ギャンブル障害の現状と課題

早　川　　明

Ⅰ．はじめに

2014年８月20日，厚生労働省研究班（代表，樋口進・国立病院機構久里浜医療センター院長）が「ギャンブル依存症」の疑いがある人が，国内に536万人（男性438万人，女性98万人）いるという推計をまとめ報告した[(1)]。これは，成人の約4.8％（男性8.7％，女性1.8％）である。ここでは，ギャンブル依存症を「ギャンブル障害」とする。

DSM-5[(2)]によれば，ギャンブル障害の有病率は一般人口の約0.2～0.3％である。一般人口において，生涯有病率は約0.4～1.0％である。女性については，ギャンブル障害の生涯有病率は約0.2％で，男性では約0.6％である。アフリカ系アメリカ人の病的賭博の生涯有病率は約0.9％で，白人では約0.4％，ヒスパニック系では約0.3％である。

依存と嗜癖については歴史的にさまざまな意味付けがなされてきた。これまではICD-10（WHO診断基準），DSM-IV（米国精神医学会診断基準）では1977年のWHOが示したアルコール依存症候群の概念の影響を強く受け[(3)]，両診断基準の中に精神依存を中心とする依存症の診断基準が示されていた。1970年代以降ギャンブルへの依存を精神疾患として認識する動きが広がっている。依存症は人間の健全な生活に著しい影響を与え，多重債務，失業，離婚，自殺，犯罪等の原因となり，大きな社会問題となっている。

厚生労働省研究班の報告書とDMS-5，アメリカ精神医学会の動きから鑑みると，日本国内における「ギャンブル障害」の疑いがある人達に対する社会的なアプローチが必要であることが考えられる。

また，現状や先行研究に鑑みると，「ギャンブル障害」への予防的介入についての取組みが日本国内においてほとんど存在していないことは問題であり，知見を積み重ねることは急務である。

II．研究目的

本研究では「ギャンブル障害」の現状と課題を明らかとし，予防や教育に生かせる示唆を得ることがこの研究の目的である。

III．研究方法

厚生労働省のデータや先行研究，関連文献及び新聞記事等を活用し，「ギャンブル障害」の現状と課題を調査した。

IV．結果

1．「ギャンブル障害」の現状

1）「ギャンブル障害」を巡る近年の動向

「ギャンブル障害」は，米国精神医学会 DMS-III[4]（精神疾患の診断・統計マニュアル，第 3 版（1980年））で初めて精神科の診断分類として取り上げられ，DMS-III-R[5]で診断基準に修正が加えられた。DMS-IV[6]（1991年）でもその大筋に変化はなく，次の9項目が主な診断項目となった。①賭博の進行ととらわれ，②耐性，③離脱症状と制御不能，④怠業，⑤深追い，⑥虚言，⑦不法行為，⑧家庭・職業上の問題，⑨経済的破綻，である。また，1992年には，世界保健機関（WHO）が国際疾病分類（ICD）第10版に加え[3]など，国際的には診断基準が確立されている。

2013年 5 月よりDMS-5[2]では従来の Pathological Gambling（病的賭博）から Gambling disorder（ギャンブル障害）となった。また，従来の所属カテゴリーの「衝動制御の障害」から「Substance Use and Addictive Disorders（物質使用障害と嗜癖障害）に移った。国際的な動きを見ると「ギャンブル障害」を巡る動向はめまぐるしく変化している。

しかし，日本の取り組みは遅れており，厚生労働省研究班が2009年度に初めて海外基準に照らした初の全国実態調査に乗り出したばかりである[7]。患者数は従来100万～200万人とみられていたが，2014年の厚生労働省の研究班の調査（代表，樋口進・国立病院機構久里浜医療センター院長）によると「ギャンブル障害」の疑いのある人は推定536万人となっている[1]。

2）「ギャンブル障害」の治療方法

齋藤学（1996）は，「ギャンブル障害」の治療として，家族介入，再燃防止

訓練，夫婦同席面接と社会サポート，自助グループ，パラドクス処方，抗うつ剤投与についての考慮を紹介している[8]。治療法は他の嗜癖行動の場合と同じで，一切のギャンブルを完全にストップさせることである。田辺等ら（1996）は，病的賭博の集団療法として，北海道立精神保健福祉センターにて，ギャンブル嗜癖者にグループセラピーを実施している[9]。個別相談の発展としてグループセラピーを実施したり，セルフヘルプグループを活用することを重視している。また，遠藤優子（1996）は，強迫的賭博者への治療的介入として，家族療法的アプローチと認知行動療法的アプローチの折衷的な方法が効果的であると述べている[10]。

森山成彬（2005）によれば，最近ではアルコール依存症に類似した入院・通院治療と自助グループの併用が主流となっているとし[11]，アルコール依存症とギャンブル依存症は同じ病棟で入院治療を受け，アルコール依存症は断酒会やAA（アルコホリック・アノニマス），ギャンブル障害はGA（ギャンブラーズ・アノニマス）を利用している。日本において，「ギャンブル障害」に対する治療の主流は，自助グループのGA（ギャンブラーズ・アノニマス）である。現在45都道府県で168のGA（ギャンブラーズ・アノニマス）がある（2016年現在）。自助グループGA（ギャンブラーズ・アノニマス）はいかなる政治活動や宗教団体とも無縁で，ギャンブル依存症からの回復を唯一の目的とした，ギャンブルを止めたいと望んでいる人の集いである。

河田将一ら（2005）は，病的賭博のある男子学生に対して，行動療法的支援を適用し，セルフコントロールにより賭博行動を緩和することを目指し，一定の効果が認められたとしている[12]。山川麻美ら（2007）は，長野県精神保健福祉センターの取り組みから家族教室の有効性について報告している。家族教室では，気持ちの分かち合いを重視し，嗜癖問題に共通する「家族と本人との関係性」に焦点を当てたアプローチをしている[13]。家族が家族教室に定着している場合は，本人の自助グループへの参加率が高いことから，回復のための重要な場である自助グループに本人がつながるためには，まずは家族への支援を十分行うことが効果的である。さらに，特徴的な実践として，中島央（2007）は，催眠治療の可能性について論じている[14]。

また，厚生労働省（第2回依存症に対する医療及び回復支援に関する検討会[15]）によると，ギャンブルは娯楽ギャンブル，問題ギャンブル，病的ギャンブルの3つに分類されており，それぞれ治療的対応が違ってくる（図1）としている。娯楽ギャンブルの場合は治療の必要がなく，問題ギャンブル，病的ギャ

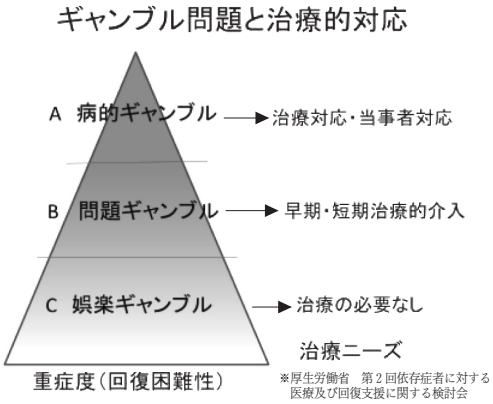

図１　ギャンブル問題と治療的対応

ンブルに関しては治療が必要で，問題ギャンブルは早期・短期治療的介入，病的ギャンブルには治療対応・当事者対応が必要とされている。図２は，他の国と日本のギャンブル依存について表した図である。この図のとおり，日本は病的ギャンブル，問題ギャンブルがとても多くなっている。その要因としては，ギャンブル体験の日常化（誰でもパチンコやスロット，競輪など気軽にできる），資金の入手の利便性（消費者金融から簡単にお金を借りることができる），女性（今までは男性中心だったがパチンコを行う女性が増加）への普及があげられている。

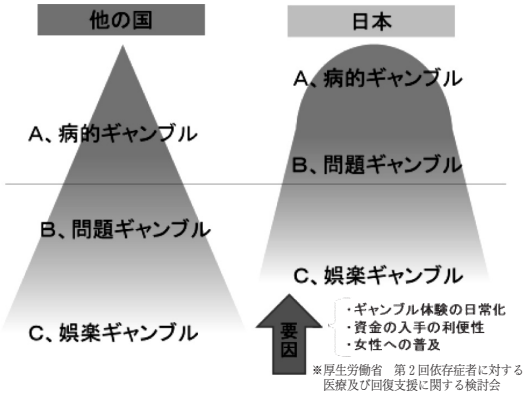

図２　他の国と日本のギャンブル依存について

このように様々な治療方法を鑑みると，「ギャンブル障害」に薬物を用いて治療する方法は確立されていないことがわかる。また，GA（ギャンブラーズ・アノニマス）による治療を主流に置きながら，様々な治療的なアプローチが実践されていることもわかった。

2．「ギャンブル障害」の課題

1）「ギャンブル障害」についての研究

海外と比較するとわが国における「ギャンブル障害」の研究は少なくあまり認識されていない。また，これまでに報告されているのは，臨床現場に訪れた患者や相談者を対象に調査，あるいはギャンブル依存症者らの特徴をまとめたもののみである。

田中克俊ら（2009）によると，諸外国では，病的ギャンブリングに関する調査は広く行われている。しかしながら国内では，深刻な種々の問題を抱えて回復施設や医療機関を訪れる人達がいることがしられているにもかかわらず，これまで大規模な疫学調査は行われていない。国内における実態把握が急務である，としている(16)。また，同時に病的ギャンブリングの背景にある心理社会的関連要因について調査を行い，今後の支援等の検討の必要性もあると述べている。

「ギャンブル障害」の研究の遅れの原因としては，具体的な数値が得られておらず，「ギャンブル障害」の現状があいまいであることが関連していると考えられる。つまり，それが「ギャンブル障害」に対しての問題意識の低さを生み出し，「ギャンブル障害」の患者も病院を受診しないといった悪循環を招いている。それにより，医師も「ギャンブル障害」の患者と向き合う機会も少なく，事例研究も少ないという現状を生み出している。

Ⅴ．まとめ

現在日本では推定536万人いるといわれるギャンブル依存症者が存在するが，今まで積極的な治療や研究，対策が行われていなかった。「ギャンブル障害」は本人の意思や性格の問題ではなく，精神疾患であり病気であることが理解できる。したがって，「ギャンブル障害」は自分だけの問題ではなく，家族と本人との関係性の問題と捉えることもできる。関係性が改善せず依存症者の借金を肩代わりするなど，ギャンブルを続けさせてしまうという悪循環をきたしている場合もある。依存症者の治療には家族の理解と自助グループへ参加することが回復への近道である。家族は借金の尻ぬぐいなどは断る一方，回復を願っ

ていることが大事である。依存症者は自助グループに参加することで，他の依存症者と自らの経験談を語り合い，自分は依存症だということを自覚していく。そして，人間性の回復を目指していくことで健康的な生活を取り戻すことができる。普段，生活していて気が付かないかもしれないが依存症者は身近にいるかもしれない。依存症者本人が依存症だと自覚できるように，身近の人間が依存症を理解できるような対策を講じなければならないと考えられる。

また，アメリカでは，ギャンブルの問題を１つの病態とみなし，相談や援助，そして治療的アプローチを実践している。ニューヨークでの「ギャンブル障害」の有病率を調べたヴォルバーグによれば，1972年にオハイオ州で入院治療が始められ，1980年のアメリカ精神医学協会の診断と統計マニュアルに始めて診断基準の原型ができた。その後，病的賭博として診断基準がつくられ，精神保健サービスの資金提供を受けた相談治療クリニックで支援されてきた。

一方で，日本の現状は，問題が発生している家族の中にも，「治療すべき病態」があるという認識はあまりない。むしろ夫婦や家族の間では，問題の発生，非難と反省，対処と約束，しばらくの安定，という経路をたどっている。そしてやがて，再失敗，再反省，または，再々失敗，家族の怒りと失望，という進行をたどることになる。家族からすると，パチンコや競馬を止めると約束しても止められないことを，病気とみなすことには抵抗がある。病気を認めるということは，実は依存症では困難なことである。それでも相談援助グループのギャンブル研究会のような，率直に話し合う場では，彼らは自分たちのギャンブルが単なるレジャーではなく病気であることを徐々に自覚していく。

「ギャンブル障害」の回復支援施設「ワンデーポート」代表の中村努によると，「ギャンブル障害」の原因は，社会には依存症者の依存症になる前の姿や症状が進行する過程は見えず，「なれの果ての姿だけが目につくために…中略…本人の資質としてしか受け入れられない」ことにあると述べている。これは，ギャンブル依存症者に治療を受けさせることには困難が伴うということを示している。

厚生労働省が指定した拠点機関のひとつ，岡山県精神科医療センターの橋本望医師が330人の患者の傾向を調べたところ，ギャンブル開始年齢は平均21.1歳，初めて借金をしたのは31.1歳，治療を始めたのは41.1歳であった。ギャンブルは薬物やアルコールと違い，体調には変化が現れにくいため，病気と気づくのに時間がかかる。「ギャンブル障害」が精神疾患であり，治療することが可能であるという認識が，世間に十分に浸透していないため，ギャンブル依存

症者が周囲の人間に放置される可能性がある。

周囲が異常に気付いたとしても，ギャンブル依存症者本人が否認をして病識を持たない場合もある。その場合，病院や自助グループ・回復施設へ行くようギャンブル依存症者を説得しようとしても否認の傾向を強めるだけで逆効果であり，周囲の人間にはギャンブル依存症者への働きかけを治療に関する情報提供にとどめ，ギャンブル依存症者が自ら病院などへ足を運ぶ決心をするまで待つことが望まれる。

この過度の干渉を避け，ギャンブル依存症者が自主的に行動するのを見守るという周囲の態度は，治療中においても要求される態度である。基本的に，ギャンブル依存症者の借金を周囲が肩代わりすることは共依存にしかならず，何らの解決をもたらさない。本人に受診するつもりがなくとも医療保護入院をとることは可能であるが，入院させてもギャンブル依存症者本人に治療の意思がない場合には治療を成功させることが困難であると考えられている。

現状や先行研究に鑑みると，「ギャンブル障害」への実態については，臨床場面に訪れた限定された「ギャンブル障害」を対象としている。今後の課題を考えると，「ギャンブル障害」への予防的介入についての取組みが日本国内においてほとんど存在していないことは問題であり，知見を積み重ねることが必要である。

まず，日本においては，パチンコ・パチスロ，競馬を中心とした若年層への影響は広がりつつあると考えられるため，「ギャンブル障害」について，教育や啓発活動の体制を作ることが急務である。同時に，相談窓口の周知活動を若年層を中心としながら，保護者，地域に対して行うことが大切であると思われる。また，「ギャンブル障害」の周囲にいる人も相談に訪れやすい環境を整えていくことも考えられる。近年のスマートフォン等の普及等を考えればインターネットやアプリを利用するのも効果的であろう。また，ギャンブルの問題は精神保健の問題であり，ケアが必要なのであると理解してもらうことも重要である。ギャンブルの問題は，やめられないのは個人の意思の問題と捉えられてしまう根強い偏見があるためである。そして，これらの教育や啓発活動がどのようにしたら効果的に働くのかといった効果測定に関する研究も必要であると思われる。

また，余談になるかもしれないが，ギャンブル依存症者が増えていく中で，カジノ法案の是非について今後より一層の議論が必要となるであろう。与党ではカジノ法案の方針が固まった。カジノ法案が成立し，カジノが建設されると

さらにギャンブル依存症者が増加してしまう可能性がある。日本で現在ギャンブル依存症者が増加しているのは，パチンコ，スロット，競輪，競馬などのギャンブルを誰でも休みの日や時間の空いたときに気軽にできることが原因の一つであると考えられる。海外ではギャンブル依存症者が増加しないように制度を設けている。隣国の韓国では，自国民がカジノに入れないようなシステムになっており，カジノに入るためにはパスポートの提示が必須で，外国人のみカジノに入れるようになっている。これは，自国民のギャンブル依存症を防ぐためと言われており，外国人のみカジノに入る事を許可している。また，シンガポールでは自国民もカジノに入る事は出来るが，カジノに入る度，入場料として約100シンガポールドル（8000円）の支払いが必要である。日本でも海外のカジノで行っているような入場料徴収制等の入場制限を設け，誰でも気軽にできるのではなく，ある一定以上の収入を得ている人でなければできないなどの対策が必要になってくると考える。

このように「ギャンブル障害」を取り巻く問題は多様に存在している。治療的な取り組みからは，ある一定の効果は認められているが，「ギャンブル障害」を抱えた本人や家族をめぐる状況は困難を極めている。予防に勝る治療はないというように，今後は予防的な取り組みについても真剣に議論していく必要がある。後手の対応ではなく，先手の対応について考えていかなければならない。

引用文献

(1) 樋口進「平成25年度厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業」 WHO 世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合的研究
(2) 髙橋三郎「DSM-5 ギャンブル障害の診断基準 精神疾患の診断・統計マニュアル 訳：髙橋 三郎，大野 裕，染谷 俊幸ら 日本語版」 医学書院 P578-582 2014
(3) 和田清「依存と嗜癖 どう理解し，どう対処するか」医学書院 2013
(4) American Psychiatric Association：Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition, APA, Washington, 1980
(5) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition revised, APA, Washington, 1987
(6) Lesieur HR，Rosenthal RJ: Pathological gambling: A review of the literature（prepared for the American Psychiatric Association Task Force on DMS-IV Committee on disorders of impulse control not elsewhere classified）. J Gam Stud 7: 5-39, 1991
(7) 樋口進「わが国における飲酒の実態ならびに飲酒に関連する生活習慣病，公衆

衛生上の諸問題とその対策に関する総合的研究　総合研究報告書　分担研究報告書　『成人の飲酒と生活習慣に関する実態調査研究』 厚生労働科学研究補助金 環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業（2009） p 12-18
(8) 齋藤学「強迫的（病的）賭博とその治療」 アルコール依存とアディクション 第13巻 2 号 p 105-106　1996年 6 月
(9) 田辺等，大場千佳「精神保健福祉センターにおける病的賭博の集団療法」 アルコール依存とアディクション　第13巻 2 号　p 116　1996年 6 月
(10) 遠藤優子「強迫的賭博者への治療的介入」 アルコール依存とアディクション 第13巻 2 号　p 130　1996年 6 月
(11) 森山成彬「ギャンブル依存症」 心と社会 日本精神衛生会 第36（2）号　p 84　2005
(12) 河田将一，千々岩亨，緒方明「病的賭博のある学生への行動療法的支援」 九州ルーテル学院大学発達心理臨床センター年報 第 4 号　p 19-24　2005
(13) 山川麻美，鈴木起代子，小泉典章「長野県精神保健福祉センターにおけるギャンブル依存症に関する取組」 アディクションと家族 第24号　p 243-251　2007
(14) 中島央「ギャンブル依存症への催眠治療の可能性」 アディクションと家族 第24号　p 24-28
(15) 厚生労働省（第2回依存症に対する医療及び回復支援に関する検討会
(16) 田中克俊「いわゆるギャンブル依存症の実態と地域ケアの促進」 厚生労働科学研究補助金　障害保健福祉総合研究事業（2009） p 115-122

参考文献

(1) 宮岡等「精神障害者の地域ケアの促進に関する研究」（平成20年度）厚生労働科学研究補助金 障害保健福祉総合研究事業（2009） p 7-12
(2) 田中克俊「いわゆるギャンブル依存症の実態と地域ケアの促進」厚生労働科学研究補助金　障害保健福祉総合研究事業（2009） p 115-122
(3) 樋口進「わが国における飲酒の実態ならびに飲酒に関連する生活習慣病，公衆衛生上の諸問題とその対策に関する総合的研究（平成19年～平成21年）総合研究報告書　分担研究報告書」
(4) 齋藤学「強迫的（病的）賭博とその治療―病的賭博スクリーニング・テスト（修正 SOGS）の紹介をかねて―」アルコール依存とアディクション 第13巻 2 号　p 102-109
(5) 木戸盛年「修正日本語版 South Oaks Gambling Screen（SOGS）の信頼性と妥当性の検討」 心理学研究 第77巻 第 6 号 p547-552
(6) 品川由佳「我が国におけるキャンブル依存研究の展望―大学生に対する予防的介入への寄与に向けて―」 総合保健科学 広島大学保健センター研究論文集 vol.24　53-61　2008
(7) 品川由佳「大学生のギャンブル依存に関する調査」総合保健科学 広島大学保健センター研究論文集 vol. 26　51-57　2010
(8) 田辺等「ギャンブル依存症」生活人新書

⑼ 帚木蓬生「ギャンブル依存とたたかう」新潮選書　p 36-37　2004
⑽ 滝口 直子「社会的課題としてのギャンブル依存症の克服をめざして」予防と回復月刊保団連　2013
⑾ 木戸盛年，嶋崎恒雄「わが国におけるギャンブル依存症の現状と課題」平成21年度アルコール薬物依存関連学会合同学術総会
⑿ 塚崎朝子「自助グループで立ち向かうギャンブル依存症からの脱出」エコノミスト2010
⒀ 工藤美代子「炎情―熟年離婚と性　第13回普通の母親が陥ったギャンブル依存症」
⒁ 田辺等「ギャンブル依存症」
⒂ 朝日新聞「ギャンブル依存症の闇 上，下」 2014, 1, 8-9.
⒃「深層カジノ 上，下」2014, 10, 16.
⒄「カジノ法案」 2014, 10, 30.
⒅「ギャンブル依存症回復の道 上，下」2015,1,9-10.
⒆ GA（ギャンブラーズ・アノニマス）ホームページ
⒇「消費者法ニュース」NO. 77, 2008, 10.
(21) NEWSWEEK「ギャンブルに棲む悪魔」1996, 11.
(22) 岩崎正人「ギャンブル依存症」2001.
(23) 田上啓子「ギャンブルをしない毎日を続けるために支えあう～女性のギャンブル依存症のためのリハビリ施設～」精神科看護 vol.35 No.10 2008,10.
(24) 読売新聞「カジノ法案政府方針」2015, 2, 19.
(25) NHK クローズアップ現代「ギャンブル依存症～明らかになる病の実態～」2014, 11, 17.

キーワード　ギャンブル障害　予防　教育