは本日の議論はここまでとしたいと思います。本日の議事録は事務局で作成し、各発言者に内容を確認させていただいた上で、できるだけ速やかに公表したいと考えています。次回会議についてですが、これまでの各委員のご意見等を踏まえると、公営競技のインターネット投票における依存症対策のさらなる検討、違法オンラインカジノ対策、医療体制・相談体制の拡充と各機関の連携強化、それから以前より、宝くじ等の取り扱いについての意見が多く挙げられてきたと思います。これらの議題を中心に議論を進め、深めてまいりたいと思います。

日程などは後日、改めて事務局からご案内いただきたいと思います。それでは以上で、第14回ギャンブル等依存症対策推進関係者会議を終了いたします。本日もありがとうございました。

以上