

京都府依存症等対策推進会議第3回ギャンブル等依存症部会

日 時 令和2年10月15日(月) 10:00~12:00

場 所 京都経済センター 4階会議室4-D

出席者 <委員>

山下部会長、鶴身委員(※リモート参加)、滝口委員、武田委員、重岡委員、榎原委員、安東(洋)委員、水野委員代理(田中委員)、中島委員、北山委員代理(安東(毅)委員)
計9名

(欠席:松浦委員)

<事務局他>

鎌部障害者支援課長、山口参事、庄田課長補佐、熊取谷主査、野中主事
中村精神保健福祉総合センター所長、他関係機関担当者

【内 容】

1 開会(あいさつ:鎌部課長)

2 議事進行(山下部会長)

(1) 事業者におけるギャンブル等依存症の取組について

資料1に基づき事務局より説明

(2) 京都府依存症等対策推進計画(仮称)(案)について

資料2~4に基づき事務局より説明

3 閉会(あいさつ:鎌部課長)

議 事

(1) 事業者におけるギャンブル等依存症の取組について

委員からの主な意見等

(重岡委員)資料1での照会では回答できていなかったが去る10月5日に広報発表した新たな取組がある。JRAではインターネットでも馬券を販売しているが、新たにシステム改良をして、お客様ご自身で土日を一つの単位に購入限度額を設定できることとした。一度設定した金額を180日間は取消や限度額を上げることができない仕組みとなっている。

※滝口委員より、上限額の設定の運用について、アクセス制限実施者へのプライバシーへの配慮をどのようにしているかなど事業者への質問があった。

(2) 京都府依存症等対策推進計画（仮称）（案）について

委員からの主な意見等

(鶴身委員) 依存症専門医療機関を束ねる拠点機関を選定するという説明があったが想定しているのは医療機関か、それとも行政機関のようなところか。新たにつくるのか、専門医療機関の中から選定するのか。

(事務局) 厚生労働省の要綱に基づくものであり、医療機関を想定している。「依存症治療拠点機関」は、専門医療機関の中から、各専門医療機関の治療実績等のとりまとめ、情報発信、人材育成などの中核的な役割を担っていただくもの。相談拠点機関などの行政や自助グループ等とも連携していく。

(山下部会長) 鶴身委員としては、ここで言う拠点というものが治療拠点とされているので、どうしても医学的な切り口となってしまいが、法律的なことも含めて幅広く対応できるような拠点をイメージされたのではないかと思う。

(鶴身委員) そうです。例えば、精神保健福祉総合センターのようなところが役割を担ってもよいのかと思った。イメージが湧きにくかったのでお聞きした。

(山下部会長) 治療拠点も必要であるが、さらに幅広い観点から取組を行えるようなところも必要ではないかとの意見であった。基本的な考え方についての意見はあるか。

(安東(洋)委員) 「当事者と家族の生きづらさを包摂し、」という文言はとてもよいと感じた。それを支える地域づくりを具体的に考えてみたが、実際は、京都府は南部にいろんな資源が集まっている現状がある。地域の中で包摂できるような居場所をつくることは大変なことだと思っている。私自身、自助グループに長年通っているが、依存症者本人が通う「GA」は京都市内にはたくさんあるが、家族の通う「ギャマノン」は京都府内で今のところ1ヶ所しかない。なぜ自助グループにつながってこないのかということ全国の仲間にも聞いてみたが、つながるきっかけがとても難しい。諸外国の例では治療が無料であったとしても、なかなか本人がつながってこないというのがこの病気の特徴。本人も大変プライドも高く、理屈っぽいことが多い。私自身の経験としては、まずセミナーみたいなところで知識を得て自助グループというのがあることを知って、その後、依存症の知識を持っている信頼できる人が、「本人や家族だけで依存症問題を解決するのは大変難しい。やっぱりGAやギャマノンとか自助グループに行ったほうがいい」と、背中を押してくれる、そういう知識のある人を増やしていくことが大事だと思う。医療機関の先生方からも「GAに行きなさい。」「家族の回復も必要です、ギャマノンに行きなさい。」「1人では依存症問題は解決できません。」と当事者や家族への後押しいただきたい。相談機関としては、私たちの家族会やギャンブル依存症問題を考える会に電話相談窓口がある。そういうところに電話していただいて、「自助グループに行ってみてください、私も行っていきますよ。」という当事者の言葉も聞いていただくことで、もう1歩背中を押すことができると考えている。支援につなげていくための、このような連携体制がつかれないかと思っている。この3年間で各保健所に一つずつGAやギャマノンが設

置されるような方向になれば、それが地域での居場所になっていくのではないかと思う。
(重岡委員) 基本的考え方にある相談支援体制づくりの一員として事業者も加えていただけないか。事業者も相談窓口を持っている。

(山下部会長) ギャンブル等依存症の場合、医療機関につながるまでに、大変時間がかかる。事業者の相談窓口は重要であると思う。消費生活安全センターや司法関係の多重債務問題に関する部分もここに含まれると考えてもよいのではないか。また、先ほど安東(洋)委員から発言のあった、基本的な方向性の「エ当事者と家族の生きづらさを包摂し、支える地域づくり」は一番上に記載してもよいかとも感じたが、事務局で検討願う。

次に、重点課題についての意見はどうか。知識の普及による発生予防という点は非常に大事。また、先ほどの自助グループの話もあったが、切れ目のない支援体制の整備が2つ目の課題としてあがっている。2つ目の支援体制であるが、回復支援も重要ではあるが、そこに至るまでのアクセスが難しいとの話があった。そういうことから、ギャンブル等依存症では、事業者、法律関係、消費生活安全センターなどの早い段階で相談を受けられるところも大事だと思う。

(榎原委員) 重点課題以外の点について確認する。アルコール、薬物、ギャンブルとある中で、事業者の取組の記載がギャンブルにだけ偏っているのではないか。アルコールの計画では酒造組合さんの取組の記載がなく、ギャンブル等依存症だけが取組をしているようにも思える。事業者が取り組んでいることを書く必要があるのか。

(事務局) ギャンブル等依存症対策基本法において、事業者の取組は柱になっており、国の基本計画ではかなりの頁を事業者の取組に割いている。なお、榎原委員の御意見のようにギャンブル等だけ事業者の取組を載せるのはバランスを欠くので、今回の新しい計画では、アルコール健康障害対策においても事業者の取組で項目を設けて記載することとしている。

(山下部会長) 他の計画部分でも事業者の取組は記載するとの説明であった。

(滝口委員) 重点課題をあげていただいているが、現実的には大変難しい。例えば若者の教育に関しても、カナダはやっているがオーストラリアではもう今はやっていない。なぜかというところとギャンブルに関しては結局効果がなかった。かえって、ギャンブルへの関心を高めるかもしれないという意見もでて、結局、どのように何をすればよいのかわからなかった。ギャンブル等依存症では、黄色信号の状況で働きかけるのがよく、技術的にも可視化できるのだが、それをやったのはノルウェーぐらいであって、実際には難しいところ。

(山下部会長) その難しさにどのように取り組んでいくのかということがあると思う。次に、基本的施策についての意見をいただきたい。

(水野委員代理) 消費生活安全センターとしての意見は既に反映いただいている。最近の状況を報告させていただくが、コロナの関係で、中高生が家にいる時間が多くなり、保護者からのゲーム関係の相談が増えている。親のカードを使って課金をしてしまったといった内容。これはゲームに限らないことであるが、現在は未成年取消ができ、センターと事業者でやりと

りをするということが多い。ゲーム課金の関係での相談窓口などをこの計画の中で触れられることがあれば、相談いただければと思う。また成年年齢の引き下げについては、センターとしても、若い人たち本人に相談しやすい体制づくりが必要と考えており、こういった形がよいのか検討中である。消費生活相談では、いわゆるLINE やチャットのやりとりで解決させていくのは難しく、詳細を電話、対面で聞く必要がある。また、消費生活相談という名称を若い人たちに覚えていただかないと、どこに相談してよいのかがわからない。この辺りも課題であり、令和4年4月1日に向けて検討しているところ。

(安東(洋)委員) 暴力(DV)・虐待に関してはどこの機関につながればいいのか。ギャンブル等依存症の問題がある家庭では、暴力・虐待がある場合が多い。そこがとっかかりになって、相談機関へつながる場合もあるが、どこに行けばよいか教えてほしい。

(事務局) 家庭支援総合センターや児童相談所等である。

(山下部会長) 関係機関という言葉は書いてあるが、具体的に記載するところももうけ、わかりやすくしていただければと思う。

(北山委員代理) 発生予防の対策として、成育過程にある者及びその保護者への依存症の啓発について記載されている。現場での治療にあたっている立場としては、ギャンブル等依存症の多くの方が発達障害の傾向があると感じている。やはり生きづらさや幼少期からの家庭環境の影響がでている方も少なくない。今回のこの計画の中でどこまで扱えるか難しいところであるが、生きづらさを抱えた家庭の子どもの支援や義務教育の時点での発達支援を拡充していくことが大切でないかと思う。先ほども話にもあったが、やはり依存症の方が最初に訪れるのは、相談窓口でもなく、医療機関でもなく、パチンコ場、競馬場であったり、あるいは債務整理の相談をしてから医療機関につながる方が多い。そことつながることで早い段階で救い上げて、支援を行える体制をつくっていくことは重要と思う。

(中島委員) 概ね私が前回意見したことは反映されている。進行予防のところの相談窓口の連携体制推進について、そもそもどこが相談窓口なのかわかっていない方が非常に多いと思う。相談窓口になりうる場所の周知をもっと前にだせないか。ギャンブル等依存症になった時に、私自身もどこに相談していいのかわからない。相談窓口相互の連携推進も重要であるが、相談窓口がどこにあるか、そもそもの相談窓口の存在の周知がまず重要ではないか。私自身もこれから知ろうとしている段階で、この一ヶ月の間に家族の会に行かせてもらって、会合にも参加させてもらった。こんなことやっているのか、次はGAに行ってみようかと思うようになった。相談窓口で消費生活や多重債務が入ってくることも考えられる。そうした取組を進める上での前提として、前回申し上げた弁護士等と医療関係者等の合同セミナー、勉強会の場を使って、支援が必要な方を弁護士においても把握できるとことは非常に重要だと思う。

(山下部会長) 相談窓口をまず知っていただいてから、そこからつなげていくという意見。

(鶴身委員) 今の御指摘の点であるが、アルコール健康障害対策では相談機関マップをつくっている。ギャンブル等依存症対策でもそのような相談機関がわかるマップをつくっていただけ

ればよいと思う。自助グループ、医療機関や行政の保健福祉担当だけでなく、消費生活安全センターや債務整理の窓口などをひとまとめにしたマップがあれば、どこか当てはまる場所につながればよい。あとは連携を包括的に見ることができ、そこから支援者同士もつながるきっかけにもなるのではないかと思う。

(山下部会長)「現状と課題」についての意見を伺う。依存症患者数は、推計値が国の研究機関からだされているが、ギャンブル等依存症が疑われる者の生涯経験者数はアルコールの3倍程度の想定がされている。一方で、医療機関における患者数は、アルコールとの比較でかなり少ないのが現状。アルコールにおいても推計値との比較では患者数と大きな開きがあり、十分とはいえない。この点にどのようなアプローチをしていくのかは課題ではないかと思う。

(滝口委員)ギャンブル依存症問題の取組が世界で一番進んでいるのは、ノルウェー。そのノルウェーでは、治療を求める方が少ないということで産業規制の方向にいった。最近のオーストラリアのビクトリア州のデータによると、ギャンブル依存の人だけでなく地域全般の調査だが、本人あるいは周りの人で支援を求めた割合は1.6%程度だった。問題あるギャンブラーに限っての調査もオーストラリアのどこかの州でされていたが、11%程度の方が治療に限ったわけではないが何らかの助けを求めたとの結果であった。助けを求めた先は家族、友人、自分でネットで調べたという人が多い。基本的にはギャンブル等依存症の方は、世界的に見て治療の場にはなかなかでてこない。でてきたとしても10%程度であり、ドロップアウト率も高い。顔を合わせなくてもいいので、自分が恥をかかなくてすむことから、オンラインでの治療提供を始められているところも多くなっている。

(山下部会長)日本でもオンライン診療の方向がでてきているが、今後の課題である。

(安東(洋)委員)私の立場として思うのは、依存症のもう一つの側面として孤独がある。先ほどの諸外国の例でも恥という話を聞いて驚いた。恥の意識が強いのは、日本ならでは思っていた。依存症は、誰にでもなりうる病気、恥でも何でもないという点をまず啓発していかなくてはいけないと思った。家族も恥だと思っているから、誰にも相談しない。家族で何とかしようと思う。本人も先ほどの相談先で家族が多いということでは、問題は堂々巡りで、病気が悪化していく。病院につながる時はもうどうしようもない状態になっている。孤独ではなく、依存症は病気であること、そして、どこかにつながりやすくしていく体制づくりが府として重要なところではないか。

(山下部会長)つながることの難しさを感じる。医療機関に来られた方でも、GAやギヤマノンを薦めてもすぐつながるのかということ簡単ではない。恥という話があったが、つながりにくい要素が強くあるのかもしれない。事業者の相談窓口の状況はどうか。

(重岡委員)アクセス制限については、本人あるいは家族の申し出があって初めて我々も動くことができる。民主国家である我が国においては、行動制限はよほどの根拠がないとできないことから慎重に対応している。そうしたことからなかなか件数は増えていない。今日の会議に参加して感じたことであるが、アクセス制限を認定している方のプライバシーをしっかりと守って、恥をかかせないように慎重な取り扱いをしなければいけないということを改めて勉強させてもらった。相談窓口は、競馬場、ウインズに必ず設けてある。競馬は、初心者の方

はわからないことが多いので、インフォメーション機能を充実させている。そこからまず依存症のカウンセリングセンターにつながるような案内をしている。また、JRAのホームページを利用される方も多いので、トップページにギャンブル等依存症対策について掲出しており、そこから相談窓口、購入上限額の設定等に進むことができるようにしている。

(武田委員) 全国でリカバリーサポート・ネットワークという電話相談窓口を設けている。思いを聞かせていただくとともに具体的な事例も伝え、相談対応させていただいている。つながるという意味では有効だと考えている。1時間以上喋る方もおられて、お互いにその時間、つながることができるのではないかと。電話をすぐ切る方など様々なケースはあるが、問題を共有する時間を持つことができているという意味で、また、先ほどの知られたくない、恥だとかそういった意味では、電話相談は有効な面があると思っている。

(北山委員代理) 医療機関としての課題は、ギャンブル等依存症を診れるところがかなり少ない。どこも予約がいっぱいで、安東医院も3ヶ月待ちとなっている。洛南病院もすぐに予約がとれないと思う。予約がとれない時点でどうしようかなと困られる。小さなクリニックなので、キャパシティの問題で、どうしてもできないところがある。急に専門医療機関の数を増やすことは難しいと思うが、少しでも相談できる窓口が多い方がよい。あるいは、ギャンブル等依存症の場合は、医療機関に行かなくとも自助グループ、回復施設等で回復される方もおられる。やはりつながれる場所、資源を多くすることが大切。どこに行ったら相談ができるのかという点もわかりやすく周知することが大切。安東医院に受診される大半の方がインターネットで調べて来られる。おそらく「ギャンブル依存症 京都」とかで検索していると思う。そういう検索した際に、相談窓口が検索にかかると思う。それから、安東医院に来られている患者さんは、大半の方がしっかりした職業についておられる。中には会計を任されていてお金を横領してしまった、会社のお金に手をつけてしまったという方も少なくない。企業に向けてのギャンブル等依存症の啓発、例えば会計はダブルチェックを基本にするなど、そういうことを周知することも効果があるのではないかと。アルコールや薬物依存症と違う点としては、平日に仕事があつて来れない方が多く、日中の社会資源は利用しにくいということがある。仕事されている方がつながりやすい窓口、社会資源なども多く必要になってくると思う。

(中島委員) 医療機関では、ギャンブル等依存症に対して具体的にどのように治療しているのか教えてほしい。依存症に関わる医療機関や医師を増やすにはどうすればよいのか。

(北山委員代理) 医療機関での治療としては、医師による診察、ソーシャルワーカーによる相談支援、家族への相談助言など。例えば安東医院では、集団プログラムを実施している。また、その専門プログラムを利用してミーティングも実施している。自助グループの紹介もほぼ全ての方にさせてもらっている。簡単にいえば、自助グループは「言いつばなし、聞きつばなし」というのがルールで、何か自分に対しての特定の助言を求めることができる場ではない。医療機関は、その方に応じて助言等をさせていただくのが特徴。投薬については、ギャンブ

ル等依存症に対しての薬があるわけではないので、依存症に伴っての精神症状や、発達障害がある方で薬物療法が効果的な方には薬をだすこともあるが、実際には少ない。医療機関だけでは解決しないことが多く、医療機関としては、自助グループや回復施設なしでは対応が困難になってしまう。もちろんすぐに紹介してつながることはなかなか難しいが、つながるまでは、何とか医療機関での関わりを続けているところ。

依存症に関わる医療機関を増やすためにできることについては、依存症治療は、「面倒で、儲からない」といった面があり、医師を増やすことはなかなか難しい。ただし、例えばGAやギャマノンといった地域の資源につながることで回復していくことも多い。やはり依存症の専門ではない一般の精神科の先生にも少し理解を深めていただくことが大切。ギャンブルによる困りごとと言うだけで診察を断る精神科医療機関もある。あるいは1回限りの診察で「うちでは診れないから」と、断られる先生もいると聞く。そういうことではなく、話を聞いて、適切な社会資源を紹介することは、依存症の専門医でなくてもできる。結局のところ、依存症の支援というのは、特別なことをしているのではなく、その人の話に耳を傾けて、生きづらさを想像しながら整理していく。対人援助職としては当たり前のことが求められる現場だと思っている。そういった意味で、現在依存症に関わっていない医療関係者の方に、偏見を持たせずに、実は回復する病気であること、医療機関だけではなく使える社会資源があることを啓発していく勉強会などを続けていくしかないと思う。そうしたことで「診るよ」と言ってくれる医師が増えていくことが一番だと思う。

(榎原委員)私はアルコール依存症の当事者で、25年前に医療につながってアルコールをやめた。当時は、医療では依存症は回復しないって言われていた。私たち自身も医師から、「医者で依存症を治すことはできない。依存症当事者同士を会わせることで、依存症は回復していく」と言われ、私たちは自助グループに行った。それがいま、医療中心という形になったが、アルコールの埼玉県立精神医療センターの成瀬先生からは「あまりにも専門家しか診ないようになった。専門家は実は重篤な人だけを診ていた。」と言われている。依存症は重篤な人だけではなくて、社会の中にたくさんおられる。実は専門医療機関を決めてしまうと、その医療機関だけしか患者を診なくなってしまう、逆に裾野が広がらないということになっている。専門医療機関でないと治らないというイメージを持たない方がいい。特にギャンブル等依存症の場合は肝臓が悪くなるなどの身体面の治療が少ないので、医療機関からではなく、マックや家族会につながって自助グループから回復に向けた取組をスタートされる方も多い。マックでも医療につながらずにやめていかれる方もたくさんおられる。あまり医療でないと回復しないとか、自助グループでないと回復しないというよりも、その人がどこに行ったらやめられるかが大事。何をすればその人がやめるかということであまり専門医療機関だけ、医者だけ、自助グループだけというイメージを外して、どんな形でもとりあえずやめられれば、生きやすくなる。あまりどこかだけに固執し専門医療機関がこうだという考え方でない方がいい。もう一点は、マックには様々な依存症の方が来られる。来られる方は、いろんな病気、

障害が未治療である場合が多い。氷山の一角として現れた依存症ということでマックにつながってこられる。マックは依存症の回復支援施設であるが、今や障害者施設になっている。未治療の病気、障害がそのままほったらかしになっている。私たちからすれば、医療に診てほしいのは依存症ではなく、他の病気。鬱や発達障害などの知識をきちんと本人に伝えていくことや高齢者であれば認知症など、そういった部分を医療でしっかりサポートしてほしい。当事者たちの生きづらさがなくなっていけば依存していく必要もなくなる。未治療の病気、障害に対して依存症とどう連携していくかという点も計画に反映していただければありがたい。

(山下部会長) 医療については、私の所属する洛南病院においても安東医院さんと同じような内容のことを行っている。医療機関のつながりということでは、ネットワークづくりも少しずつであるが始めている。今は薬物依存症が中心であるがいくつかの医療機関に声かけして、専門という看板を掲げなくとも、診てくださる先生、医療機関を少しでも増やす試みを行っているところである。なかなか一朝一夕ではいかないのが現状ではある。本日は時間となったが、今後の予定について事務局から願います。

(事務局) 本日の御意見への対応等は、部会長と事務局で整理をし、11月に予定の推進会議へアルコール健康障害部会の検討内容とあわせ議論をいただく予定。推進会議後は、中間案として府議会に報告の予定。 <意見があるかどうかを確認>

(山下部会長) 意見がないようなので、このように進めさせていただく。